



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

ASS-127-2016
25-10-2016

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio ha sido elaborado en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2016 del Área de Servicios de Salud, en el cual se refleja la necesidad de fortalecer los procesos de planificación, dirección, ejecución, control y supervisión de actividades sustantivas en el servicio de emergencias del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres; a su vez existen aspectos de mejora en infraestructura, uso de la planta física, recurso humano, prescripción de medicamentos, registro de información en las hojas de atención de urgencias y toma de decisiones.

En relación con las actividades asistenciales, se concluye que es conveniente la conformación y aplicación de normativa técnica para la atención asistencial, considerando las principales patologías diagnosticadas y tratadas en el servicio; además el establecimiento de capacitaciones con el fin de que el personal de salud disponga de cursos de actualización y soporte, mismos que eventualmente impactarían en la prestación asistencial; a su vez se debe de proveer a la unidad de mecanismos e instrumentos que garanticen el registro de información, el cual podría influir positivamente en la administración del tiempo contratado y para la atención del usuario.

Es importante, el fortalecimiento de los procesos administrativos por los cuales se presentan inconsistencias en el registro de información en la hojas de atención de urgencias, uso de recursos y cuidado de usuarios e implementar mecanismos de acción con la finalidad de proveer un beneficio a la población que impacte en los costos hospitalarios.

Por lo anterior, las autoridades deben valorar la pertinencia de facilitar al servicio de emergencias herramientas como el sistema de clasificación institucional y mecanismos de control que impacten en la disminución de la atención de no urgencias y provean una atención especializada acorde con las necesidades de la población que requiere asistencia en ese centro de salud.



ÁREA SERVICIOS DE SALUD
ESTUDIO INTEGRAL RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES
TÉCNICO Y ADMINISTRATIVAS DESARROLLADAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO MANUEL ANTONIO CHAPÚÍ y TORRES U.P. 2304

ORIGEN DEL ESTUDIO

La evaluación se realizó en cumplimiento del Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud 2016, en el Apartado Estudios Gerenciales, Servicios de Emergencias.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnico y administrativa desarrollada en el servicio de emergencias del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el cumplimiento de políticas, normas y lineamientos técnicos, en el servicio de emergencias.
- Verificar la estructura orgánica, funcional, suficiencia de recurso humano, infraestructura y equipo con que dispone el servicio para el logro de los objetivos y metas.
- Evaluar las estrategias y acciones propuestas para la atención de pacientes (urgentes y no urgentes) que acceden al servicio de emergencias.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión, análisis de las acciones y actividades desarrolladas en el servicio de emergencias, así como lo relacionado con la atención de usuarios y aspectos de control interno, entre los cuales se consideró: registro de información en hojas de atención de urgencias y sistema informático, validación de derechos, producción, estancias, indicadores de gestión, y recorrido por las instalaciones de la unidad.

El período evaluado comprendió el año 2015 y primer semestre del 2016, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

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



METODOLOGÍA

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

- Solicitud de información a: Dirección Médica, Jefatura del Servicio de Hospitalización y Rehabilitación, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, Jefatura del Servicio de Laboratorio Clínico, Departamento Legal, y Sub Área de Validación y Facturación de Servicios Médicos.
- Entrevista al Dr. Luis Humberto López Mora, encargado de la sección de emergencias y admisión.
- Inspección física de las instalaciones en donde se brinda atención al paciente en el Servicio de Emergencias el 28 de junio del 2016.

LIMITACIONES:

En relación con las hojas de atención de urgencias, estas presentan para el periodo de estudio debilidades en la consignación de información, lo anterior al existir discordancia entre los registros físicos e informáticos, los cuales fueron verificados por este Órgano Fiscalizador.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Costa Rica.
- Ley Constitutiva de la C.C.S.S. N°17.
- Ley General de Salud. N°5395.
- Ley General de la Administración Pública. N°6227.
- Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. N°8239.
- Ley General de Control Interno, N° 8292.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales, N° 1743-SPPS.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social¹.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría en el Sector Público.
- Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas. Decreto ejecutivo N° 30694-S.
- Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Urgencias Etapa I: "Clasificación De Pacientes (Triage) En Los Servicios De Urgencias", Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas, 2009.
- Oficio GM-9537-5 del 20 de junio de 2013, relacionado con "Curso de Capacitación en el Sistema de Triage CTAS".

¹ Aprobado por la Junta Directiva de la C.C.S.S en el artículo 12, de la Sesión N° 7364, del 31 de agosto de 1999, y reformado por La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 33° de la sesión 8701, celebrada el 13 de marzo de 2014.



Aspectos que deben ser observados por la Administración Activa respecto 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, 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 (...).”

ASPECTOS GENERALES

El hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, se fundó el 4 de mayo de 1890 y estuvo localizado inicialmente contiguo al hospital San Juan de Dios; para el 15 de setiembre de 1974, se trasladó a la actual localización (Pavas) en donde ha prestado servicio de manera continua a la población. El 17 de mayo de 1990, la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social acordó catalogar al nosocomio como hospital Nacional.

En relación con la extensión territorial el centro de salud dispone de 75.089 m², de los cuales 37.589 m² son área de construcción, y albergan 655 camas además de otros servicios.

Tabla 1.

Costa Rica: Población total por sexo, según años calendario			
2011-2018			
AÑO	Población		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2011	4 592 149	2 321 360	2 270 789
2012	4 652 459	2 351 032	2 301 427
2013	4 713 168	2 380 850	2 332 318
2014	4 773 130	2 410 323	2 362 807
2015	4 832 234	2 439 333	2 392 901
2016	4 890 379	2 467 829	2 422 551
2017	4 947 490	2 495 770	2 451 720
2018	5 003 402	2 523 072	2 480 330

Fuente: Plan Anual Operativo y Presupuesto 2016, hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

De la oferta de servicios este nosocomio provee a la población: Consulta Ambulatoria (externa), Neurología, Pediatría, Medicina Interna, Medicina General, Ginecología (actualmente no se brinda el servicio debido a que el titular se acogió a la pensión), Pensionados, Agudos y Crónicos y, otros servicios como Cátedra de Psiquiatría, Hospital Diurno, Hogares transitorios, talleres protegidos, laboratorio, farmacia, así como el servicio de emergencias y admisión.

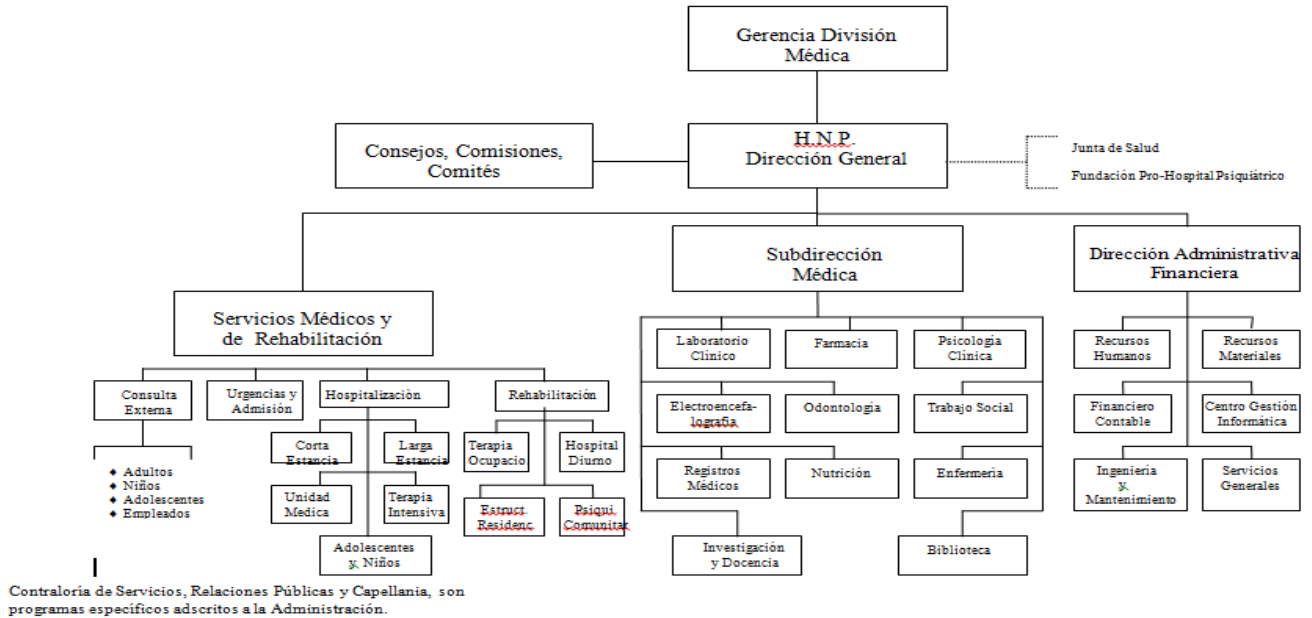


Así mismo el hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres como objetivo primordial considera: *“Brindar a las personas, familias y comunidad servicios de atención integral en Salud Mental y Psiquiatría; fundamentados en los derechos humanos, investigación y formación de recurso humano especializado”*.

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL

Organizacionalmente el nosocomio se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Figura 1. Estructura Organizacional hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.



Fuente: Documento: Reestructuración Organizacional hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres (actualización), noviembre 2003, Gerencia División Médica, Caja Costarricense Seguro Social.

Esta estructura fue aprobada mediante acuerdo de Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, artículo 12 de la sesión N° 7951, del 21 de marzo del 2005.

PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA

En consideración con la estructura Organizacional vigente, el servicio de emergencias se encuentra a cargo de la Jefatura de Servicios Médicos y Rehabilitación en el ámbito de supervisión administrativa, funcional y técnica, así mismo esa jefatura según el marco regulatorio vigente es la encargada de: *“atender las emergencias que recurran al medio hospitalario, mediante las consultas médicas de tránsito y de observación, con el fin de solventar los problemas de salud mental y en caso necesario, referir al usuario a otros servicios intra o extra hospitalarios, para el seguimiento y la continuación del tratamiento”*. Sin embargo en la actualidad³ el servicio de emergencias dispone de una plaza de médico jefe 2 la cual está asignada al Dr. Luis Humberto López Mora, Médico Asistente Especialista en Psiquiatría, quien refiere a realizado funciones de índole administrativo y técnico en la unidad.

2 Reestructuración Organizacional hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres (actualización), noviembre 2003, Gerencia División Médica, Caja Costarricense Seguro Social. Pág: 82

3 Oficio DG 1040-2016 del 17 de agosto del 2016 suscrito por la Dra. Lilia Uribe López, Directora General



PRESUPUESTO

Para el 2015, el hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, dispuso de un presupuesto de ₡31.778.320.798,38, (treinta y un mil setecientos setenta y ocho millones trescientos veinte mil setecientos noventa y ocho con 38/00 colones) del cual se ejecutó un 93.27%, para un total de ₡ 29.639.589.290,79. (Veintinueve mil seiscientos treinta y nueve millones quinientos ochenta y nueve mil doscientos noventa con 79/00 colones)

En relación con la cantidad de atenciones brindadas en el servicio de emergencias para el 2015, se determinó lo siguiente:

Tabla 2. Cantidad de consultas urgentes y no urgentes 2015.
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

TOTAL DE ATENCIONES	<u>14.571</u>
URGENCIAS	10.865
REFERIDO CONS. EXTERNA MISMO CENTRO	29
REFERIDO CONS. EXTERNA OTRO CENTRO	821
REFERIDO A HOSPITALIZACIÓN	3.059
REFERIDO A URGENCIAS OTRO CENTRO	323
ALTA	6.633
FALLECIDOS	0
OBSERVACIÓN	1.198
NO URGENCIAS	3.706
REFERIDO CONS. EXTERNA MISMO CENTRO	14
REFERIDO CONS. EXTERNA OTRO CENTRO	429
ALTA	3.263

Fuente: Cuadro 17 Área Estadísticas en Salud Hospital Nacional Psiquiátrico.

HALLAZGOS

1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

1.1 Sobre la Organización, Funcionamiento y Normativa Interna.

Se determinó para el servicio de emergencias que no se dispone de un manual de procedimientos y funciones, mediante el cual se describan las principales actividades y procesos para la prestación de los servicios asistenciales debidamente aprobado y divulgado.

Así mismo, la normativa relacionada al control administrativo, se encuentra desactualizada, y no está avalada.

Al respecto el Dr. Luis Humberto López Mora, médico asistente especialista en psiquiatría, del servicio de emergencias, aportó el documento denominado: “Unidad de Urgencias y Admisión, organización, funciones, normas y procedimientos, (actualización a octubre de 1995)”, sin embargo, no se evidenció formalmente que el mismo haga referencia a un manual de funciones del servicio, el cual considere la estructura organizacional y funcional vigente.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su apartado 4.4.1, señala:



“4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

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 norma de control interno para el sector público en el punto 4.8, señala:

“Documentación de procesos y transacciones:

Los controles vigentes para los diferentes procesos y actividades de la institución, así como todas las transacciones y hechos significativos que se produzcan, deben documentarse como mínimo en cuanto a la descripción de los hechos sucedidos, el efecto o impacto recibido sobre el control interno y los objetivos institucionales, las medidas tomadas para su corrección y los responsables en cada caso; asimismo, la documentación correspondiente debe estar disponible para su verificación”.

La Dra. Lilia Uribe López, Directora General del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, mediante oficio DG 1040-2016 del 17 de agosto del 2016, indicó en relación con las actividades y política general del servicio de emergencias lo siguiente:

“(…) A partir de la incorporación del Dr. López Mora, se están revisando y actualizando políticas: (...) Elaboración del Manual Organizacional del Servicio”.

La falta de un manual de funciones y procedimientos debidamente conformado y oficializado, así como normativa interna suficiente ocasiona que el encargado del servicio y el personal carezcan de una guía o instrumento administrativo que determine y evidencie los procesos y toma de decisiones en la gestión de la unidad.

La carencia de normas y políticas suficientes que garanticen el cumplimiento de las labores eventualmente afectarían la eficiencia, eficacia y el logro de los objetivos institucionales.

1.2 Normativa Técnica.

Se determinó que el servicio de emergencias carece de normativa técnica actualizada, avalada y debidamente socializada, en relación con las principales causas de consulta.

El documento denominado *“Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos”*, publicado por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, las Guías de Atención, hace referencia a los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y aplicación a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud de la Institución. Estas guías tienen como finalidad asegurar la calidad de las intervenciones en salud, así como definir la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención a los pacientes.

Las Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas, decreto ejecutivo N° 30694-S, establecen lo siguiente:



*“El servicio debe mantener los siguientes documentos actualizados:
Protocolos de atención de pacientes de las cinco causas más frecuentes de egresos.”*

Las Normas Generales de Control Interno para el Sector Público, establecen en el numeral 4.1 “Prácticas y medidas de control”, lo siguiente:

“La administración debe diseñar y adoptar las medidas y las prácticas de control interno que mejor se adapten a los procesos organizacionales, a los recursos disponibles, a las estrategias definidas para el enfrentamiento de los riesgos relevantes y a las características, en general, de la institución y sus funcionarios, y que coadyuven de mejor manera al logro de los objetivos y misión institucionales”.

Al respecto la Dra. Lilia Uribe López, Directora General del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, mediante oficio DG 1040-2016 del 17 de agosto del 2016, indicó en relación a las actividades y política general del servicio de emergencias lo siguiente:

“(…) A partir de la incorporación del Dr. López Mora, se están revisando y actualizando políticas: (...) Actualización de Protocolos de Atención”.

Así mismo, el Dr. Luis Humberto López Mora, médico asistente especialista en psiquiatría, del servicio de emergencias aportó el documento denominado: “Propuesta de Protocolo de Atención, Servicio de Urgencias y Admisión” el cual considera los pasos para la atención de usuarios e ingreso a hospitalización, pero no se evidencia aprobación, aval, y socialización del mismo.

La carencia de lineamientos técnicos para la atención médica, obedece a una frágil gestión administrativa por parte de los funcionarios responsables del servicio; situación que evidencia la carencia de herramientas que faciliten la atención a través de la aplicación de instrumentos técnicos probados.

La práctica asistencial en los servicios de emergencias con el respaldo de una guía de atención validada técnica y científicamente, en la atención de patologías psiquiátricas, garantiza la estandarización en la calidad del servicio a los pacientes, lo cual impactaría positivamente en la unidad e institución evitando eventuales riesgos de índole legal y administrativo.

1.3 Registro de actividades.

Se determinó la falta de un sistema o cronograma formal de actividades en el servicio de emergencias, el cual como mínimo registre las funciones a desarrollar por los funcionarios de la unidad, en horario ordinario y extraordinario.

Siendo que el servicio de emergencias dispone de 2 médicos asistentes especialistas en psiquiatría⁴, distribuidos en horarios de lunes a viernes, a saber 44 y 43 horas semanales respectivamente, los cuales coordinan el servicio de emergencias en el ámbito administrativo, técnico y médico en horario ordinario y extraordinario. Como se muestra en la siguiente tabla.

⁴ Dr. López, Médico Asistente Especialista en Psiquiatría se encuentra nombrado como Jefe 2 en horario Ordinario.



Tabla 3. Horario de trabajo I y II Turno
Servicio de Emergencias, hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres,
Médicos Asistentes Especialistas en Psiquiatría.

I Turno (44 horas) Dr. López	II Turno (43 horas) Dra. Salas
Lunes a Jueves 7:00 am a 4:00 pm	Lunes, Martes y Miércoles 1:00 pm a 10:00 pm
Viernes 7:00 am a 3:00 pm	Jueves y Viernes 2:00 pm a 10:00 pm

Fuente: Oficio ORH-HNP-00954-2016.

De la tabla anterior se evidencia la trasposición de horario en función de la jornada⁵ laboral, siendo esto para los días lunes a miércoles (3 horas), jueves (2 horas) y viernes (1 hora).

Cabe mencionar para el periodo en el cual existe traslape de horarios, que el Dr. Luis Humberto López Mora, médico asistente especialista en psiquiatría y nombrado como médico Jefe 2⁶, se dedica parte de la jornada laboral a realizar actividades administrativas propias de la unidad.

Cuadro 1. Distribución de Funciones Servicio de Emergencias
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
Agosto 2016

PRIMER TURNO (Dr. López) Lunes a Jueves 7 a.m. a 4 p.m. Viernes 7 a.m. a 3 p.m.	SEGUNDO TURNO (Dra. Salas) Lunes a Miércoles 1 p.m. A 10 p.m. Jueves y Viernes 2 p.m. a 10 p.m.
Coordinador Servicio de Emergencias I turno. Supervisión Directa de los residentes. Valoración de pacientes de Observación. Atención directa de Usuarios. Atención de Familiares. Participación en reuniones administrativas. Valoración de casos remitidos de Juzgados.	Coordinador Servicio de Emergencias II turno, cuando corresponde. Supervisión Directa de los residentes. Valoración de pacientes de Observación Atención de Urgencias en el área de Hospitalización, Urgencias. Atención de Familiares

Fuente: Oficio SUA 053-2016, Servicio de Emergencias, hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República establecen lo siguiente:

*“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)
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.”*

⁵ Primer turno: 44 horas ordinarias. Horario: L-J de 7:00 am a 4 pm: 36 horas laboradas y V: 7:00 pm. a 3:00 pm: 8 horas laboradas. Total de horas laboradas: 36+8= 44 horas.

Segundo turno: 43 horas ordinarias. Horario: L –K –M: 1.00 p .m a 10.00 p.m.: 27 horas laboradas, J-V: 2:00 p.m. a 10.00 p.m.: 16 horas laboradas. Total de horas laboradas: 27+16= 43 horas. Tercer turno: Guardia Médica.

⁶ Acción de personal N°ACC-125524-2016.



Debilidades en los procesos de planificación y supervisión han generado eventualmente que la administración activa carezca de controles que garanticen el aprovechado de manera óptima del recurso humano especializado en la unidad.

El registro oportuno de las actividades realizadas por los profesionales que laboran en el servicio de emergencias, da seguridad jurídica al usuario, considerando que los procesos asistenciales se desarrollan de manera eficiente, y eficaz.

1.4 Sobre la pertinencia de disponer de una jefatura formal y efectiva en el servicio de emergencias.

Se determinó que el Dr. Luis Humberto López Mora, médico asistente especialista en Psiquiatría, labora en el servicio de emergencias bajo la figura de Médico Jefe 2⁷, desde el 02 de mayo del 2016, siendo que dicha plaza pertenece a la unidad de Hospitalización⁸, sin embargo a nivel de estructura Organizacional² el servicio depende Jerárquicamente (administrativa y funcionalmente) de la Jefatura de Hospitalización y Rehabilitación, departamento que se encuentra a cargo de la Dra. Patricia Orozco Carballo, actual jefatura de hospitalización (Médico Jefe 4)⁹.

Al respecto, el Dr. Luis Humberto López Mora, indicó¹⁰ que el servicio de emergencias administrativamente está a cargo de él; siendo responsable directo de varias de las actividades administrativas y funcionales llevadas a cabo en la unidad en jornada ordinaria, para lo cual se aportó copia del nombramiento como Médico Jefe 2, así como los atestados que lo facultan en el ámbito administrativo y profesional para ostentar el cargo.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República establecen lo siguiente:

*“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)
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.”*

Así mismo, en el apartado 2 referente a la idoneidad del personal, dispone:

“2.4 Idoneidad del personal El personal debe reunir las competencias y valores requeridos, de conformidad con los manuales de puestos institucionales, para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control respectivas. Con ese propósito, las políticas y actividades de planificación, reclutamiento, selección, motivación, promoción, evaluación del desempeño, capacitación y otras relacionadas con la gestión de recursos humanos, deben dirigirse técnica y profesionalmente con miras a la contratación, la retención y la actualización de personal idóneo en la cantidad que se estime suficiente para el logro de los objetivos institucionales.”

Debilidades en el proceso de planificación ha generado que el servicio de emergencias no disponga de una jefatura real y formal.

7 Cuestionario de control interno aplicado al funcionario el 27-06-2016.

8 Acción de personal 125524-2016.

9 Acción de personal 101820-2016.

10 Oficio SUA 053-2016 del 5 de agosto del 2016



La falta de una estructura jerárquica que englobe las funciones de jefatura podría estar afectando los objetivos institucionales considerando la falta del establecimiento formal de una persona responsable que permita determinar cuáles procesos en el servicio eventualmente se ajustan a criterios de calidad técnica aceptable y permanente.

1.5 Supervisión en el servicio de emergencias

Se determinó que los mecanismos de supervisión y control en los procesos y actividades desarrolladas por el personal de salud en el Servicio de Emergencias no se encuentran avalados y socializados por el nivel jerárquico correspondiente.

Al respecto, la Dra. Patricia Orozco Carballo, actual jefatura del servicio de Hospitalización, facilitó copia del documento: *"Informe de Guardia Médico Asistente de Psiquiatría"*, sin embargo en algunos casos se carece de fecha, situación que no garantiza la actividad desarrollada por el personal asistencial.

En relación con las actividades llevadas a cabo por los médicos residentes, la Dra. Patricia Orozco Carballo, jefatura del servicio de Hospitalización aportó el documento denominado: *"Informe de Residentes de Guardia"*, mismo que evidencia por parte de los médicos Residentes debilidades en relación con la omisión de los siguientes datos: código profesional, responsable del tercer turno, pacientes valorados y/o actividades desarrolladas en el tiempo extraordinario.

Por lo general, en el servicio de emergencias rotan de 3 a 4 médicos Residentes de la especialidad de Psiquiatría, según año de rotación o formación, en horarios de lunes a viernes de 7 a.m. a 3 p.m. y sábados de 7 a.m. a 12 m.d.; a su vez realizan guardias en la unidad.

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 (...)"

Además, dicho marco normativo en el punto 4.5.1 Supervisión constante, establece:

"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 SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos."

El Reglamento sobre la Actividad Clínica en la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva mediante artículo 18 de la sesión 7877 del 5 de agosto de 2004 menciona en el CAPÍTULO VI: De los estudiantes de pregrado, grado y posgrado lo siguiente:

Artículo 13. Responsabilidades del Estudiante: Todo estudiante tendrá las siguientes responsabilidades:

"...1. Respetar y acatar los reglamentos, normas y disposiciones de la CCSS, así como la normativa interna de cada Unidad Docente en Salud.

2. Deberá estar bajo la supervisión y tutoría de un profesor nombrado por la entidad docente. No deberá realizar procedimiento alguno sin contar con la supervisión de éste."



Al respecto la Dra. Patricia Orozco Carballo, Jefatura de Hospitalización del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, mediante oficio JSH 407-206 del 17 de agosto del 2016, indicó en relación con los procesos de supervisión de los médicos Residentes en Psiquiatría lo siguiente:

“Los mecanismos de control y supervisión a los médicos residentes, la jornada extraordinaria existe un control mediante reloj marcador, jornada ordinaria deben pasar a la oficina de hospitalización a firmar un registro de asistencia, además, a cada tutor se le pasa el horario de clases de los médicos residentes para que también estén al tanto de donde deben estar en determinado momento. La supervisión de su actuar clínico como proceso de enseñanza recae sobre los diferentes médicos psiquiatras que los supervisan según el área del hospital por el cual están rotando.”

La Dirección Médica y los funcionarios que ostentan cargos de Jefatura, deben garantizar una supervisión constante sobre el personal asignado, considerando el desarrollo de los procesos, transacciones y operaciones de los servicios según actividad, así mismo, los mecanismos de registro deben asegurar que las labores llevadas a cabo se ejecuten de conformidad con la normativa y las disposiciones internas y externas vigentes.

Debilidades en el proceso de supervisión, no permite verificar la aplicación de mecanismos de control por parte de los Jefes de servicio, lo cual afecta la implementación y puesta en marcha de observaciones y recomendaciones para mejorar la gestión, así como la aplicación de autoridad de manera eficiente.

1.6 Capacitación y desarrollo

Se constató la necesidad de establecer un proceso de capacitación en el ámbito técnico - médico especializado para el servicio de emergencias, como parte del plan de capacitación general de dicho nosocomio.

En el listado de capacitaciones aportadas del centro de salud, se documentaron actividades técnicas especializadas en el área de emergencias como: curso de resucitación cardiovascular en el cual participó parte del personal médico de enfermería y de otras instancias o instituciones.

Sin embargo no existe evidencia documental de:

- Capacitación en el sistema de clasificación de emergencias “CTAS”.
- Capacitación en el curso de reanimación de emergencias cardiovasculares (CREC).
- Capacitación y actualización en sistemas de atención para emergencias, así como propios para la especialidad en el caso de emergencias psiquiátricas.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su apartado 4.2 referente a la idoneidad del personal, dispone:

“2.4 Idoneidad del personal El personal debe reunir las competencias y valores requeridos, de conformidad con los manuales de puestos institucionales, para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control respectivas. Con ese propósito, las políticas y actividades de planificación, reclutamiento, selección, motivación, promoción, evaluación del desempeño, capacitación y otras relacionadas con la gestión de recursos humanos, deben dirigirse técnica y profesionalmente con miras a la contratación, la retención y la actualización de personal idóneo en la cantidad que se estime suficiente para el logro de los objetivos institucionales.”



Limitación en el desarrollo de actividades orientadas a la educación médica continúa de los médicos asistentes especialistas y residentes en Psiquiatría, son producto de una frágil planificación y organización de la administración, aspecto que podría influir en la prestación del servicio asistencial.

Disponer de profesionales actualizados y capacitados de acuerdo con las necesidades de la unidad, fortalece los procesos de atención brindados al usuario, garantizando con ello actividades homogéneas, con calidad, y que consideren como prioridad la eficiencia y eficacia del servicio.

1.7 Sistemas de información

Se evidenció para el periodo de estudio, debilidades en los mecanismos empleados por la administración para el registro y tratamiento de información consignada en las hojas de atención de urgencias, así como en el sistema informático implementado en el servicio de emergencias. (SIIS)

1.7.1 Hojas de atención de urgencias

Se determinaron inconsistencias en la información anotada en las hojas de atención de urgencias, según muestreo al azar de 39 documentos, para el periodo comprendido entre el 17 al 24 de abril del 2016 y el 17 al 24 de julio del 2016 a saber:

- No se anota la hora en que se realiza la atención médica.
- No se documenta diagnóstico de egreso
- No se registra tipo de urgencia.
- No se registra destino del usuario.
- No se anota fecha de egreso, hora de egreso y tiempo de atención.
- Inconsistencias en la firma y código de médico. (faltan)
- Letra ilegible.
- Emisión de hojas de atención 9 días posteriores a la atención médica, producto de pérdida y/o extravío de la hoja.
- Consignación de diagnósticos clínicos (cuando el paciente no contestó o no fue valorado).
- No se anota estado civil, lugar de residencia, teléfono, modalidad y condición de aseguramiento, y nombre de funcionario que entrevista.
- Emisión de incapacidades por médico residente, distinto al que realizó la consulta.

En la aplicación de este procedimiento de Auditoría, surgió la limitación en la confiabilidad de la información registrada en las hojas de atención de urgencias y el sistema de información electrónico, la cual presentó inconsistencias en la hora de atención y datos del usuario, por lo que no es posible determinar con seguridad razonable la producción del servicio.

1.7.2 Sistema automatizado

El sistema automatizado de registro de información del servicio de emergencias, es limitado dado que no permite obtener datos indispensables para la gestión gerencial y funcionamiento de esa unidad:

- Producción y rendimiento por médico que labora en el servicio, sea en horario ordinario o extraordinario.
- Registro de patologías de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE- 10.
- Tiempos para la atención de pacientes en el servicio.
- Tiempos de permanencia real de pacientes en emergencias, sea esto en consultorio, observación u otra modalidad.



- Cantidad de revaloraciones.
- Diagnóstico de ingreso.
- Diagnóstico de egreso.
- Médico que ingresa o egresa al paciente
 - ✓ Tiempo de valoración inicial.
 - ✓ Tiempo de atención considerando egreso.
 - ✓ Clasificación de emergencia.
 - ✓ Tipo de emergencia.
 - ✓ Procedimientos realizados.
 - ✓ Indicación de referencia o traslado de paciente.
 - ✓ Condición del paciente.

La Ley General de Control Interno No. 8292, en su Artículo 16 establece en relación con los Sistemas de información, lo siguiente:

“(...) 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.

En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:

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 requerido para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.

b) Armonizar los sistemas de información con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el cuidado y manejo eficientes de los recursos públicos.

c) Establecer las políticas, los procedimientos y recursos para disponer de un archivo institucional, de conformidad con lo señalado en el ordenamiento jurídico y técnico.”

El Reglamento del expediente de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva de la C.C.S.S en el artículo 12, de la Sesión N° 7364, del 31 de agosto de 1999, y reformado por La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 33° de la sesión 8701, celebrada el 13 de marzo de 2014 acordó lo siguiente:

“... Artículo 32. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios originales y oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben realizarse con tinta azul o negra, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera.

Queda prohibido utilizar correctores, marcadores para resaltar datos, sellos no autorizados por la Gerencia Médica, realizar anotaciones fuera de los márgenes del formulario y tachaduras, siendo lo correcto corregir los errores en las anotaciones mediante nota aclaratoria firmada y fechada, y hacer



anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.

En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así la alteración posterior.

Cuando el establecimiento opere con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), el registro y almacenamiento de la información relacionada con la atención en salud se hará directamente en éste.

La información registrada estará respaldada por la firma digital o código de acceso exclusivo, asignado al funcionario acreditado para tales efectos, conforme con el procedimiento establecido por la Gerencia Médica a instancia del Comité Institucional del Expediente de Salud, o cuando corresponda, mediante la firma certificada. En tales casos, los registros se presumirán realizados por dicho funcionario el día y la hora indicados por el sistema en su bitácora. Lo anterior, salvo prueba en contrario”.

En relación con los aspectos de registro de información en las hojas de atención de urgencias, la Licda. Nidia Segura Corea, Jefe Área de Registros Médicos y Estadísticas en Salud del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapu y Torres, mediante oficio REDES-323-2016 del 16 de agosto del 2016 indicó:

“(…) a.3 En el turno de 10.00 pm a 6.00 am; por el promedio de 1 a 2 usuarios que se atienden en ese horario, enfermería elabora las hojas de puerta del servicio de urgencias. Posterior, a las 6.00 am, que entra el Asistente de REDES, este procede a recoger las hojas de puerta que fueron depositadas en el buzón donde se debe colocar las incapacidades y hojas de puerta de ese turno e ingresarlas al programa SIIS. Al momento de ingresar la información en el Sistema, éste automáticamente le trae a la pantalla los datos del usuario ya que en su mayoría son poli consultantes. Quedando la hoja original y que es la que se archiva o anexa al expediente de salud tal y como se hizo en ese horario, únicamente en el programa queda con los datos completos; ya que no se puede reemplazar la original porque contienen las anotaciones médicas. Asimismo, de ser necesario corroborar algún caso se consulta el libro de actas que se lleva por parte de los médicos. Una vez verificado nombre y hora de atención se procede a digitalizarlo en el programa SIIS (...), (...) la deficiencia del programa SIIS, versión 5.1.203(...) el cual se encuentra totalmente desactualizado, ya que a nivel central no se le está brindando ningún tipo de mantenimiento ni actualizaciones. Igualmente en los turnos I y II no se podría certificar la veracidad pues se trabaja y se incluyen los datos en este mismo programa.”

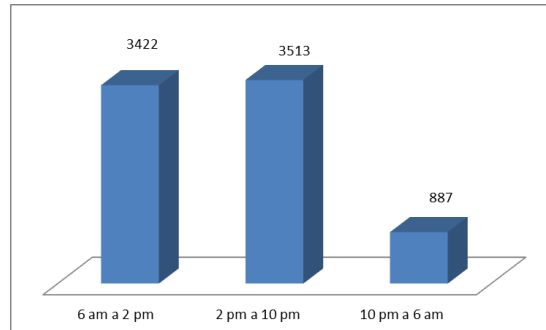
Debilidades en los mecanismos de control y supervisión por parte de las autoridades del centro de salud, reflejan inconsistencias en la información de índole administrativa y técnica que se registra en la hoja de atención de urgencias producto de un acto profesional a solicitud del usuario.

La omisión de datos en la hoja de atención de urgencias afecta la toma de decisión en todos los ámbitos considerando para ello la información registrada, aspecto vital en los procesos de atención, y programación de actividades las cuales deben garantizar entre otros aspectos, calidad en el actuar profesional.

1.8 Sobre la Oferta y Demanda de Atención en el Servicio de Emergencias.

Del análisis de información suministrada por el departamento de Registros Médicos y Estadísticas en salud se determinaron 7.822 atenciones a usuarios en el servicio de emergencias de enero a junio del 2016, de los cuales el 44% (3.422 usuarios) fueron valorados en el primer turno (6 a.m. - 4 p.m.); el 45% (3.513) en el segundo turno (2 p.m. - 10 p.m.) y el 11% (887) en el tercer turno ((Guardia)- 10 p.m.- 6 a.m.) tal y como se ilustra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Atenciones brindadas en el Servicio de Emergencias por turno hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
Enero- Junio 2016



Fuente: Elaboración propia con base en: Base de Datos suministrada por el área de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

De las 7.822 atenciones brindadas en el servicio de urgencias en el primer semestre del 2016, se identificaron 5.803 usuarios que fueron atendidos de lunes a viernes, y 2.019 los fines de semana, generalmente por 3 residentes y un médico asistente especialista en psiquiatría según el horario contratado, es decir que por turno, cada médico residente eventualmente podría estar valorado como mínimo a 1 paciente por hora, y si fuera del caso el médico asistente especialista de 2 a 3 pacientes por hora.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República establecen lo siguiente:

“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)

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.”

La falta de Métricas de producción por funcionario, no ha permitido a las autoridades del centro asistencial establecer parámetros e indicadores que garanticen la maximización de los recursos en virtud de proporcionar una prestación eficiente y eficaz, condicionada a la función sustantiva de un servicio de emergencias.

La productividad por turnos de los médicos que laboran en el servicio de emergencias, refleja la necesidad de determinar el aprovechando y distribución del recurso, e infraestructura.

1.9 Sobre la pertinencia de disponer de personal de redes en el servicio de emergencias.

Se determinó para el servicio de emergencias la falta de funcionarios de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REDES) para la atención de usuarios en el horario de 10 p.m. a 6 a.m., situación que eventualmente representa un riesgo y sesgo en el registro de información, acceso a expedientes de salud, retrasos en los ingresos a los servicios del nosocomio y a su vez no garantiza el resguardo y validación de documentos, como es el caso del otorgamiento de las boletas de incapacidad, exámenes y medicamentos a los usuarios.



En lo que respecta a validación y verificación de derechos, existen periodos en los cuales no se desarrolla esa actividad en el nosocomio, a saber: sábados, domingos y de lunes a viernes de 4 p.m. a 6 a.m., razón por la cual eventualmente podría comprometerse el proceso de recuperación de los costos de los servicios médicos brindados a usuarios producto de lo que corresponde a facturación a “No Asegurados”.

En el siguiente cuadro se identifica la cantidad de consultas brindadas en el servicio de emergencias en el primer semestre del 2016 y las probables atenciones de pacientes en condición de “No asegurados”, así como el monto que se podría presumir se dejaron de percibir por atención asistencial inicial.

Cuadro 2. Cantidad de usuarios atendidos del 1 de enero del 2016 al 31 de mayo del 2016
En el servicio de emergencias en eventual condición de “No asegurados”
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

Mes	Número de Consultas	Número de Consultas en Condición de “No asegurado”	Monto aproximado mínimo dejado de facturar por consulta ¹¹
Enero	1180	276	¢21,961,320.00
Febrero	1218	303	¢24,109,710.00
Marzo	1308	356	¢28,326,920.00
Abril	1231	322	¢25,621,540.00
Mayo	1333	381	¢30,316,170.00
Total	6270	1 638	¢130,335,660.00

Fuente: elaboración propia con base en: Base de Datos, de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias, aportada por el servicio de Registros Médicos y Estadísticas en salud, Julio 2016 del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. **Oficio S.V.F.S.M 047-2016 costos hospitalarios.**

Cabe mencionar para el periodo auditado que la franja horaria en la cual se reporta mayor cantidad de pacientes que consultan en condición de “No asegurado” es el turno de 2 p.m. a 10 p.m. como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Cantidad de usuarios atendidos del 1 de enero del 2016 al 31 de mayo del 2016
En el servicio de emergencias en eventual condición de “NO asegurados” según franja horaria
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres.

Mes	De 6 a.m. a 2 p.m.		De 2 p.m. a 10 p.m.		De 10 p.m. a 6 a.m.	
	Número de Consultas	Monto mínimo aproximado dejado de facturar por consulta ⁷	Número de Consultas	Monto mínimo aproximado dejado de facturar por consulta ⁷	Número de Consultas	Monto mínimo aproximado dejado de facturar por consulta ⁷
Enero	101	¢8,036,570.00	125	¢9,946,250.00	50	¢3,978,500.00
Febrero	113	¢8,991,410.00	128	¢10,184,960.00	62	¢4,933,340.00
Marzo	151	¢12,015,070.00	135	¢10,741,950.00	70	¢5,569,900.00
Abril	108	¢8,593,560.00	160	¢12,731,200.00	54	¢4,296,780.00
Mayo	145	¢11,537,650.00	158	¢12,572,060.00	78	¢6,206,460.00
Total	618	¢49,174,260.00	706	¢56,176,420.00	314	¢24,984,980.00

Fuente: elaboración propia con base en: Base de Datos, de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias, aportada por el servicio de Registros Médicos y Estadísticas en salud, Julio 2016 del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. **Oficio S.V.F.S.M 047-2016 costos hospitalarios.**

¹¹ Monto se calcula en base a una hora de atención en el servicio de emergencias. (¢79 570.00) (no se incluye 25 % de gastos administrativos)



La Ley General de Control Interno, en los siguientes capítulos, establece:

Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno.

“En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República establecen lo siguiente:

“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)

a. Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. El SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo. (...)

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.”

Así mismo, en el apartado 2 referente a la idoneidad del personal, dispone:

“2.4 Idoneidad del personal El personal debe reunir las competencias y valores requeridos, de conformidad con los manuales de puestos institucionales, para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control respectivas. Con ese propósito, las políticas y actividades de planificación, reclutamiento, selección, motivación, promoción, evaluación del desempeño, capacitación y otras relacionadas con la gestión de recursos humanos, deben dirigirse técnica y profesionalmente con miras a la contratación, la retención y la actualización de personal idóneo en la cantidad que se estime suficiente para el logro de los objetivos institucionales.”

El Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 61º “De la prestación de servicios a no asegurados”, establece:

“En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.

En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución.”

El documento denominado: “Sub Proceso: Presentación de Servicios de Salud en el Servicio de Emergencias de los Hospitales de la CCSS, elaborado por la Dirección Proyección de Servicios de Salud Área Soporte Estratégico a los



Servicio de Salud, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, 2015” establece los lineamientos básicos para el desarrollo de actividades en los Servicios de Emergencias, dentro de los cuales como responsable del sub proceso se tiene al “jefe de Servicio de Emergencias” y como participantes del Sub Proceso a: “Médico (Triage), Médico-Equipo (Sala de Shock), Funcionario de REDES, Médico (consultorio), Funcionario de enfermería, Médico (observación), Profesional de salud.

El Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos de febrero 2006 vigente a la fecha, en los artículos 31, 32, 48 y 49, norman los procedimientos para la comprobación de los derechos del asegurado y el cumplimiento de lo establecido en el artículo 61º del Reglamento del Seguro de Salud, indicando:

“ARTÍCULO 31º DE LAS FUNCIONES EN TERCER NIVEL

Emisión de facturas por:

Servicios médicos brindados a personas con patrono moroso.

Servicios médicos brindados por riesgos excluidos (accidentes de tránsito y riesgos del trabajo).

Servicios médicos brindados con cargo al Estado a personas menores de edad y adultas embarazadas no aseguradas o que no cumplen con las condiciones para disfrutar de un beneficio de Seguro por cuenta del Estado.

Servicios médicos brindados a personas no aseguradas (nacionales o extranjeros), conforme lo establecido en el capítulo VI de este Manual.

Confeccionar los informes de Validación de Derechos.

Coordinar con la Asesoría Validación de Derechos, la aplicación de las normas y los procedimientos establecidos en materia de su competencia.

Brindar información relacionada con los servicios que se brindan en las Unidades de Validación de Derechos, cuando los usuarios así lo requieran.

Es responsabilidad de las Direcciones Médicas y Direcciones Administrativas de cada centro médico, definir la estrategia que garantice la mejor aplicación por parte de estas unidades de los procedimientos señalados.” (Negrita no corresponde al original)

32º DEL ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS

“ (...) Cuando la persona no presente la orden patronal o comprobante de pago que demuestre su condición de asegurado, o los presente vencidos, se procederá a realizar la consulta utilizando alguna de las siguientes herramientas: consulta por medio electrónico, consulta telefónica ya sea con la Sucursal respectiva o con la Asesoría Validación de Derechos, con el fin de confirmar la condición de asegurado y determinar si el patrono, trabajador independiente o asegurado voluntario, se encuentra moroso.

Cuando no se presente carné de asegurado, lo pertinente es verificar la adscripción en los sistemas de registro que lleve cada centro médico”.

49º “DE LA ATENCIÓN EN CASOS DE URGENCIA”

De acuerdo con lo que establece el artículo 61º del Reglamento del Seguro de Salud, cuando una persona no asegurada se presenta a solicitar atención médica, lo que corresponde es que ésta sea valorada por los servicios médicos para establecer si el padecimiento que presenta es calificado de urgencia o emergencia, caso en el cual la atención es prioritaria y los trámites administrativos son subsecuentes.

Posterior a la prestación de los servicios, es responsabilidad de los funcionarios a cargo del registro de la información, coordinar con la Unidad de Validación de Derechos del Centro Médico para que se proceda a la facturación y cobro de los servicios brindados.



Cuando el padecimiento no es catalogado como una emergencia o urgencia, el paciente debe ser remitido a la Unidad de Validación de Derechos del centro médico, para que se proceda con la facturación y el cobro de los servicios. Una vez pagada la consulta de conformidad con lo establecido en el Modelo Tarifario y en Modelo de Costos Hospitalarios vigentes, según corresponda, se debe proceder a sellar las órdenes de medicamentos, exámenes de laboratorio o de gabinete; el resto de los servicios podrán ser brindados previo pago”.

El Procedimiento Administrativo y Contable para el Pago de Servicios Médicos mediante Tarjetas de Crédito y Débito VISA-Master Card Banco Nacional, en el Artículo 4, establece el medio más eficiente para asegurar la recuperación del monto de los servicios brindados:

Artículo 4. Congelamiento de Fondos

“Se presentan situaciones en las que el monto de los servicios médicos a brindar no se puede determinar con exactitud, ya que el mismo dependerá del tratamiento y/o días de estancia.

Por lo anterior, se procede a definir las pautas a seguir en el congelamiento de fondos en tarjetas VISA-MASTERCARD, el cual tiene como objetivo asegurar la recuperación del monto de los servicios a brindar hasta que los mismos sean definidos”.

Al respecto, la Dra. Lilia Uribe López, Directora General del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, mediante oficio DG 1040-2016 del 17 de agosto del 2016, indicó en relación con la pertinencia de disponer de personal de redes en el turno de 10pm a 6 am en el servicio de emergencias lo siguiente:

“(…) en el turno de 10 p.m. a 6 a.m. la demanda de servicios es mínima lo que no justifica la asignación de personal de REDES en dicho horario, las autoridades de este hospital consideran que la relación costo-beneficio es negativa. Aunado a ello, con la implementación del módulo de Emergencias del EDUS (programada para el 20 de agosto del 2016) disminuirán los riesgos actuales asociados a la falta de recursos de REDES porque el médico podrá acceder directamente el expediente electrónico. Sobre la Subárea de Validación de Derechos, esta se encuentra en una total reestructuración por lo que estaremos aumentando paulatinamente los horarios de atención según se considere que exista una relación Costo- Beneficio favorable al hospital.”

Así mismo, la Licda. Nidia Segura Corea, Jefe Área de Registros Médicos y Estadísticas en Salud del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, mediante oficio REDES-323-2016 del 16 de agosto del 2016, indicó en consideración a la importancia de disponer de un funcionario de REDES en el tercer turno lo siguiente:

“(…) desde el punto de vista de REDES, según producción y por el costo beneficio, como se menciona en el punto 3, es una decisión que debe ser valorada por las altas autoridades del Hospital (...), así como valorar los costos – beneficios y los riesgos (...).”

Debilidades en los procesos administrativos del servicio de emergencias ha propiciado desviaciones en las actividades del mismo, así como eventuales repercusiones en la recaudación, producto de los procesos asistenciales, aspectos que eventualmente podrían afectar los objetivos de la unidad.

El disponer de personal capacitado acorde con las funciones, garantiza al nosocomio, al usuario y al personal que labora en la unidad que la información registrada está acorde a los estándares autorizados, así mismo provee



oportunidad en el acceso a la información en tiempo y forma, y además avala el resguardo del patrimonio institucional, así como el control, y supervisión de documentos e incluso activos.

2. REFERENTE A LA ATENCIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2.1 Sobre el número de urgencias, no urgencias y tipo de patología.

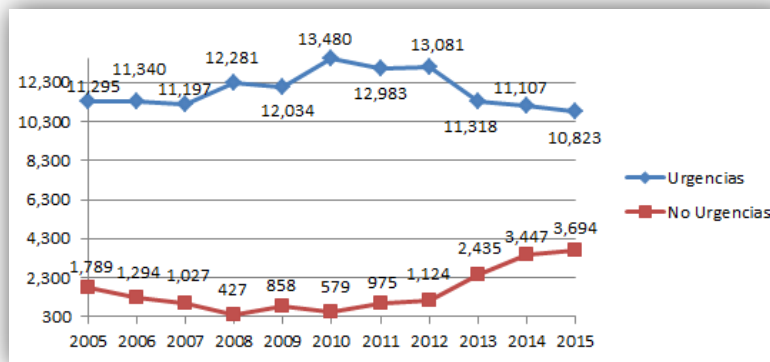
Se determinó para el periodo 2005 - 2015 en relación con las atenciones brindadas en el servicio de emergencias que en promedio el 88% de las consultas fueron urgentes y 12% no urgentes; aumentando estas últimas un 48% durante el periodo citado, situación que se detalla a continuación:

Cuadro 4. Consultas urgentes y no urgentes
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
2005 - 2015.

Indicadores	Años										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total de atenciones.	13,084	12,634	12,224	12,708	12,892	14,059	13,958	14,205	13,753	14,554	14,517
Total de urgencias.	11,295	11,340	11,197	12,281	12,034	13,480	12,983	13,081	11,318	11,107	10,823
Total de no urgencias.	1,789	1,294	1,027	427	858	579	975	1,124	2,435	3,447	3,694

Fuente: http://www.ccss.sa.cr/est_salud

Gráfico 2. Atenciones brindadas en el Servicio de Emergencias
hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
Enero- Junio 2016



Fuente: http://www.ccss.sa.cr/est_salud

Durante el período 2005 al 2015, el promedio ponderado en relación con las atenciones clasificadas como **no** urgencias fue de un 12%, es decir de cada 10 pacientes que se presentan en el servicio de urgencias 1 eventualmente no requería atención en el servicio de emergencias, situación que eventualmente podría impactar en la oportunidad para la atención de las afecciones clasificadas como urgencias, a su vez ello podría incrementar los costos del servicio.



Así mismo, mediante la revisión de 36¹² hojas de atención de urgencias de los días 17 al 24 de abril del 2016 y del 17 al 24 de julio del 2016, emitidas por el servicio de emergencias, se determinó que se realizaron: 13 (37%) atenciones como urgencias Psiquiátricas, 4 (11%) atenciones urgencias Médicas, 10 (29%) atenciones no urgencias; y 8 (23%) en las cuales no se anotó el tipo de atención, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Tipo de Urgencias en el Servicio de Emergencias, hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, según muestreo del 17 al 24 de abril del 2016 y del 17 al 24 de julio del 2016

Tipo de urgencia	Cantidad	%
No indica	8	23
No urgencia	10	29
Urgencia médica	4	11
Urgencia psiquiátrica	13	37

Fuente: Hojas de atención de urgencias.

Del cuadro anterior, se evidencia que existen atenciones en el servicio de emergencias que no corresponden a situaciones de urgencia calificada, siendo que en 10 casos se catalogó por el médico (residentes y médicos asistentes que laboran en la unidad), como **no urgente**, además llama la atención a este Órgano de Control y Fiscalización el caso de pacientes que consultaron por: “LUMBALGIAS, INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS, y REPETICIÓN DE RECETAS” en ese centro de salud.

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 (...)”

Además, dicho marco normativo en el punto 4.5.1 Supervisión constante, establece:

“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 SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

Debilidades en el sistema de gestión administrativa del servicio de emergencias, ha propiciado mecanismos de control débiles los cuales discriminan las atenciones no urgentes, y por consiguiente la derivación a los niveles de atención que correspondan. Aspecto que eventualmente impactaría en la asignación y utilización de recursos.

En relación con la atención de usuarios en el centro de salud, las actuales directrices no son claras ni orientadas a definir una estratificación de patologías por las cuales consulta el usuario; siendo que a su vez esto no garantiza el acceso al servicio de emergencias de manera oportuna, y provoca saturación y eventual distorsión de la naturaleza de este al requerir insumos y recursos humanos que inicialmente se consideraron para la atención de urgencias.

2.2 Referente al Triage

¹² 11360034x, 60350033x, 30164048x, 20343017x, 20343017x, 11336012x, 11709090x, 11627096x, 20669042x, 20669042x, 30518040x, 20838061x, 2.304E+13, 1088107x, 11675015x, 40190087x, 10916071x, 11371016x, 11848056x, 11894051x, 11277032x, 50566x, 11150043x, 40213062x, 11885050x, 70249006x, 11470020x, 60078060x, 11784007x, 11835046x, 60477095x, 11470020x, 50432006x, 10720033x, 1982048x.



Se evidenció que no se ha establecido formalmente, un proceso de clasificación de pacientes, por consiguiente no existen responsables o datos estadísticos al respecto para el servicio de emergencias.

En oficio GM-9537-5, del 20 de junio del 2013, la Gerencia Médica indicó al respecto sobre el sistema de “Triage” lo siguiente:

“La Gerencia Médica, tiene pleno conocimiento de la importancia de los Servicios de Emergencia de la institución, de la cantidad de trabajo que realizan y del impacto en la atención de los usuarios, que se derivan de las acciones efectuadas en estos, lo anterior se suma a los análisis efectuados, donde se evidencia la necesidad de utilizar un Sistema de Clasificación de pacientes, (triage) que ayude con evidencia científica a clasificar y atender con prontitud los pacientes que así lo ameriten, sin que por esto, se deje sin atención a algún paciente (...), Posterior a un análisis de los diferentes sistemas de triage existentes a nivel mundial y en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, se determinó, que los recomendados son aquellos con cinco niveles de priorización, por lo que se ha definido la utilización del Sistema de Triage CTAS, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, debido a que cumple con los requerimientos para ser implementado en los diferentes servicios de emergencias a nivel institucional(...).”

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 (...).”

Además, dicho marco normativo en el punto 4.5.1 Supervisión constante, establece:

“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 SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

La ley 8239 “Derechos y Deberes de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud Públicos y Privados en su artículo 2 dispone:

“Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

...e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas...

m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias...”

La situación descrita obedece a la falta de planificación y mecanismos de control que garanticen la estratificación y acceso a los servicios asistenciales de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes, así como el procedimiento para la valoración y clasificación de usuarios.

El proceso de clasificación de pacientes es indispensable en el servicio de emergencias siendo herramienta elemental para el profesional médico quien determinara la patología que eventualmente presenta el usuario, misma que puede evolucionar al punto que se comprometa la integridad física o incluso la vida, lo cual representa un riesgo para los pacientes, y la Institución.



2.3 Sobre la evaluación clínica

Se determinó que el servicio de emergencias, no dispone de un programa e instrumento de evaluación relacionado con la calidad técnica del manejo clínico de los pacientes valorados por el personal de salud en esa unidad de trabajo.

El Reglamento General de Hospital Nacionales menciona en relación a las obligaciones y atribuciones del Jefe de Servicio de Emergencias lo siguiente:

Artículo 28.

a) Planear, organizar, coordinar, evaluar y dirigir las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud que corresponden a su Departamento, con apego a las normas de política general que rigen a la Institución.

c) Cuidar el progreso científico del personal a sus órdenes, organizar reuniones a que se refiere este Reglamento y estimular el estudio, las publicaciones y los trabajos de investigación.

*d) Promover y mantener la **Auditoría Médica en los servicios de su Departamento.***

e) Preocuparse de la preparación y desarrollo adecuado de los programas de adiestramiento para residentes e internos de los Servicios del Departamento a su cargo guiarlos y proporcionarles las facilidades necesarias para que cumplan su cometido bajo su vigilancia.

Artículo 66.

Orientar la labor técnica del servicio y controlar y súper vigilar la actuación de todo el personal del mismo, así como inspeccionar sus dependencias.

Los programas de control de la calidad en la atención médica, son esenciales como instrumento que contribuyen en el manejo clínico de usuarios, considerando para ello estándares técnicos probados, y actos clínicos acorde a las necesidades de salud de los pacientes; por lo anterior la identificación de cualquier desviación por parte del personal encargado de la unidad, puede corregir oportunamente lo evidenciado; impactando ello en la calidad, eficiencia y eficacia del servicio brindado a los usuarios.

2.4 Estancias prolongadas

Se determinó que el 7.5% (572) de usuarios atendidos en el servicio de emergencias de enero a junio del 2016 correspondió a pacientes con estancias superiores a 24 horas, de un total de 7.631 egresos, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Estancias superiores a 24 horas en el servicio de emergencias del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
Enero a Mayo 2016.

MES	NÚMERO DE ESTANCIAS INFERIORES A 24 h	NÚMERO DE ESTANCIAS SUPERIORES A 24 h	TOTAL DE EGRESOS
Enero	1111	69	1180
Febrero	1110	108	1218
Marzo	1176	132	1308
Abril	1139	92	1231
Mayo	1243	90	1333
Junio	1280	81	1361
Total	7059	572	7631

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el Área de Estadísticas en Salud del Hospital.



Del cuadro anterior, se puede mencionar que eventualmente en la atención de los 572 pacientes con estancias superiores a las 24 h en el servicio de emergencias la institución erogó **₡8,638,610.75¹³** (Ocho millones seiscientos treinta y ocho mil con seiscientos diez colones con 75/00). Al respecto este Órgano de Control y Fiscalización consideró los casos en los cuales las estancias se prolongan por aspectos como, falta de espacio en el área de hospitalización y/o programas de atención, aplicación de medicamentos o situaciones en las cuales se prolonga la estancia en virtud de la modificación de medidas judiciales las cuales incluso van desde los 15 días o más.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales, dispone:

“ARTICULO 73. ...Todo enfermo que ocupe una cama de emergencia debe ser trasladado al servicio clínico dentro de las 24 horas siguientes, salvo indicación médica fundada en sentido contrario”.

El Manual Normativo del Programa Institucional de Estándares de Salud dirigido a los Tres Niveles de Atención, elaborado por la Caja Costarricense Seguro Social en enero de 2006; menciona en su apartado indicadores página 37-38 lo siguiente:

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

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

La Ley General de Control Interno, dispone:

“Artículo 8, sobre el Concepto de sistema de control interno:

Para efectos de esta Ley, se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal (...).

c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.

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

a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.

b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.”

¹³ Para el cálculo se considera el monto de ₡15.505,00 correspondiente a la 4 hora de atención, no se contabilizan insumos que podría haber requerido el usuario.



Estancias prolongadas en el servicio de emergencias, afecta la disponibilidad de camas y otros recursos necesarios para la prestación de la atención a los usuarios; así como el funcionamiento normal y oportuno de la unidad. En tal sentido, la planificación es fundamental respecto al tiempo que requiere el paciente para la recuperación.

Falta de mecanismos de control y supervisión robustos por parte de la jefatura del servicio de emergencias y faltas al deber de cuidado por parte de los profesionales en salud, reflejan tiempos de atención prolongados. Tiempos de atención acordes a la oferta del servicio, inciden en la toma de decisiones oportunas considerando que esta información es vital para los procesos de atención, y programación de actividades, las cuales son orientadas a proveer atención de calidad.

2.5 Prescripción de medicamentos

De la revisión de una muestra al azar de 39 hojas de atención de urgencias, para el periodo del 17 al 24 de abril del 2016 y del 17 al 24 de julio del 2016, se comprobó para el 100% de los casos el incumplimiento de la normativa institucional relacionada con la prescripción de medicamentos.

El incumplimiento está relacionado con la omisión de aspectos cómo: dosis, frecuencia, vía de administración, potencia o fuerza del medicamento, duración del tratamiento y total a prescribir.

La Lista Oficial de Medicamentos 2014 en el capítulo III establece lo siguiente relacionado con la prescripción:

“Capítulo III.

III.1.5 La prescripción de los medicamentos en la C.C.S.S debe acoger las indicaciones oficiales para uso clínico, las dosificaciones terapéuticas y las vías de administración establecidas. Como excepción, ante una necesidad excepcional para uso en condiciones diferentes, el caso deberá ser presentado al CCF usando los formularios y el procedimiento ya establecido para medicamentos no LOM.

III.1.6 Las prescripciones deben anotarse en el recetario oficial a mano y con letra legible, únicamente con bolígrafo o pluma de tinta indeleble color azul o negro. Alternativamente, se permite al prescriptor el uso de los recetarios oficiales de la Institución en formato electrónico, para la emisión de la receta.

III.1.7 Toda prescripción debe indicar el nombre del medicamento, la potencia o fuerza, la cantidad a despachar, la dosis con el intervalo o frecuencia de administración, la vía de administración y la instrucción. Tres excepciones:

a. En la prescripción de un medicamento disponible en una única presentación farmacéutica, la anotación de la potencia o fuerza no es indispensable.

b. En la prescripción de un medicamento para el tratamiento de patologías crónicas, la anotación de la cantidad a despachar no es indispensable, bajo el supuesto de que corresponde a 1 mes de tratamiento.

c. Como al momento de la prescripción, el prescriptor podrá realizar la instrucción en forma verbal directamente al paciente, la anotación de la instrucción no es indispensable.

III.1.8 Cada prescripción debe llevar la firma y el código del profesional en salud autorizado. Como excepción, en la receta impresa mediante SIES u otro sistema electrónico que enliste los medicamentos prescritos, la firma y el código deberá anotarse una única vez al final del documento. Cuando en la unidad opera el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), para la prescripción electrónica aplicará la firma digital, la firma certificada o código de acceso exclusivo.

III.1.9 En todo formulario para prescripción, es responsabilidad del prescriptor anotar como mínimo el nombre y los dos apellidos del paciente; alternativamente, puede hacer uso de los recetarios y etiquetas oficiales de la Institución en formato electrónico.

III.1.10 Como parte de la atención en salud, toda prescripción de medicamentos debe ser anotada, por el prescriptor, en el expediente u hoja clínica de consulta del paciente”.



El Reglamento de Salud en el capítulo VI, en el apartado: “Derecho y Deberes de los usuarios”: artículo 75:

“Los asegurados tienen derecho a:

c) Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada sin ningún tipo de exclusión o de excepción en el expediente clínico”.

El Reglamento del expediente de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva de la Institución en el artículo 12, de la Sesión N° 7364, del 31 de agosto de 1999, y reformado en el artículo 33° de la sesión 8701, celebrada el 13 de marzo de 2014 acordó lo siguiente:

“... Artículo 32. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios originales y oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben realizarse con tinta azul o negra, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera.

Queda prohibido utilizar correctores, marcadores para resaltar datos, sellos no autorizados por la Gerencia Médica, realizar anotaciones fuera de los márgenes del formulario y tachaduras, siendo lo correcto corregir los errores en las anotaciones mediante nota aclaratoria firmada y fechada, y hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.

En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así la alteración posterior.

Cuando el establecimiento opere con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), el registro y almacenamiento de la información relacionada con la atención en salud se hará directamente en éste.

La información registrada estará respaldada por la firma digital o código de acceso exclusivo, asignado al funcionario acreditado para tales efectos, conforme con el procedimiento establecido por la Gerencia Médica a instancia del Comité Institucional del Expediente de Salud, o cuando corresponda, mediante la firma certificada. En tales casos, los registros se presumirán realizados por dicho funcionario el día y la hora indicados por el sistema en su bitácora. Lo anterior, salvo prueba en contrario”.

La falta al deber de cuidado por parte de los profesionales en salud, ocasiona la omisión de los registros en la prescripción de medicamentos en el documento oficial de salud.

Consignar de manera completa la información del usuario en el Expediente de Salud es responsabilidad del profesional que brinda atención y prescribe los medicamentos, siendo que la omisión de datos genera limitaciones al momento de constatar la indicación del fármaco, generando que ante la duda, el profesional en farmacia no dispense el medicamento al usuario, y por ende afecte eventualmente el proceso de recuperación del asegurado.

Relacionado con la confiabilidad e integridad de la información de la prescripción de medicamentos, debe existir garantía de que la misma esté completa, y por lo tanto esta se refleje de manera coherente y veraz en el expediente de salud del usuario.



3. SOBRE EL ESTADO DE LA PLANTA FÍSICA

Del recorrido realizado el 28 de junio del 2016 en el servicio de emergencias se documentaron aspectos relacionados con la infraestructura y equipamiento que deben de ser consideradas por la administración en relación con la prestación del servicio asistencial:

- Consultorio (3) el cual no brinda privacidad entre el paciente y el médico asistente especialista en psiquiatría, debido a que el consultorio, funciona como oficina para el Dr. Luis López Mora, personal de Enfermería, Residentes, Trabajo Social, entre otros; situación que eventualmente puede afectar el resguardo de la documentación administrativa y otros.
- Cubículos de aislamiento, con camas con resortes (eventualmente ello puede representar un peligro para el personal y el usuario) y paredes con deterioro y rayadas.
- Acceso a los extintores de incendio obstaculizados.
- Problemas de ventilación en el área de enfermería y oficina de este servicio.
- Colchonetas a nivel de cielo raso en apariencia nuevas.
- Aglomeración de sillas de ruedas y otros enceres en el pasadizo entre el consultorio uno y el tres.
- Cables de televisión o eléctricos desprendidos del cielo raso.
- Paredes despintadas en general.

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

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

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

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

4.5.1 Supervisión constante

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 SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

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

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



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

Debilidades en los procesos de planificación, y organización por parte de las autoridades del servicio, han propiciado que el servicio de emergencias presente inconsistencias en la infraestructura, situación que eventualmente puede afectar las actividades asistenciales y seguridad del usuario.

Las condiciones actuales de infraestructura en el servicio de emergencias, podría limitar la prestación de los servicios, con los consecuentes riesgos asociados al proceso de atención, tratamiento y recuperación, así como complicaciones que puedan presentarse por la permanencia en ambientes como los señalados, o ante una eventual emergencia.

4. REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

Se determinó que en el servicio de emergencias carece de un sistema que registre el número de referencias y contra referencias, que determine la procedencia o lugar al que se remite el usuario.

El documento denominado “Una CCSS renovada hacia el 2025. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones. 23 de Abril 2007”, en el apartado B.3.6 Visión desde la perspectiva organizacional establece:

“(...) En los distintos niveles y unidades de la organización existen responsables de pro ceso, que responden por los resultados obtenidos y que, para esto, están capacitados y habilitados para la toma de decisiones operativas.

- *Los establecimientos y dependencias de la C.C.S.S operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un efectivo sistema de referencia y contra referencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración.*
- *Los centros hospitalarios de la C.C.S.S. operarán en red, bajo un modelo de atención integral y un esquema organizativo más matricial y basado en procesos. En general, se trata de hospitales menos propensos al gigantismo, altamente especializados y automatizados; más amigables con los usuarios y con el ambiente; arquitectónicamente más confortables, funcionales y seguros; más cercanos a la población y con un componente muy fuerte de atención hospitalaria no tradicional (hospitalización de día, cirugía ambulatoria, asistencia en el hogar, etc.).”*

Debilidades en los sistemas de información y registro han provocado que no se determine la procedencia de los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencias, por consiguiente se desconocen los lugares de adscripción así como los programas que impacten en la afluencia de usuarios a la unidad.

La falta de registros relacionados con el número de referencias y contra referencias atendidas en el servicio de emergencias, podría generar que los diferentes niveles de atención no estén brindando atención de forma eficaz, ya que no existe documentación que respalde eventuales acciones para el acceso a la valoración asistencial por parte de los usuarios en la Red.

5. USO DEL GAFETE INSTITUCIONAL

Se verificó mediante recorrido realizado el 28 de junio del 2016 en las instalaciones del servicio de emergencias, la presencia de funcionarios que no portaban el gafete institucional o que en su defecto por el deterioro del mismo lo resguardaban en el bolsillo de la gabacha.



El Manual de uso, trámite y confección de gafetes de identificación para los funcionarios (as) de la Caja Costarricense de Seguro Social. En el artículo 5º menciona sobre el uso del gafete lo siguiente:

“El gafete Institucional tiene como fin único, la acreditación del portador como funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social. Por otra parte, le permite a éste transitar por aquellas zonas que de acuerdo a sus funciones le es permitido.

Es obligación de todos los funcionarios (as) de la Caja Costarricense de Seguro Social, la portación del gafete de identificación oficial, de forma permanente y visible durante su jornada laboral y en cualquiera de las instalaciones de la Institución y/o vehículos de ésta. De igual manera mantenerlo en buen estado, y sin ningún tipo de alteración que obstaculice visualizar la información que contiene en ambas caras.”

La Ley 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios públicos y privados, respecto a las características de la atención en general, establece:

“Artículo 2. Derechos. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- Ser informados del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención (...).”

El incumplimiento de la directriz emitida por las instancias superiores en relación al uso del gafete institucional, documento que identifica al funcionario de la Caja Costarricense del Seguro Social ante el usuario, evidencia que existen debilidades de control y supervisión por parte de las autoridades del nosocomio.

La normativa institucional es clara en afirmar que el gafete es el documento de acreditación de todo trabajador de la CCSS, por lo tanto, su ausencia dificulta la identificación del personal, así como el oportuno control de acceso necesario para la salvaguarda del patrimonio institucional y la integridad de los usuarios y visitantes.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio reflejan la necesidad de fortalecer los procesos de planificación, dirección, ejecución, control y supervisión de actividades sustantivas en el servicio de emergencias; a su vez existen aspectos de mejora en la infraestructura, así como el uso de la planta física, recurso humano, prescripción de medicamentos, registro de la información y toma de decisiones.

En relación con las actividades asistenciales, se concluye que es conveniente la conformación y aplicación de normativa técnica para la atención asistencial, considerando las principales patologías diagnosticadas y tratadas en el servicio; además del establecimiento de capacitaciones con el fin de que el personal de salud disponga de los cursos de actualización y soporte que corresponden los cuales impactarían en la prestación asistencial; a su vez se debe de proveer a la unidad de mecanismos e instrumentos que garanticen el registro de información, el cual podría influir positivamente en la administración del tiempo contratado y el tiempo para la atención del usuario.

Es importante además el fortalecimiento de los procesos administrativos por los cuales se presentan inconsistencias en el registro de información, uso de recursos y atención de usuarios e implementar mecanismos de acción con la finalidad de proveer un beneficio a la población, y que impacte en los costos hospitalarios.

Por lo anterior, las autoridades deben de valorar la pertinencia de facilitar al servicio de emergencias de herramientas como el sistema de clasificación institucional y mecanismos de control pertinentes que impacte en la



disminución de la atención de no urgencias y que provean una atención especializada acorde a las necesidades de la población que requiere atención en ese centro de salud.

RECOMENDACIONES

A LA DRA. LILIA URIBE LÓPEZ, DIRECTORA MÉDICA, HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO MANUEL ANTONIO CHAPÚ Y TORRES, RESPECTIVAMENTE O A QUIEN OSTENTE SU CARGO

1. Coordine con la Unidad Ejecutora del EDUS de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que en conjunto con el Centro de Gestión Informática del hospital procedan a implantar el Módulo de Urgencias del EDUS, conforme al cronograma establecido en el Plan de trabajo de la Unidad EDUS en el servicio de urgencias de ese nosocomio, lo anterior con la finalidad de maximizar la gestión del recurso disponible. A su vez se deberán establecer los requerimientos por nivel y tipo de usuario que garantice la confiabilidad de la información en cada proceso. De considerarse pertinente esa solución informática, en el centro de salud, proceda formalmente a establecer el protocolo de acción de dicha herramienta informática (para ello considere el equipo humano y tecnológico disponible, así como las capacitaciones respectivas); caso contrario, defina los mecanismos de control alternativos que solventen las debilidades en el registro, acceso y resguardo de información que actualmente presenta el sistema digital informático (SIIS), según lo señalado en el hallazgo 1.8 del presente informe.

Plazo de cumplimiento: 3 meses para el análisis y/o aplicación de la solución informática o mecanismos de control solicitados.

2. Establezca las acciones necesarias que permitan analizar las tareas ejecutadas en la plaza 3723 de perfil ocupacional Médico Jefe 2, perteneciente al servicio de Hospitalización, la cual desempeña sus funciones en el servicio de Emergencias; las cuales en el presente estudio fueron ejecutadas por el Dr. Luis Humberto López Mora, desde el 02 de mayo de 2016.

Lo anterior con el propósito de analizar las alternativas que normativamente sean pertinentes para que entre otros aspectos aborden lo siguiente:

- Analizar las causas que motivaron el traslado y asignación de funciones diferentes al perfil ocupacional que ostenta el titular, evidenciado en el Hallazgo 1.4 del presente informe.
- Evaluar las posibilidades técnicas para que el código presupuestario 3723 ejecute las funciones de acuerdo con la clase ocupacional que ostenta, de lo contrario, establecer las coordinaciones con la Unidad de Gestión de Recursos Humanos con el fin de iniciar un proceso de reasignación del perfil ocupacional y ajustarlo a la estructura del servicio.

Para acreditar el cumplimiento de las disposiciones anteriores, deberá remitirse a la Auditoría, en el plazo de 6 meses posteriores al recibo del presente informe, certificación donde consten las acciones realizadas para reasignar o no la plaza 3723 de acuerdo al perfil para el cual fue creada.

3. Instruya al Comité Local de Farmacoterapia, la Comisión Local de Expedientes de Salud y el encargado del servicio de emergencias, para que establezcan de manera trimestral actividades evaluativas (documentadas) relacionadas con la aplicación de la normativa en cuanto a la “prescripción de



medicamentos por parte del personal médico”, y se emitan informes detallados de las inconsistencias evidenciadas, con la finalidad de que esa Dirección, proceda como en derecho corresponda. Lo anterior de conformidad con lo indicado en el presente Hallazgo 2.5

Plazo de Cumplimiento 6 meses posteriores al recibido del presente documento.

A LA DRA. LILIA URIBE LÓPEZ, DIRECTORA MÉDICA, Y AL DR. LUIS LÓPEZ MORA, ENCARGADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO MANUEL ANTONIO CHAPUÍ Y TORRES, RESPECTIVAMENTE O A QUIEN OSTENTE SU CARGO

4. Considerando los resultados del presente estudio, proceda con la implementación de un **plan de mejora** que permita atender entre otros aspectos lo siguiente:
 - a. Elaboración del manual de procedimientos, funciones y actividades administrativas con la finalidad de disponer de normativa actualizada y acorde a las necesidades de la unidad. Lo anterior de conformidad con lo indicado en el Hallazgo 1.1.
 - b. Elaboración e implementación de las acciones necesarias para la conformación de la normativa técnica (protocolos de atención) las cuales deberán considerar como eje las principales patologías que se presentan en el servicio; para lo anterior se deberá solicitar el criterio de los especialistas del centro hospitalario, con el fin de proporcionar al personal de salud un estándar en la prestación del servicio; estos documentos deberán ser actualizados de acuerdo a lo reglamentado. Lo anterior de conformidad con lo indicado en el Hallazgo 1.2.
 - c. Análisis del tiempo asignado para la atención y valoración de usuarios por parte de los médicos especialistas, médicos residentes, médicos generales, trabajadores sociales, y psicólogos, según las necesidades del servicio, número de pacientes, personal, camas asignadas y capacidad instalada. Lo anterior en base al hallazgo 1.3 y 1.8.
 - d. Confección e implementación de una herramienta o instrumento de evaluación relacionada con programas de calidad vinculada a los procesos asistenciales llevados a cabo por los médicos y residentes que desarrollan actividades en el servicio; considerando criterios técnicos y científicos probados y normados por la institución, con el fin de adoptar las medidas que propicien la mejora continua en la prestación del servicio de salud. Lo anterior según lo identificado en el Hallazgo 1.5.
 - e. Actividades de capacitación y formación continua al personal que labora en el servicio de emergencias, de manera que con ello permita cumplir con lo establecido en la normativa vigente y así mejorar y actualizar los conocimientos y destrezas de los profesionales, primordialmente en lo concerniente al sistema de clasificación: CTAS (Coordinar con la Gerencia Médica lo correspondiente); cursos de RCP (Soporte Cardíaco Básico); además incentivar al personal para que se capacite en sistemas como: ACLS (Soporte Cardíaco Avanzado) PALS (Soporte Cardíaco Pediátrico) y ATLS (Soporte de Trauma Avanzado), y atención de patología psiquiátrica urgente, entre otros. Lo anterior de conformidad con lo indicado en el Hallazgo 1.6.



- f. Considerando que las consultas **no** urgentes que se presentan en el Servicio de Emergencias; muestran una tendencia creciente, realice un análisis de estas en el primer semestre del 2016 y de ser procedente instaure las acciones que correspondan con el objetivo de reducir este indicador. A su vez solicite al encargado del servicio de emergencias, gestionar con los hospitales nacionales, periféricos y regionales, acciones que impacte en la calidad de atención del usuario con patología psiquiátrica. Lo anterior basados en el Hallazgo 2.1
- g. Confeccione e implemente una herramienta o instrumento de evaluación relacionado con programas de calidad en los procesos asistenciales llevados a cabo por los médicos especialistas, médicos generales y residentes del servicio de emergencias; para lo anterior considerar criterios técnicos y científicos probados o normados por la institución, con el fin de adoptar las medidas correctivas que propicien la mejora continua en la prestación del servicio de salud. Lo anterior basados en el hallazgo 2.3.
- h. Analizar las estancias prolongadas del servicio, durante el primer semestre del 2016, con la finalidad de documentar aspectos de control que a futuro presenten riesgo para la atención asistencial a usuarios, así como el resguardo del patrimonio institucional. Lo anterior basado en el hallazgo 2.4
- i. Documentar el número de referencias y contra referencias que emite y recibe el servicio de emergencias con el propósito de elaborar una propuesta que considere estrategias dirigidas a la gestión de este indicador, lo cual sirva para favorecer el uso eficiente de los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud a pacientes con patologías psiquiátricas consideradas como emergencias. (de lo anterior se debe remitir copia a los servicios de emergencias que más cantidad de pacientes refieren, a la Dirección de Red de Servicios de Salud y a la Gerencia Médica, con la finalidad de propiciar protocolos o normativa orientada al manejo de estos usuarios en el primer, segundo y tercer nivel de atención). Lo anterior en base al hallazgo 4.

Plazo de cumplimiento: 6 meses para el establecimiento del plan, y para efectos del seguimiento se considerará la documentación relacionada con el monitoreo brindado al plan y las gestiones efectuadas en 9 meses, posterior al recibo del presente documento.

- 5. Establecer las medidas de control correspondientes de tal manera que los profesionales en salud que laboran en el servicio de emergencias, cumplan con la normativa estipulada en cuanto al llenado de la hoja de atención de urgencias, sin omitir datos relevantes sobre la prestación asistencial al usuario, los cuales eventualmente puedan afectar la toma de decisiones respecto al abordaje clínico.

Deberá además implementar en conjunto con el Comité Local de Expedientes de Salud un procedimiento de supervisión documentado y periódico (trimestral), el cual garantice el cumplimiento de la normativa, mismo que será remitido a esa Dirección, y al encargado del servicio de emergencias, con la finalidad de evidenciar las acciones correctivas propuestas, y subsanación a lo señalado. De lo anterior se deberá certificar las acciones a este Órgano de Control y Fiscalización, para garantizar la corrección a lo indicado en el Hallazgo 1.7.

Plazo de cumplimiento: 4 meses posteriores al recibido del presente documento.



6. Proceda a la habilitación formal del espacio físico correspondiente para la implementación del sistema de clasificación de pacientes institucional (TRIAGE - CTAS), cuya finalidad será mejorar la atención de los usuarios en relación con el proceso de valoración inicial, estratificación de la patología y derivación de usuarios, con la finalidad de brindar atención oportuna, eficiente y eficaz a los pacientes que requieren ser atendidos en ese centro de salud, así como el resguardo al patrimonio institucional. Lo anterior basados en el hallazgo 2.2

Plazo de cumplimiento: 2 meses posteriores al recibido del presente documento.

7. Proceda a instaurar los procesos para documentar las acciones desarrolladas en relación con la implementación del TRIAGE, las cuales deberán identificar las actualizaciones a la normativa del servicio, asignación de actividades y niveles de autorización. Así mismo, establecer un cronograma el cual mida el éxito de la ejecución del TRIAGE de acuerdo a lo establecido por la unidad y el impacto en la atención de pacientes. Lo anterior basados en el hallazgo 2.2.

Plazo de cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento.

A LA DRA. LILIA URIBE LÓPEZ, DIRECTORA MÉDICA, Y AL MSC. EDWIN ACUÑA ULATE, DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO MANUEL ANTONIO CHAPÚ Y TORRES, RESPECTIVAMENTE O A QUIEN OSTENTE SU CARGO

8. Llevar a cabo una verificación de las atenciones brindadas según el cuadro 2 del hallazgo 1.9, a fin de determinar en cuales casos corresponde la facturación y cobro de los servicios médicos brindados considerando para ello las atenciones otorgadas a usuarios bajo la condición de “no asegurados”, de tal manera se proceda con las gestiones que correspondan según la normativa vigente. Así mismo, se deberá llevar a cabo las acciones de manera que se valore la pertinencia de habilitar el servicio de REDES en el área de emergencias durante el tercer turno (22-6), para garantizar el registro, resguardo, verificación de documentación y accesibilidad de la información.

Plazo de cumplimiento: 8 meses para el análisis, y para efectos del seguimiento se considerará la documentación relacionada con las gestiones efectuadas en 12 meses, posterior al recibo del presente documento.

9. Considere el hallazgo 3 del presente informe, relacionado con mantenimiento de infraestructura y equipamiento, y establezca un cronograma de acción que en el ámbito operativo contemple actividades y responsables que garanticen una solución definitiva en lo referente a las observaciones que contemplan aspectos de planta y espacio físico, infraestructura y equipamiento; además deberá esa Dirección General aprobar lo solicitado, y documentar las gestiones realizadas, para garantizar el cumplimiento a lo requerido.

Plazo de cumplimiento: 8 meses posteriores al recibido del presente documento.

10. Considerando el Hallazgo 5, en coordinación con las Jefaturas de Servicios, establecer las medidas de control que garanticen la obligatoriedad, de portar en un lugar visible y en buen estado el gafete institucional, acorde con la unidad en que se desempeña.

Plazo de Cumplimiento: 3 meses posteriores al recibido del presente documento.



COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el Artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe fueron comentados el 06 de octubre del 2016 con el Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de la Gerencia Médica.

Así mismo, el 24 de octubre del 2016, se presentaron los resultados del estudio a la Dra. Lilia Uribe López, Directora General, MSc. Edwin Acuña Ulate, Director Administrativo- Financiero, Dr. Cristian Elizondo Salazar, Sub Director, Dra. Patricia Orozco Carballo, Jefatura de Hospitalización, Dr. Luis Humberto López Mora, Médico Asistente Especialista en Psiquiatría, Encargado del Servicio de Emergencias, Dra. Sussana Maradiegüe Montero, Médico Asistente Especialista en Psiquiatría, Encargada del Servicio de Emergencias y Lic. Nidia Segura Corea, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud del hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres y al Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de la Gerencia Médica; por parte de la Auditoría Interna: Licda. Laura Rodríguez Araya y Dr. Luis Diego Fernández Mena, Asistentes de Auditoría.

De las observaciones señaladas por los funcionarios participantes, las que se consideraron pertinentes se incluyeron en las respectivas recomendaciones y hallazgos, además estas constan en las actas correspondientes.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dr. Luis Diego Fernández Mena
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE
ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

EAM/LDFM/wnq