



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

ASS-145-2016
08-11-2016

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en cumplimiento al Plan Anual Operativo del año 2016, apartado de Actividades Integrales Gerenciales del Área de Servicios de Salud de la Auditoría Interna.

Con base en la revisión efectuada, se evidenció que los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía no tienen adecuadamente documentada la asignación y distribución de funciones y actividades de los profesionales en medicina y resto de funcionarios que laboran en ellos.

Por otra parte, las instalaciones donde se ubica el área de hospitalización fueron construidas hace más de 30 años, siendo que las condiciones de esos espacios no son los adecuados, situación que se refleja en el hacinamiento que se observa en los salones y el deterioro del mobiliario. Si bien es cierto, tanto las autoridades del centro médico como de la Institución han realizado esfuerzos tendientes a mejorar esa situación, es pertinente que se continúen desarrollando e impulsando acciones para dotar al hospital de una infraestructura que se ajuste no solo a las demandas actuales, sino también futuras de la población.

Si bien el centro médico dispone de un Equipo Gestor de Camas formalmente establecido, es pertinente que se defina claramente sus objetivos y plan de trabajo, de manera que esto permita fortalecer la gestión del recurso cama hospitalaria en forma permanente durante todo el año, involucrando activamente a los Jefes de Servicio y otros actores claves. Para ello resulta fundamental el liderazgo por parte de la Dirección General en apoyo al citado grupo.

Existen debilidades por parte del personal médico en lo que respecta al registro de información en el expediente médico de pacientes hospitalizados, lo cual incluye lo consignado en la hoja de evolución, el llenado correcto del documento Consentimiento Informado así como la hoja de Anestesia y Recuperación.

La actual lista de espera quirúrgica del hospital es crítica, contando al 31 de julio de 2016 con 7757 pacientes en espera de una cirugía, siendo las especialidades de ORL, Oftalmología, Cirugía General y Ortopedia, las que agrupan el 82% de la totalidad de pacientes en espera. En razón de lo anterior, es necesario que el centro médico, bajo la figura del Grupo Gestor de Listas de Espera, y con el apoyo de la Gerencia Médica, continúen realizando acciones para la atención de la misma; y que a su vez realicen un análisis de las causas de la actual lista de espera, con el propósito de establecer posibles soluciones que procuren ser sostenibles en el tiempo, de forma tal que también se minimicen los riesgos asociados a una atención no oportuna de pacientes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

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

Apdo.: 10105

En lo que respecta a la gestión de la actividad quirúrgica, se determinaron debilidades en cuanto a aspectos de infraestructura de Sala de Operaciones y Recuperación, organización, programación, registro y control de la actividad quirúrgica, así como el rol que debe ser ejercido por parte de la jefatura del Servicio de Cirugía, bajo el acompañamiento de la Dirección General, a fin de procurar que los recursos dispuestos para tal fin sean utilizados bajo principios de eficiencia y eficacia.

Es criterio de esta Auditoría, que la Gerencia Médica y Dirección Regional deben realizar un análisis y acompañamiento a las autoridades de ese centro, con el propósito de revisar aspectos que a nivel local puedan estar limitando la correcta gestión de la actividad quirúrgica, a fin de establecer acciones específicas que permitan mejorar la situación descrita, considerando dentro de ese ejercicio de análisis, el valorar la utilización de otros parámetros o indicadores de rendimiento de los recursos dispuestos para la actividad quirúrgica, además del TUSH, de manera que se disponga de información más confiable y precisa para la toma de decisiones.

En ese sentido, es pertinente indicar que éste Órgano de Fiscalización, mediante informe AGO-219-2013 señaló respecto al centro médico debilidades en el proceso de programación, direccionamiento y control de la actividad quirúrgica, siendo que a la fecha de elaboración del presente informe continúan persistiendo algunos de los aspectos señalados.

En virtud de lo anterior, se emitieron un total de 7 recomendaciones dirigidas a la Gerencia Médica (2), Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca (1), Dirección General (3) y Administrativa-Financiera (1) del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, con el propósito de que se implementen acciones tendientes a subsanar las debilidades detectadas.



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

ASS-145-2016
08-11-2016

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL: ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y ACTIVIDAD QUIRÚRGICA HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA U.P. 2701 GERENCIA MÉDICA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se fundamenta en el Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud de 2016, apartado de Actividades Integrales Gerenciales.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnico - administrativa realizada en el área de hospitalización y de la gestión quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la razonabilidad de la estructura orgánica y funcional, recurso humano, infraestructura y equipo en la prestación de los servicios, objetivos y metas propuestas.
- Analizar las estrategias y acciones establecidas para la atención de pacientes con patologías que requieren de internamiento en el área de hospitalización.
- Determinar las condiciones generales de las salas de operaciones, recuperación; así como la gestión de la Lista de Espera quirúrgica.

ALCANCE

En el presente estudio se evaluaron las actividades del área de hospitalización y actividad quirúrgica en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla durante el 2015 y primer semestre 2016, ampliándose en aquellos casos en que consideró necesario.

Por otra parte, se revisaron expedientes médicos de pacientes que estuvieron hospitalizados, que fueron egresados durante el primer trimestre de 2016, así como el registro de información en hojas de Anestesia y Recuperación.



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

El estudio se realizó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría en el Sector Público de 2014.

METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Solicitud de información al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General.
- Solicitud de información a los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina y Cirugía.
- Visita al Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, específicamente a las áreas de hospitalización y salas de cirugía y recuperación; con el fin de verificar entre otros aspectos, las condiciones en que se brinda la prestación de los servicios, así como la disposición de recursos.
- Revisión de expedientes médicos de pacientes hospitalizados que fueron egresados durante el primer trimestre de 2016.
- Revisión de programación de cirugías.
- Revisión de hojas de Anestesia y Recuperación.
- Entrevista a los siguientes funcionarios:
 - ✓ Dr. Guillermo Tunnermann López, Jefe Servicio de Pediatría.
 - ✓ Dr. Henry Rodríguez Retana, Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia.
 - ✓ Dr. Mario Boschini López, Jefe Servicio de Cirugía.
 - ✓ Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe Servicio Medicina.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno.
- Ley General de Salud.
- Ley de Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.
- Reglamento del Expediente de Salud.
- Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Norma 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.
- Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales y Servicios Especiales¹.
- Política Institucional para la gestión de listas de espera².

¹ Decreto Ejecutivo N°38508-S.

² Aprobada en sesión de Junta Directiva 8485, Artículo 22º del 16 de diciembre de 2010.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

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

Apdo.: 10105

- Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias³.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos⁴.

ASPECTOS NORMATIVOS A CONSIDERAR

Esta Auditoría informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley Nº 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 Dr. Fernando Escalante Pradilla se ubica en la Región Brunca, específicamente en San Isidro del General cantón de Pérez Zeledón. Fue inaugurado el 14 de agosto de 1977, en ese entonces fue concebido como única solución viable integral, a los problemas de salud que afectaban a poblaciones del Pacífico Sur y comunidades agropecuarias adyacentes.

Este centro médico corresponde a un hospital regional de referencia, que brinda apoyo como centro de mayor nivel de complejidad a los Hospitales Golfito, Ciudad Neily, San Vito y Ciudad Cortes. Tiene una población adscrita para el 2016 de 361.143 habitantes⁵, de los cuales 183.037 son hombres y 178.106 son mujeres, a los cuales debe brindar atención médica especializada mediante Servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización.

³ Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social, 2013.

⁴ Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social, 2013.

⁵ Área de Estadística, Elaboración con base en las Proyecciones de Población Distrital 2011-2025 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.



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

El hospital tiene establecidos como su Misión y Visión:

“Misión

Lograr que el Hospital Dr. Escalante Pradilla consolide equipos de trabajo con buenas relaciones humanas y alto espíritu de compromiso con la Seguridad Social de este país, para cumplir con la tarea encomendada con eficiencia y eficacia, buscando la satisfacción del cliente.”

“Visión

Brindar atención integral de la salud y promover su conservación en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, a los diferentes grupos de la población de Pérez Zeledón y la zona sur.”

ORGANIZACIÓN

El organigrama del hospital muestra una estructura organizacional conformada por una Dirección General, Dirección Administrativa Financiera, Servicio de Medicina, Servicio de Cirugía, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Pediatría, Servicio de Urgencias, Servicio de Anestesia, Jefatura de Consulta Externa y Servicios de Apoyo Clínico y Diagnóstico.

El Servicio de Medicina se encuentra conformado por una Jefatura de Servicio, una secretaría, y cuenta con las especialidades de Medicina Interna (5 especialistas), gastroenterología (2 especialistas y 2 técnicos), Neurología (2 especialistas), Psiquiatría (3 especialistas), Cardiología (3 especialistas), Geriátrica (1 especialista), Fisiatría (1 especialista), Nefrología (1 especialista), Unidad de Cuidados Intensivos (1 especialista), terapia respiratoria (1 enfermera profesional, 2 profesionales y un auxiliar de terapia respiratoria), electrocardiografía (2 técnicos), terapia física (2 terapistas y un asistente de pacientes) y electroencefalografía (un técnico)⁶. El área de hospitalización está conformada por Medicina Mujeres, Medicina Hombres, Unidad de Cuidados Intensivos y Terapia Respiratoria.

El Servicio de Cirugía dispone de una Jefatura de Servicio y cuenta con las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Vascular Periférico y Neurocirugía. El área de hospitalización se encuentra dividida en salón de Cirugía de Mujeres y salón de Cirugía de Hombres⁷.

⁶ Cuestionario de Control Interno del 5 de abril de 2016, Dr. Adolfo Rojas Zúñiga.

⁷ Cuestionario de Control Interno del 6 de abril de 2016, Dr. Mario Boschini López.



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

El Servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta con una Jefatura y se conforma por las áreas de Ginecología, Obstetricia, Maternidad, Sala de Partos, Ultrasonido, Consulta Externa y Cirugía Ginecológica y Obstétrica. Además de lo anterior, brinda apoyo al Servicio de Emergencias mediante interconsultas⁸.

El Servicio de Pediatría cuenta con estructura definida, compuesta por la Jefatura del Servicio que funge a su vez como único Neonatólogo, una secretaria de dos horas diarias (9 a 11 am), 5 pediatras, un cirujano pediatra. El área de hospitalización está conformada por el área de lactantes, escolares, cirugía pediátrica y recién nacidos⁹.

A excepción del Servicio de Pediatría, los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía, no disponen de manual de organización y funcionamiento.

Así mismo, todos los Jefes de Servicio efectúan asignación y distribución de funciones a los médicos a su cargo, en actividades como consulta externa, interconsultas, hospitalización y cirugía, entre otros.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONAL

Se determinó que los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía no disponen de un documento que describa su Organización y Funcionamiento, y que se encuentre debidamente avalado por la Dirección General del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla. De conformidad con la información revisada, únicamente el Servicio de Pediatría dispone de un instrumento administrativo, denominado "Manual de organización y funcionamiento del Servicio de Pediatría Hospital Dr. Escalante Pradilla"; no obstante producto de la revisión efectuada del mismo, no se evidencia que ese documento se encuentre debidamente avalado por la Dirección General del centro médico.

La Ley General de Control Interno, indica en su artículo 15, Actividades de Control, como parte de los deberes de los jefes y titulares subordinados, la responsabilidad de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas, normas y procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el Capítulo IV, Normas Sobre Actividades de Control, apartado 4.2, inciso e), establece lo siguiente:

⁸ Cuestionario de Control Interno del 5 de abril de 2016, Dr. Henry Rodríguez Retana.

⁹ Cuestionario de Control Interno del 7 de abril de 2016, Dr. Guillermo Tunnerman López.



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

“Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación”.

Asimismo, la Norma 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 camas¹⁰, establece que el manual de funciones del personal es parte de los documentos que deben tener actualizados los servicios.

El Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina indicó¹¹ con relación a la disposición de un manual de organización y funcionamiento en el Servicio a su cargo:

“Como tal no se dispone de un Manual de Organización y funcionamiento del Servicio. Si se dispone de Normas de Atención y Protocolos de manejos de patologías más frecuentes, los cuales se están actualizando.”

Por su parte el Dr. Mario Boschini López, Jefe del Servicio de Cirugía indicó¹²:

“No se dispone de ese instrumento administrativo, ya que desde que asumí la Jefatura hace 11 meses, una de las cosas que he priorizado ha sido implementar los mecanismos de control de la parte administrativa, ya que los jefes anteriores eran todos cirujanos y su enfoque de jefatura era más relacionado a la actividad quirúrgica y no tanto a la gestión administrativa.”

Así mismo, el Dr. Henry Rodríguez Retana, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia señaló¹³ respecto a la disposición de ese documento:

“Como tal desconozco que exista ese instrumento. Es pertinente indicar que la Jefatura la asumí como recargo a partir del 26 de diciembre de 2015.”

La ausencia o no disponer de un mayor control y actualización sobre el contenido de instrumentos en los que se documente la organización y funcionamiento, evidencia que las autoridades responsables de los Servicios, no han efectuado las acciones necesarias a fin de garantizar no solo la existencia y/o actualización de estos documentos, sino también del aval de los mismos, de forma tal que coadyuven en el accionar de los Servicios a su cargo, así como el control de los procesos asociados a los mismos.

¹⁰ Decreto Ejecutivo N° 30694-S, apartados 4.2.4.1., 4.4.4.1., 4.5.4.1. y 4.9.2.2.

¹¹ Cuestionario de Control Interno del 5 de abril de 2016.

¹² Cuestionario de Control Interno del 6 de abril de 2016.

¹³ Cuestionario de Control Interno del 5 de abril de 2016.



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

Lo descrito podría generar que no exista claridad respecto a las funciones y actividades que deben ser desarrolladas por el personal técnico, médico y administrativo de esos Servicios; situación que eventualmente puede repercutir negativamente en el ambiente de control interno, así como el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la organización, con la consecuente afectación en la prestación del servicio a los usuarios.

2. CONDICIÓN DE LOS SALONES DE HOSPITALIZACIÓN

Se determinó que existen espacios destinados a las áreas de hospitalización de los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina, Cirugía y Pediatría que no reúnen las condiciones adecuadas, observándose en algunos espacios hacinamiento, estantería no adecuada para preparar medicamentos, cilindros de oxígeno sin sujetar, mobiliario para uso de pacientes deteriorado o en mal estado; situación que puede afectar y limitar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios.

Esta Auditoría procedió en compañía de los Jefes de los Servicios, a efectuar recorridos por diferentes áreas de hospitalización, con el fin de realizar inspección visual de las condiciones generales de los salones de hospitalización. A continuación se detallan los resultados:

Servicio de Medicina¹⁴

a) Medicina de Hombres:

- Área de preparación de medicamentos con muebles y estantes en madera.
- Refrigeradora de medicamentos con refrescos gaseosos.
- Dos camas para poder observar pacientes delicados se ubican en el pasillo principal del salón.
- Cilindros de oxígeno sin sujetar.
- Cuarto séptico con paredes deterioradas y fisuras.
- Difusor de lámpara en pasillo contiguo a la entrada del salón desprendido parcialmente.
- Existen salones en los que el espacio entre camas es reducido.
- Parte del mobiliario como camas, mesas de noche y mesas puente se encuentran deteriorados.

b) Medicina de Mujeres:

- Área de preparación de medicamentos con muebles y estantes en madera.
- Refrigeradora de medicamentos con refrescos gaseosos.
- Dos camas para poder observar pacientes delicados se ubican en el pasillo principal del salón.
- Cilindros de oxígeno sin sujetar.
- Cuarto séptico con paredes deterioradas y fisuras.
- Cuarto de procedimientos con pintura deteriorada y además se utiliza como bodega.

¹⁴ Visita efectuada el 13 de abril de 2016.



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

- Existen salones en los que el espacio entre camas es reducido.
- Parte del mobiliario como camas, mesas de noche y mesas puente se encuentran deteriorados.

Servicio de Cirugía¹⁵

a) Cirugía de Hombres:

- Estación de enfermería con mueble de madera deteriorado.
- Cielos de toda el área en regular estado, pendientes de remodelar.
- Área de preparación de medicamentos con muebles y estantes en madera.
- Dos camas para poder observar pacientes delicados se ubican en el pasillo principal del salón.
- Existen salones en los que el espacio entre camas es reducido.
- Parte del mobiliario como camas, mesas de noche y mesas puente se encuentran deteriorados.

b) Cirugía de Mujeres:

- Área de preparación de medicamentos con muebles y estantes en madera.
- Estación de enfermería con mueble de madera deteriorado.
- Dos camas para poder observar pacientes delicados se ubican en el pasillo principal del salón.
- Cuarto de procedimientos con paredes con pintura deteriorada.
- Existen salones en los que el espacio entre camas es reducido.
- Parte del mobiliario como camas, mesas de noche y mesas puente se encuentran deteriorados.
- Cuarto de aislamiento con pintura deteriorada en puertas y paredes, ducha y piso en condiciones deteriorados.
- Cuarto de ropa limpia con paredes despintadas.

Servicio de Ginecología y Obstetricia¹⁶

- Cielos de salones y pasillos y paredes de pasillos en regulares condiciones.
- Área de preparación de medicamentos con muebles y estantes en madera deteriorados; muebles metálicos oxidados.
- Refrigeradora de medicamentos con refresco gaseoso.
- Dos camas para poder observar pacientes se ubican en el pasillo principal del salón.
- Área de monitoreo fetal es utilizada también como bodega de sueros.
- No hay lavatorios en ninguno de los salones.
- Existen salones en los que el espacio entre camas es reducido.
- Parte del mobiliario como camas, mesas de noche y mesas puente se encuentran deteriorados.
- Cuartos de aislamiento con baños, paredes, cielos y pintura deteriorados.

¹⁵ Visita efectuada el 15 de abril de 2016.

¹⁶ Visita efectuada el 13 de abril de 2016.



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

Servicio de Pediatría¹⁷

- Área de preparación de medicamentos tiene algunos muebles aéreos de madera.
- Algunas paredes de los pasillos están despintadas por el choque de carros de ropa o camillas. Cielos deteriorados por años de vida.
- Parte del mobiliario como cuneros y mesas de noche se encuentran deteriorados, algunos con partes oxidadas y despintadas.
- Baños de pacientes con paredes, cielos y pintura deteriorados.

La Ley General de Salud establece en su *SECCIÓN II-De los deberes de las personas que operan establecimientos dedicados a la atención médica y de las restricciones a que quedan sujetas tales actividades*, específicamente en el artículo 70, lo siguiente:

“Todo establecimiento de atención médica deberá reunir los requisitos que dispongan las normas generales que el Poder Ejecutivo dicte para cada categoría de éstos en especial, normas técnicas de trabajo y organización; tipo de personal necesario; planta física, instalaciones; equipos; sistemas de saneamiento y de eliminación de residuos y otras especiales que procedan atendiendo a la naturaleza y magnitud de la operación del establecimiento.” (El destacado no pertenece al original)

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuaras 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.”

Por su parte, el Manual de Normas para la habilitación de Hospitales y Servicios Especiales¹⁸ indica en el apartado 4.63 Funcionalidad del Edificio, entre otros:

“4.63.16. La distancia en áreas de hospitalización será de 120cm entre camas de borde a borde y de 180cm de pie a pie de cama o pared.”

El Dr. Henry Rodríguez Retana, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia indicó¹⁹ respecto a las condiciones en el área de hospitalización:

“Las condiciones no son las adecuadas dado a que existen limitaciones para que las pacientes puedan estar acompañadas.”

¹⁷ Visita efectuada el 13 de abril de 2016.

¹⁸ Decreto Ejecutivo N°38508-S.

¹⁹ Cuestionario de Control Interno, 5 de abril de 2016.



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

Por su parte el Dr. Guillermo Enrique Tunnermann López, Jefe del Servicio de Pediatría señaló²⁰:

“Existe necesidad de reparar los baños de pacientes del servicio de escolares y lactantes, la administración ha estado realizando mejoras en el hospital por cada Servicio, de manera que se prevé esas mejoras en el corto plazo, esto también aplica para los cielos.”

Así mismo el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina indicó²¹:

“(...) se requiere de mayor espacio para ubicar más camas de hospitalización.”

Si bien es cierto, el uso de la infraestructura hospitalaria conlleva un deterioro debido a su funcionamiento continuo durante todos los días del año, el estado de conservación evidenciado de algunas de las áreas de hospitalización, demuestra que las acciones y procesos de supervisión y mantenimiento ejecutados no han sido suficientes.

El estado no adecuado de conservación de los elementos que conforman las diferentes áreas de hospitalización, podría ser foco de contaminación debido a la acumulación de polvo, esporas, bacterias y/o suciedad, lo cual podría generar un mayor riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud en el centro médico. Por otra parte las condiciones de espacio señaladas, contribuyen a una menor comodidad y confort, así como mayor hacinamiento tanto para pacientes, acompañantes y el personal que labora en esas áreas, aspecto que dificulta la prestación de los servicios de manera adecuada.

3. GESTIÓN DEL RECURSO CAMA HOSPITALARIA

3.1 De los indicadores de Hospitalización

Se evidenció que para el periodo 2015 el centro médico presentó un índice o porcentaje de ocupación²² superior al 95% en los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía. Asimismo para los Servicios de Medicina y Cirugía la estancia promedio en ese periodo se registró en 9.47 y 7.87 días por paciente respectivamente.

De conformidad con el criterio externado por las Jefaturas de Servicios Médicos, la dotación actual de 210 camas censables con que dispone el hospital podría ser insuficiente para lograr atender oportunamente la demanda requerida, generando esto una limitación en la oferta de camas de hospitalización.

El detalle de los indicadores de hospitalización según Servicio se detalla a continuación:

²⁰ Cuestionario de Control Interno, 7 de abril de 2016.

²¹ Cuestionario de Control Interno, 5 de abril de 2016.

²² La estimación de oferta y demanda tiene como fundamento un modelo de estimación basado en la fórmula de Brigdman la cual supone un índice de ocupación óptimo de 85% y 365 días de operación al año.



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

Tabla 1
Indicadores de Hospitalización según Servicio
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
2015

Servicio	Porcentaje Ocupación	Estancia promedio	Giro Cama
Medicina	96,38	9,47	37,53
Cirugía	96,80	7,87	45,33
Ginecología y Obstetricia	95,30	2,35	147,95
Pediatría	73,28	3,84	70,14

Fuente: Cuadro Estadístico 72, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

Por otra parte, la revisión de la base de datos de los pacientes que fueron hospitalizados durante el primer trimestre de 2016 evidenció que de un total de 4111 ingresos registrados, un 71% (2910 pacientes) provenían del Servicio de Urgencias. Lo descrito anteriormente concuerda con el comportamiento histórico característico de dicho parámetro, siendo que para el periodo 2004-2014, en promedio el 74% de los pacientes hospitalizados ingresaron a través del Servicio de Urgencias.

El comportamiento según año se describe a continuación:

Tabla 2
Porcentaje de pacientes Hospitalizados que ingresaron por el Servicio de Urgencias
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
2004-2014

Vía de ingreso	AÑO										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consulta Externa	4.346	4.014	3.604	2.732	3.206	3.093	3.045	3.563	3.887	4.298	3.900
Urgencias	11.480	11.501	11.719	11.688	11.188	10.512	10.825	10.925	10.948	11.581	11.522
Nacimiento	351	337	312	297	308	402	347	325	300	300	402
Total ingresos	16.177	15.852	15.635	14.717	14.702	14.007	14.217	14.813	15.135	16.179	15.824
% ingreso urgencias	71,0%	72,6%	75,0%	79,4%	76,1%	75,0%	76,1%	73,8%	72,3%	71,6%	72,8%

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Mediante oficio REDES-463-16 del 29 de agosto de 2016, el MBA. David Barrantes Méndez, Jefe del Servicio de Registros y Estadísticas en Salud, informó al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General, respecto al cálculo de camas necesarias de ese centro, señalando entre otros aspectos:



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

“Con base en información enviada por el Lic. Rodolfo Madrigal, del Área de Normalización y Regulación Técnica en el año 2014, correo adjunto, se procede a calcular la cantidad de camas de dotación normal que el hospital necesita, por servicio y salón de internamiento.

(...) se observa como el hospital necesita en Cirugía 6 camas más, 3 en Ginecoobstetricia, 6 en Medicina y más bien reducir 5 en Pediatría.”

En relación con el comportamiento de estos indicadores, el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina indicó²³:

“El número camas de hospitalización es insuficiente. Nuestro índice ocupacional es superior al 95%, aspecto que implica que fácilmente colapsemos. Se requiere al menos 10 camas adicionales de hombres y otras 10 de mujeres. Además se requiere de al menos 6 camas de cuidados intermedios.”

Por su parte el Dr. Mario Boschini López indicó²⁴:

“El número de camas en el Servicio de Cirugía no es el adecuado, fundamentalmente porque en el Servicio de Urgencias se deben mantener pacientes en observación varios días esperando una cama libre en salón y además que hay cirugías electivas que se deben posponer por falta de camas en salón, afectando esto la lista de espera.”

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General del centro indicó²⁵ a esta Auditoría en relación a la disposición de camas:

“(…) las camas existentes obedecen a una asignación que es censable de manera nacional, por lo que el incremento dependerá de la gestión que el Nivel Central realice para tal fin; sin embargo, localmente lo que se ha realizado es una distribución a lo interno de los servicios, acorde con el comportamiento que presentan los diferentes servicios hospitalarios. Según análisis realizados, la dotación de camas es congruente con la demanda de servicios, así como el espacios (sic) físico con el que se dispone (…)”

3.2 Equipo Gestor de Camas

No se logró evidenciar, a partir de la información aportada por el centro médico, que el Grupo Gestor de Camas realice un análisis sistemático y estructurado que incluya la evaluación periódica de la gestión de camas según Servicio, análisis de indicadores, estrategias para planificar egresos así como aumentar ingresos

²³ Cuestionario de Control Interno, 5 de abril de 2016.

²⁴ Cuestionario de Control Interno, 6 de abril de 2016.

²⁵ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.



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

de nuevos pacientes y análisis de estancias prolongadas entre otros.

Mediante oficio 55572 del 1 de abril de 2016 se solicitó al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, indicar si el centro médico dispone de un grupo gestor de camas, su conformación y copia de informes realizados. Al respecto la Dra. Joicy Solís Castro, Directora Médica a.i., mediante certificación D-1199-2016 del 12 de abril de 2016, aportó copia de información relacionada con la conformación del citado grupo, integrantes y actividades realizadas.

La documentación aportada contiene el oficio JMI-297-2016 del 8 de abril de 2016, suscrito por el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina, el cual indica la fecha de conformación del citado grupo, sus integrantes y actas de reuniones. Producto de la revisión de las actas se observa entre otros aspectos que:

- ✓ Durante el 2015 el grupo gestor se reunió de manera irregular, únicamente los meses de febrero, abril, junio, setiembre y noviembre, es decir 5 ocasiones en todo un año.
- ✓ Ninguna de las actas aportadas tiene firma de los funcionarios que estuvieron presentes.
- ✓ El acta 01-2015 señala que el grupo se ha planteado “*objetivos concisos para el 2015, los cuales se revisaran trimestralmente*”, indicándose entre estos:
“(…)”
 1. *Determinar las patologías de mayor estancia. Valoración de metas 10 de junio de 2015.*
 2. *Establecer protocolo de egreso hospitalario. Valoración de metas 09 de setiembre de 2015”.*
 3. *Elaborar guías de referencia de las patologías más frecuentes. Valoración de metas 09 diciembre de 2015.*
- ✓ El acta del 01 de junio 2015 indica “*Retomar alta programada. Hospitalización prolongadas (sic): falta de protocolos de atención para disminuir tiempos.*”
- ✓ En las actas de setiembre y noviembre de 2015, no se logró observar la revisión de los objetivos planteados para el 2015 por parte del grupo, con el propósito de definir su grado de cumplimiento.

Por otra parte, mediante oficio JMI-723-2016 del 22 de agosto de 2016, el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina, aportó actas del Grupo Gestor de Camas correspondiente al 2016. Producto de la revisión de las actas se observa entre otros aspectos que:

- ✓ Durante el 2016 el grupo se ha reunido de manera irregular, únicamente los meses de febrero a mayo. No hubo reuniones los meses de enero, junio y julio.
- ✓ Al igual que para el 2015, ninguna de las actas aportadas tienen firma de los funcionarios que participaron.
- ✓ No se documentó en las actas aportadas de 2016, que en alguna de las sesiones se haya efectuado un análisis de las acciones implementadas por el grupo en 2015, así como la medición de resultados o impacto de las mismas.



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

- ✓ En el Acta 01-2016 del 11 de febrero de 2016, se anotó en el punto 2 inciso a) Alta programada, los siguiente: *“El Dr. Rodríguez pregunta que si se está aplicando lo del alta programada?, la doctora Marjorie dice que todavía no.”*
- ✓ En el Acta 03-2016 del 6 de abril de 2016, se anotó que se está efectuando revisión y análisis sobre las guías y protocolos del Servicio de Medicina a fin de disminuir las estancias hospitalarias. También se indicó que en ocasiones los retrasos de los egresos se deben a que los médicos no priorizan las salidas programadas y que no siempre se cubre Admisión a la hora de alimentación, aspecto que retrasa los egresos.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales indica en su artículo 54:

“Salvo los casos de urgencia y los recién nacidos en el propio establecimiento que enfermen y necesiten hospitalizarse, todo ingreso deberá efectuarse a través de la consulta externa, en la cual se procurará realizar el diagnóstico y el tratamiento, cuando éste pueda hacerse en forma ambulatoria.” (El destacado no pertenece al original)

El documento Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias²⁶ señala:

“(...) la gestión de camas implica que debe existir un fuerte liderazgo médico y administrativo, que ponga en equilibrio los componentes médico-clínicos que caracterizan la producción hospitalaria, buscando eficiencia en el uso de los recursos y efectividad en la atención de los problemas de salud que son atendidos en el centro médico.

Continúa el citado lineamiento indicando como objetivos del Grupo Gestor de Camas:

“(...)”

- *Evaluar periódicamente la gestión de camas, considerando aspectos de capacidad instalada y de demanda de servicios, principalmente los derivados de los servicios de urgencias.*
- *Planificar los egresos de pacientes programados para utilizar de la mejor forma posible el ingreso de nuevos pacientes.*
- *Definir estrategias para la gestión de camas que permitan un mayor ingreso de pacientes nuevos.*
- *Monitorear periódicamente indicadores de utilización de los servicios para valorar ajustes en la movilización de camas entre servicios.*
- *Monitorear periódicamente los ingresos de los pacientes con estancias prolongadas para valorar ajustes en procesos que podrían estar afectando la estancia.*

²⁶ Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social 2013.



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

- *Proponer nuevas alternativas de atención en el área de hospitalización, por ejemplo estandarización de hospital de día y de atención domiciliar.”*

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General indicó²⁷ respecto al Grupo Gestor de Camas y las actividades que realiza:

“(...) el mismo se encuentra conformado y labora de forma activa; su coordinador es el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, quien es el Jefe del Servicio de Medicina. Este grupo durante el año 2016, tiene programadas reuniones los primeros miércoles del mes y lo integran:

- ✓ *Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General*
- ✓ *Lic. Ramón Castro Segura, Director Administrativo Financiero*
- ✓ *Lic. Daniel Salazar Obando, Jefe de Estadística*
- ✓ *Lic. David Barrantes Méndez, Jefe de Redes*
- ✓ *Dr. Mario Boschini López, Jefe de Cirugía*
- ✓ *Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe de Medicina*
- ✓ *Dra. Marjorie Valverde Esquivel, Directora de Enfermería*

Dentro de las actividades realizadas para el mejoramiento de la gestión de camas están:

- ✓ *Revisión mensual de los indicadores de estancia hospitalaria, giro cama y egresos.*
- ✓ *Se realizan reuniones con los médicos especialistas de hospitalización, a fin de analizar las*
- ✓ *Estancias hospitalarias, y las patologías que presentan mayores días estancia.*
- ✓ *Se analizan casos que presentan estancias prolongadas, con el fin de definir causas que generan la misma, con el fin de gestionar donde corresponda, para evitar se repitan.*
- ✓ *Se está desarrollando la implementación del alta programada por parte de los médicos especialistas, esto con la finalidad de disminuir el tiempo estancia.”*

El Dr. Mario Boschini López, Jefe del Servicio de Cirugía manifestó²⁸ en relación al Grupo Gestor de Camas del centro médico:

“El hospital dispone de un Grupo Gestor de Camas el cual está indicado debe reunirse de manera bisemanal. Mi percepción es que este grupo se enfoca más en aspectos de indicadores, dejando de lado la parte de mejora en los procesos, así como enviar la información al resto de jefaturas de servicio, de los acuerdos adoptados.”

Por su parte, el Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina y Coordinador del citado grupo indicó²⁹:

²⁷ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.

²⁸ Cuestionario de Control Interno del 06 de abril de 2016.

²⁹ Cuestionario de Control Interno del 05 de abril de 2016.



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

“El hospital dispone de un Grupo gestor de camas, el cual coordino desde junio de 2015. Como tal no se ha elaborado un informe, sino que se ha reunido a las Jefaturas médicas con la Dirección General para revisar los indicadores y dar los lineamientos de manejo por parte de la Dirección.”

El Dr. Henry Rodríguez Retana, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia señaló³⁰:

“En los tres meses que llevo de jefe no he recibido informes por parte de ese grupo, desconozco si anteriormente han enviado.”

La situación descrita evidencia que debe optimizarse la gestión de camas hospitalarias, a fin de que el centro médico pueda efectuar un mejor aprovechamiento y utilización del mismo. En ese orden de ideas es pertinente recordar que la gestión estratégica de ese recurso debe ser permanente y continua durante todo el año, bajo un monitoreo estricto y constante por parte de las autoridades del nosocomio, quienes deben estar activamente involucradas en el proceso de gestión. Las debilidades identificadas por éste Órgano de Fiscalización deben ser objeto de un análisis profundo a lo interno del centro médico, con el propósito de revisar y ajustar la metodología de trabajo.

La gestión de camas hospitalarias se constituye en una de las actividades medulares de un hospital, razón por la cual un inadecuado manejo impacta negativamente en la oferta de hospitalización, situación que a su vez se traduce en una limitación al derecho de oportunidad de atención a los usuarios, retraso en la atención de la lista de espera, afectación de la actividad quirúrgica e incluso un incremento en los costos de la atención.

4. DEL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE DE SALUD

En revisión de las notas clínicas consignadas en 40 expedientes de salud de pacientes hospitalizados³¹, los cuales fueron egresados durante el primer trimestre del 2016, se determinaron aspectos que afectan la calidad de la información registrada por parte del personal médico, aspecto que se detalla a continuación:

³⁰ Cuestionario de Control Interno del 05 de abril de 2016.

³¹ Muestra no probabilística a discreción del evaluador.



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

Tabla 3
Consistencia en la información registrada en Expedientes de Salud
Pacientes Egresados Primer Trimestre 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

Tipo de Registro	Cumple			
	Si	%	No	%
Fecha y/u hora de atención*	0	0	40	100
Ausencia de abreviaturas *	0	0	40	100
Código del médico*	2	5	38	95
Nombre del médico*	7	17,5	33	82,5
Nombre, código y firma del médico que egresa	9	22,5	31	77,5
Ausencia de tachones*	17	42,5	23	57,5
Indicación de la condición de egreso	20	50	20	50
Letra legible*	22	55	18	45
Anotación de la identificación del paciente*	26	65	14	35
Anotación del nombre paciente*	30	75	10	25
Egreso con Epicrisis†	28	70	6	15
Anota firma del médico	34	85	6	15
Uso de lapicero azul o negro*	38	95	2	5
Anotaciones en hojas oficiales	40	100	0	0

* En Hojas de Evolución

† En 6 casos no aplica ya que los pacientes fallecieron

Fuente: Revisión expedientes médicos pacientes egresados, I Trimestre 2016.

De la revisión de la tabla anterior, se infieren debilidades de control en relación con la calidad de la información que es consignada en los expedientes de salud por parte del personal médico del área de hospitalización en cuanto al registro de fecha y hora de atención, uso de abreviaturas, registro del nombre o código del médico ya sea durante la evolución o al otorgar el egreso del paciente, notas médicas con tachones, ausencia de registro de la condición de egreso del paciente, letra ilegible, hojas de evolución sin el nombre y/o número de identificación del paciente, egresos sin Epicrisis, entre otros.

Por otra parte, con base en la revisión de expedientes médicos, se observó que a 28 pacientes se les practicó un procedimiento médico-quirúrgico durante su internamiento, determinándose que en 5 de los casos (17,9%) se omitió realizar el llenado correcto del documento "Consentimiento Informado".

La Ley General de Control Interno establece en su artículo 16, referente a los Sistemas de Información:

"Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiendo esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado"



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

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.”

Continúa ese cuerpo normativo señalando en el citado artículo, en lo que respecta a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información:

“a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna (...)”

El Reglamento del Expediente de Salud emitido por la Gerencia Médica y aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en el Artículo 12, de la Sesión Nº 7364 del 31 de agosto de 1999, establece en su Capítulo IV referente a la “Utilización del Expediente”:

“(...) Artículo 32

Anotaciones en el expediente. 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 oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben hacerse con tinta, 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. En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así la alteración posterior. Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión”.

Por otra parte, el Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva en artículo 25° de la Sesión Nº 8601 del 20 de septiembre de 2012, establece lo siguiente en relación con el Consentimiento Informado:

*“Consentimiento informado. Es un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado. Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico.
(...)”*



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

Artículo 4.- Proceso de consentimiento informado. El consentimiento informado es un proceso de comunicación que permite a la persona usuaria tomar decisiones libres y voluntarias con respecto a la realización de un procedimiento clínico recomendado por el profesional de salud; por obligatoriedad se debe aplicar en forma oral o por medios alternativos de comunicación cuando corresponda, de manera adecuada a la capacidad de comprensión de la persona usuaria, su representante legal o persona autorizada por esta, en todo procedimiento clínico.

El profesional de salud debe dejar constancia escrita, en el Expediente de Salud o registro respectivo, de que se cumplió con este proceso, de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico que supone riesgos o inconvenientes de evidente repercusión negativa para la salud". (El destacado no pertenece al original)

Por otra parte, el Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS 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, establece en su artículo 40:

"Consentimiento informado. Todo paciente que se vaya a someter a algún procedimiento médico, odontológico o quirúrgico, para el cual, sea requisito la firma del documento de "consentimiento informado", deberá hacerlo de previo, con manifestación expresa de su anuencia o rechazo. A tal efecto, el profesional responsable de la atención, deberá asegurarse de brindarle la información requerida y de que éste firme el documento citado (...)"

El Dr. Mario Boschini López, Jefe del Servicio de Cirugía, manifestó³² con respecto a los mecanismos de control establecidos para verificar el adecuado registro de la información en los expedientes:

"(...) como tal no se dispone por parte de la jefatura de un mecanismo formal de control de revisión de expedientes, además no conozco que el hospital cuente con una Comisión de revisión de expedientes."

Por su parte, el Adolfo Rojas Zúñiga, Jefe del Servicio de Medicina, indicó³³:

"Por parte de la Jefatura no se realiza una revisión formal de expedientes respecto al registro de la información que se consigna en los mismos, incluido el consentimiento informado."

El Dr. Henry Rodríguez Retana, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia manifestó³⁴ respecto a la revisión de expedientes:

³² Cuestionario de Control Interno del 06 de abril de 2016.

³³ Cuestionario de Control Interno del 05 de abril de 2016.

³⁴ Cuestionario de Control Interno del 05 de abril de 2016.



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

“De parte de la Jefatura no se realiza esta revisión de expedientes, sin embargo el área de estadística envió de regreso expedientes en los que detectan alguna situación a corregir como por ejemplo, la ausencia de una firma, o diagnóstico no anotado.”

La situación descrita evidencia debilidades en la supervisión por parte de las jefaturas del centro hospitalario en relación con la información registrada en las distintas anotaciones médicas, así como falta de cuidado del personal médico en registrar en el expediente de salud de manera adecuada, la información necesaria y pertinente en los documentos establecidos para tal fin.

El registro inadecuado de información en el expediente de salud, podría limitar el acceso a información pertinente y necesaria relativa a la atención que se ha brindado al paciente, aspecto que podría inducir a errores en el manejo médico, malinterpretaciones de la información relativa al caso y riesgos de carácter médico legal tanto para los funcionarios encargados de brindar la atención así como para la institución.

5. DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

5.1 CANTIDAD DE PACIENTES Y PLAZOS DE ESPERA

A partir de la información suministrada³⁵, se determinó que al 31 de julio de 2016 el hospital tiene una lista de espera quirúrgica significativa, la cual ronda los 7757 pacientes y es crítica en la especialidad de Otorrinolaringología (ORL) con 2128 pacientes a 1076 días plazo de espera, Oftalmología con 1501 pacientes a 442 días plazo de espera, Cirugía General con 1412 pacientes a 702 días plazo de espera y Ortopedia con 1330 pacientes a 394 días plazo de espera. Le siguen Ginecología con 476 pacientes a 298 días plazo de espera, Urología con 399 pacientes a 449 días plazo de espera, Neurocirugía 245 pacientes a 736 días plazo de espera, Cirugía Pediátrica con 162 pacientes a 304 días plazo de espera y Vascular Periférico con 104 pacientes a 354 días plazo de espera.

Las especialidades de ORL, Oftalmología, Cirugía General y Ortopedia, agrupan el 82% de la totalidad de pacientes en espera de cirugía que tiene el centro médico. Por otra parte los plazos promedio de atención varían, siendo las especialidades con mayor plazo de espera ORL con 1076 días, Neurocirugía 736 días, Cirugía General 702 días y Urología con 449 días.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento de la lista de espera con corte al 31 de julio de 2016:

³⁵ Oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016.



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

Tabla 4
Lista de Espera Quirúrgica según especialidad al 31 de julio 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

Especialidad	Pacientes en espera	Plazo de espera (días promedio)
ORL	2128	1076
Neurocirugía	245	736
Cirugía General	1412	702
Urología	399	449
Oftalmología	1501	442
Ortopedia	1330	394
Vascular Periférico	104	354
Cirugía Pediátrica	162	304
Ginecología	476	298

Fuente: Oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016.

Asimismo, la cantidad de pacientes en espera según año de ingreso a la lista se puede detalla a continuación:

Tabla 5
Cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica según año de ingreso a la lista
Corte al 31 de julio 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

Especialidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ginecología	0	0	0	0	15	351	103	469
ORL	54	310	565	410	307	406	96	2148
Ortopedia	0	0	0	0	252	812	202	1266
Cirugía General	0	0	83	349	466	383	114	1395
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	3	132	25	160
Neurocirugía	0	0	32	60	50	71	26	239
Oftalmología	0	0	0	21	468	869	183	1541
Urología	0	0	0	23	91	229	46	389
Vascular Periférico	0	0	0	0	3	83	18	104

Fuente: Oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016.

5.2 COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LA LISTA DE ESPERA

El comportamiento de la lista de espera quirúrgica durante el periodo 2014 a junio 2016, refleja un crecimiento sostenido en los días promedio de plazo de espera en casi todas las especialidades, a



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

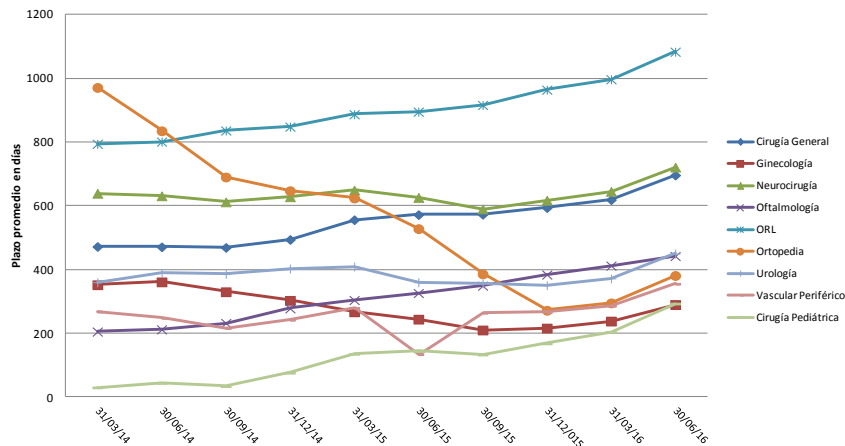
excepción de Ortopedia y Ginecología. Por ejemplo, en Cirugía General el tiempo de espera pasó de 472 días el 31 de marzo de 2014 a 696 días al 30 de junio de 2016, mostrando también un incremento en el número de pacientes en espera, al pasar de 1172 a 1394 para el mismo período.

Asimismo, en el caso de ORL el plazo de espera pasó de 794 días el 31 de marzo de 2014 a 1083 días al 30 de junio de 2016, esta especialidad también presentó un incremento en la cantidad de pacientes en espera, al pasar de 2017 a 2151 para el mismo período.

Por otra parte, la especialidad de Oftalmología pasó de un plazo de espera de 205 días el 31 de marzo de 2014 a 450 días al 30 de junio de 2016, presentando un incremento de pacientes en espera, al pasar de 1127 a 1542 para el mismo periodo.

El comportamiento de la lista de espera quirúrgica en lo que respecta al plazo promedio en espera, así como la cantidad de pacientes se detalla a continuación:

Gráfico 1
Plazo promedio en días de espera, Lista de Espera Quirúrgica
Marzo 2014 a junio 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

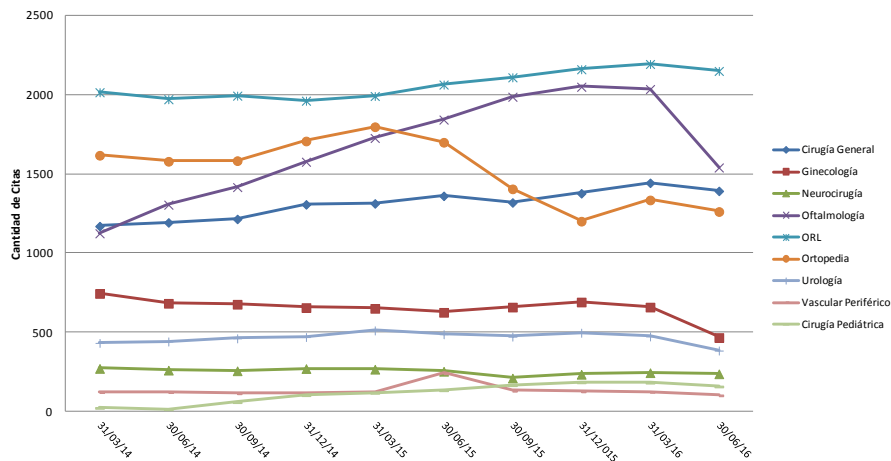


Fuente: Elaboración propia



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

Gráfico 2
Pacientes en espera, Lista de Espera Quirúrgica
Marzo 2014 a junio 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla



Fuente: Elaboración propia.

5.3 DEL GRUPO GESTOR DE LISTAS DE ESPERA

No se logró evidenciar a partir de la información proporcionada por el centro médico, que el Grupo Gestor de Listas de Espera disponga de un plan de trabajo para el 2016 debidamente estructurado, en el cual se encuentren definidas las actividades a ser desarrolladas por el mismo a fin de gestionar la Lista de Espera; y que a su vez permita, en forma posterior, evaluar el impacto y dar seguimiento a esas actividades.

Por otra parte, se determinó que producto de la forma de trabajo establecida a lo interno del centro médico, la Jefatura del Servicio de Cirugía no tiene un rol protagónico ni de liderazgo en la gestión de la lista de espera quirúrgica; lo cual incluye procesos como la programación de cirugías, depuración de la lista, controles y monitoreos al comportamiento de la misma, que permitan garantizar un aprovechamiento óptimo de los recursos.

Asimismo, la revisión de las actas del citado grupo de 2015 y 2016, reflejan que no existen sesiones de trabajo de manera regular y continua, aspecto que limita la gestión y seguimiento oportunos de la lista de espera. Por ejemplo para el 2015, la primer acta aportada corresponde al 25 de junio y la última al 29 de octubre; para el 2016 la primer acta corresponde al 02 de marzo. Entre octubre 2015 y marzo 2016,



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

transcurrieron 5 meses, periodo durante el cual no se aportó copia de ningún acta. El detalle se puede observar a continuación:

Tabla 6
Fechas de reuniones Grupo Gestor de Lista de Espera
2015-2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

2015	2016
25 de junio	02 de marzo
06 de julio	14 de abril
07 de julio	12 de mayo
17 de julio	26 de mayo
24 de agosto	09 de junio
29 de setiembre	23 de junio
07 de octubre	11 de agosto
29 de octubre	17 de agosto
	25 de agosto
	29 de agosto

Fuente: Actas Grupo Gestor de Listas de Espera 2015-2016.

La Ley número 8239, “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”, artículo 2º, “Derechos”, dispone que los pacientes tienen entre otros, derecho a:

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

La Ley General de Control Interno³⁶ establece que el Sistema de Control Interno debe garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones, para que los recursos sean utilizados de forma óptima a fin de contribuir en el logro de los objetivos.

Por otra parte, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en el Voto 0003-2006 del 6 de enero 2006, indicó:

“(…) III.- Derecho fundamental a la salud/ Evidentemente, cualquier retardo de los hospitales, clínicas y demás unidades de atención sanitaria de la Caja Costarricense del Seguro Social puede repercutir negativamente en la preservación de la salud y la vida de sus usuarios, sobre todo cuando éstos sufren de padecimientos o presentan un cuadro clínico que demandan prestaciones positivas y efectivas de forma inmediata. [...] Los órganos y entes públicos que

³⁶ Ley General de Control Interno, Artículo 8.



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

prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación”.

La Política Institucional para la gestión de listas de espera³⁷ establece en el punto 4.2, “De la gestión de listas de espera”, inciso 4.2.2 lo siguiente:

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

La Guía para la Inclusión, Resolución y Depuración de la Lista de Espera de Procedimientos Médicos y Quirúrgicos de la Institución indica en el apartado 2, referente a las tareas y responsabilidades de las distintas instancias implicadas en la gestión de la lista de espera, específicamente en lo concerniente al Director Médico del establecimiento de salud:

- a) Conformar en cada establecimiento de salud un equipo gestor de listas de espera.*
- b) Deberá gestionar los tiempos, espacios, apoyo y herramientas adecuadas para que los grupos gestores de listas de espera puedan llevar a cabo las funciones asignadas.*
- c) En apoyo de dicho equipo, gestionar adecuadamente las listas de espera de procedimientos, así como su validación y certificación.*
- d) Velar por el cumplimiento y divulgación de la normativa emanada en materia de listas de espera.*
- e) Enviar a la Dirección Regional, cuando así corresponda, en forma oportuna, los informes mensuales certificados, dispuestos en materia de listas de espera, dentro de los primeros diez días naturales del mes siguiente al corte*
- f) Enviar a la UTLE, en forma oportuna, los informes que sean requeridos por la Gerencia Médica o por dicha unidad.*
- g) Garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención derivados de la actividad de la práctica clínica dentro de los diferentes servicios de la unidad.*
- h) Fiscalizar la adecuada gestión de los recursos institucionales con los que cuenta la unidad, tales como equipos médicos, infraestructura, salas de operaciones, salas de hemodinamia, salas de endoscopias, materiales y suministros, etc.; y otros que fuesen asignados para la atención de listas de espera.*
- i) Garantizar la confiabilidad, veracidad y normalización de los flujos de información sobre listas de espera, tanto a nivel interno como hacia lo externo.*

³⁷ Aprobada en sesión de Junta Directiva 8485, Artículo 22º del 16 de diciembre de 2010.



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

j) Gestionar las medidas administrativas necesarias para garantizar la seguridad de la información y la confidencialidad de los datos generados por la obtención de listas de espera de la unidad.”

Esta Auditoría Interna solicitó³⁸ al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, indicar si el centro médico bajo su cargo dispone de un Grupo Gestor de Listas de Espera, sus integrantes, plan de trabajo para el 2016 y acciones desarrolladas para la gestión de la lista de espera. Al respecto el Dr. Rodríguez Madrigal brindó respuesta a través del oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016, en el que indicó el nombre de los integrantes del citado grupo, horario programado de sesiones -segundos y cuartos jueves de cada mes y señaló algunas actividades realizadas para gestionar la lista de espera tales como análisis y modificación de horarios de especialistas, proyectos para el desarrollo de jornadas, campañas en coordinación con otras unidades, aplicación de Guía para el Abordaje de la Consulta Externa, aplicación de la Guía para ingreso, resolución y depuración de listas. No obstante lo anterior, no se aportó el respectivo plan de trabajo del mismo para el presente año.

Por su parte, el Dr. Mario Boschini López, Jefe del Servicio de Cirugía indicó³⁹ respecto a las acciones realizadas para gestionar la lista de espera quirúrgica:

“El grupo gestor se ha enfocado principalmente en la gestión de la lista de espera de consulta externa y procedimientos. En cuanto a la lista de espera quirúrgica se ha establecido operar al paciente más antiguo e incrementar la cirugía ambulatoria. No se realiza una depuración sistemática de la lista de espera porque no se cuenta con el recurso humano necesario para dedicarse a esta tarea.”

Asimismo, el Dr. Boschini López en el oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016 señaló entre otros:

“(…) es importante indicar que de acuerdo con la distribución de tareas que tiene la Dirección General de este hospital son diversos actores los que participan del proceso de depuración.

El Ingeniero Darío Valverde Gómez, Asistente Administrativo de la Dirección General tiene asignado la programación de la lista quirúrgica de las especialidades de: Cirugía General, Cirugía Vasculor Periférica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología.

Si en algún caso en las llamadas telefónicas el paciente expresa que no desea ser operado se procede, por parte del Asistente Administrativo de la Dirección General a anotar en el dorso de la boleta, que dio inicio a la inscripción en la lista, esa razón y se procede a depurar en la lista electrónica que lleva el hospital, esa anotación en el sistema la hace (sic) funcionarios de la Sección de Estadística de REMES.

³⁸ Oficio ASS-EIG-HFEP-03-2016 del 25 de agosto de 2016.

³⁹ Cuestionario de Control Interno del 06 de abril de 2016.



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

En lo referente a los controles esta jefatura no tiene, dado que esa actividad la realiza el Asistente Administrativo de la Dirección General (...). Es importante señalar que el Asistente Administrativo de la Dirección General brinda los informes directamente al Director General, de los cuales esta Jefatura nunca recibe copia (...).

El Dr. Miguel Oguilve Méndez, Asistente Médico de la Dirección General tiene asignado la programación de la lista quirúrgica de la especialidad de ortopedia (...). Si en algún caso en las llamadas telefónicas el paciente expresa que no desea ser operado se procede, por parte del Asistente Médico de la Dirección General anota (sic) en el dorso de la boleta, que dio inicio a la inscripción en la lista (...).

En lo referente a los controles esta jefatura no tiene, dado que esa actividad la realiza el Asistente Médico de la Dirección General (...). Es importante señalar que el Asistente Administrativo de la Dirección General brinda los informes directamente al Director General, de los cuales esta Jefatura nunca recibe copia (...).

Por otra parte, existe un médico especialista en otorrinolaringología que por convenio entre el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla y el Hospital Nacional de Niños opera en San José, con el compromiso de operar nuestra lista (...). El programa tiene 3 años de operar y aún REMES del Hospital Nacional de Niños no ha remitido el informe de pacientes operados de nuestra lista (...).

En la actualidad no se han vuelto a hacer depuraciones en la revisión de expedientes; el grupo gestor de lista de espera ha dialogado sobre el tema, sin embargo la realidad es que no se han hecho de acuerdo a como cita la norma (...).

Frecuentemente los Asistentes de la Dirección General (...), realizan llamadas telefónicas para valorar si el paciente aún se desea operar, aquellos que manifiestan su renuencia a la cirugía son depurados de la lista personalizada de procedimientos quirúrgicos. Esta jefatura desconoce de informe alguno que se genere por esta actividad (...).

En caso de que algún médico especialista en oftalmología detecta que un paciente no será operado lo comunican al Asistente Administrativo de la Dirección General para que les localice otro paciente de la lista de espera (...).

En la consulta de otorrinolaringología se realiza una valoración prequirúrgica (...) si se detecta que un paciente no requiere la cirugía los mismos médicos especialistas en otorrinolaringología localizan un paciente para sustituirlo."

La lista de espera quirúrgica que tiene el hospital, evidencia que las acciones que se están ejecutando a nivel del centro médico y de la Institución son insuficientes para propiciar una solución sostenible, de



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

manera que se logre una reducción efectiva de la cantidad de pacientes en espera, así como de los plazos para la atención de los mismos. Lo anterior se acentúa al no existir una gestión ordenada de la lista de espera, presentándose de conformidad con lo analizado, debilidades en cuanto a los procesos de planificación, dirección, control y monitoreo de las actividades asociadas, aspectos que no permiten dar una garantía razonable de un aprovechamiento óptimo de los recursos.

Lo anterior implica que en la valoración de las causas, tanto la institución así como las autoridades de ese centro médico, deben considerar que la situación actual de pacientes en espera no obedezca solamente a la escasez de oferta como tal, sino también es pertinente evaluar aspectos de gestión que pueden estar impactando negativamente el manejo de la lista, entre los cuales podrían estar las acciones y estrategias que deben ser desarrolladas por parte de las autoridades con el apoyo del grupo gestor local, calidad en el registro de la información, depuración de la lista, gestión de la actividad quirúrgica, así como la coordinación y fortalecimiento de la red institucional de servicios a fin de que en ese centro médico se realicen las cirugías más complejas, entre otros aspectos.

Además del retraso en la prestación oportuna del servicio con el consecuente riesgo que se podría generar en el estado de salud del paciente, la situación descrita respecto a la lista de espera quirúrgica, propicia un menoscabo en la confianza de los usuarios hacia la Institución, afectando no sólo su imagen, sino también exponiéndola a riesgos por eventuales conflictos médico legales.

6. CONDICIÓN DE LAS SALAS DE CIRUGÍA Y RECUPERACIÓN

A partir de recorrido⁴⁰ efectuado por esta Auditoría Interna, se determinó que el área correspondiente a Sala de Operaciones y Recuperación presenta una serie de características físicas las cuales limitan el desarrollo del proceso quirúrgico en condiciones óptimas.

En total el área de sala de operaciones dispone únicamente de 5 quirófanos, 4 para cirugía “limpia” y 1 para cirugía “contaminada”. Los pasillos son estrechos con cruces entre pacientes preoperatorios y posoperatorios, con piso de vinil deteriorado, con equipos y camillas ubicados en esa zona y que dificultan la adecuada movilización y flujos. De acuerdo con lo expresado por el Dr. Ignacio Ramírez Vargas, Jefe de Anestesia, los quirófanos no reúnen condiciones adecuadas de seguridad y confort para pacientes y el personal ya que tienen los pisos en mal estado, paredes despintadas y con repello desprendido en algunas partes, así como limitaciones de espacio lo que ocasiona que al momento de requerir el uso de ciertos equipos en algunas cirugías (por ejemplo Arco en C), se dificulte el desarrollo de la misma.

No se dispone de una bodega adecuada para el resguardo de los equipos médicos; asimismo el área para efectuar reanimación neonatal, en caso de haberse realizado una cesárea, es estrecho, poco iluminado y dificulta que el personal pueda desarrollar sus labores en forma apropiada.

⁴⁰ Realizado el 06 de abril de 2016.



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

El área de Recuperación no dispone de médico especialista en Anestesia en forma permanente, únicamente posee entre 6 y 7 camillas de recuperación, aspecto que de acuerdo con lo indicado por la Jefatura de Anestesia son insuficientes, lo que genera que fácilmente pasen ocupadas, situación que a su vez limita el desarrollo de la actividad quirúrgica.

En el área de los vestidores de funcionarios los baños tienen paredes deterioradas, con azulejos desprendidos y pintura en regular estado. Las puertas de los servicios sanitarios y duchas están en regular estado. Las oficinas de las Jefaturas de Anestesia y de Sala de Operaciones de Enfermería son estrechas.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales establece en el artículo 76 respecto al responsable de Sala de Operaciones lo siguiente:

"(...)

c) (...) vigilar que se cumplan en las Salas de Operaciones todas las condiciones de asepsia y demás requisitos que la técnica señala para las mismas.

(...)

g) Velar porque se cuente con todos los elementos necesarios para la realización correcta y satisfactoria de las intervenciones quirúrgicas".

Por su parte, el Manual de Normas para la habilitación de Hospitales y Servicios Especiales⁴¹ indica en relación con la planta física del área de anestesiología lo siguiente:

"4.35.1.1. El área de recuperación debe contar con una persona anestesióloga responsable de la misma.

(...)

4.35.3.1. El área para cuidado post-anestésico debe contar con un promedio de 2 camillas por cada quirófano.

(...)

4.36.2.3. La sala de operaciones debe contar con:

(...)

4.36.2.3.2. Acabados asépticos o inertes.

4.36.2.3.3. Las paredes, pisos y cielo rasos de los quirófanos, deben tener superficies limpias, lisas, pintadas en color claro en buen estado; que permitan su limpieza y desinfección."

Continúa ese cuerpo normativo señalando en el apartado 4.63 referente a la Funcionalidad del Edificio:

"4.63.7. En el área de sala de operaciones no debe existir cruce entre pacientes preoperatorios y postoperatorios."

Mediante diversa documentación revisada, esta Auditoría tuvo conocimiento que mediante oficio DAF-572-15 del 6 de agosto de 2015, el Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General y el Lic. Ramón

⁴¹ Decreto Ejecutivo N°38508-S.



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

Castro Segura, Director Administrativo Financiero, ambos del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, solicitaron el apoyo al Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director Regional de Servicios de Salud Región Brunca, con el fin de conseguir financiamiento para el proyecto denominado:

“Readecuación de una Sala de Partos en Quirófano”, el cual consiste entre otros aspectos, habilitar un quirófano en el área de sala de partos del hospital además de readecuación y remodelación de espacios, con el objetivo de evitar la suspensión de cirugías programadas de otras especialidades por pacientes de ginecología y obstetricia.

Mediante correo electrónico⁴², el Lic. Castro Segura indicó a esta Auditoría que el citado proyecto se encuentra en espera de aprobación presupuestaria.

Asimismo, en relación a acciones efectuadas por las autoridades del centro médico con el propósito de buscar opciones que permitan ampliar el área de Sala de Operaciones y Recuperación, el Lic. Ramón Castro Segura indicó⁴³ que no se han efectuado estudios al respecto.

El Dr. Mario Boschini López, Jefe del Servicio de Cirugía, indicó⁴⁴ en relación con las condiciones de la Sala de Operaciones:

“Las condiciones físicas de las Salas de Operaciones no son las más adecuadas, esto ya que el área de Recuperación es muy limitada de espacio y se requieren más quirófanos”.

La situación descrita evidencia que las autoridades del centro médico han efectuado acciones insuficientes, con el propósito de dar el mantenimiento requerido, así como implementar proyectos que permitan aumentar el área destinada a Sala de Operaciones, con el fin de mejorar las condiciones físicas en que actualmente se encuentra y que se pueda desplegar la actividad quirúrgica en condiciones adecuadas. Si bien la Dirección Administrativa Financiera del hospital aportó copia del proyecto “Readecuación de una Sala de Partos en Quirófano”, mismo que fue remitido a la Dirección Regional de Servicios de Salud Región Brunca a fin de gestionar su financiamiento, a la fecha no se ha logrado concretar su realización.

Las condiciones físicas existentes entre los diferentes componentes que conforman el área de Sala de Operaciones, limitan que se pueda desarrollar el proceso quirúrgico en condiciones óptimas, no solo por la restricción en la cantidad de quirófanos disponibles y las condiciones de los mismos, sino también por la cantidad de camas del área de recuperación la cual es limitada. Esta situación, además de afectar el flujo secuencial de las diferentes etapas del proceso quirúrgico, incrementa los riesgos de infecciones asociadas a la atención en salud, así como eventuales complicaciones posoperatorias en los usuarios. Aunado a lo anterior, el hecho de tener que estar movilizando equipos médicos e insumos de los

⁴² Correo electrónico del 12 de setiembre de 2016.

⁴³ Correo electrónico del 20 de setiembre de 2016.

⁴⁴ Cuestionario de Control Interno del 06 de abril de 2016.



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

quirófanos, dadas las limitaciones de espacio al momento de realizar cierto tipo de cirugías, incrementa el riesgo de daño o pérdida que podrían sufrir los mismos.

7. GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

7.1 DE LA PROGRAMACION E INICIO DE CIRUGÍAS

En cuanto al proceso de programación de cirugías, se evidenció lo siguiente:

- La Jefatura del Servicio de Cirugía no realiza la programación de cirugías electivas y ambulatorias de las especialidades quirúrgicas con que dispone el hospital. Lo anterior dado a que existen diversos funcionarios que han sido delegados por la Dirección General del centro para efectuar esa labor.
- A pesar de que se programa el inicio de cirugías a las 7:00 am u 8:00 am dependiendo del día, se evidenciaron casos⁴⁵ en que la hora real de inicio de la cirugía presentó una diferencia mayor a 30 minutos con respecto a lo programado.
- En el documento “Lista de Cirugías Programadas”, el cual es utilizado en Sala de Operaciones y resto de servicios para revisar la programación diaria de cirugías, todos los pacientes son programados a la misma hora.
- La revisión de la base de datos quirúrgica del centro médico evidencia que de un total de 3382 registros de cirugías efectuadas en el centro médico entre enero a julio de 2016, solamente se 474 (14%) fueron cirugías ambulatorias.

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 General de Hospitales Nacionales señala en su artículo 75:

“Todas las salas de operaciones de un hospital deberán estar, dentro de lo posible, concentradas en un sólo sector del mismo y bajo la responsabilidad del Departamento o

⁴⁵ Cédulas de Revisión del 28 de abril y del 17 y 24 de agosto de 2016.



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

Servicio de Cirugía en los Hospitales Clases A o B respectivamente y del propio Director en los Hospitales Clase C (...)."

Continúa ese cuerpo normativo indicando en el artículo 78, respecto a la programación de la actividad quirúrgica:

"El responsable de operaciones designará a la persona que tendrá a su cargo anotar, antes de la hora establecida, las intervenciones proyectadas para el día siguiente, especificando:

- a) Nombre del enfermo, sala y número de historia clínica;*
- b) Diagnóstico clínico;*
- c) Intervención probable, duración aproximada de ella y material especial que pueda requerir;*
- d) Anestesia (tipo y agente); y*
- e) Nombre del cirujano y de los ayudantes.*

Con base en estas inscripciones, el Jefe de Salas de Operaciones deberá confeccionar el programa diario de las intervenciones, previas las consultas complementarias de rigor con los cirujanos, anestesistas, etc (...)."

Mediante oficio GM-MDB-4553-15 del 22 de abril de 2015, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, indicó a las Direcciones Generales de los centros hospitalarios:

"(...) se les recuerda el interés institucional de incrementar el tiempo de utilización de quirófanos abiertos; por lo cual se les insiste en la programación de pacientes en periodos progresivos de seis semanas, el uso del quirófano a partir las 7 a.m. en adelante y la programación de citas de manera centralizada (...)."

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General señaló⁴⁶ en relación con el proceso de programación de cirugías:

"Lo correspondiente a la Programación quirúrgica, está coordinada y supervisada por el Grupo gestor de Listas de Espera, y segregada la confección de informes y listados para los servicios de la siguiente manera, lo correspondiente a Ginecoobstetricia, lo gestiona el Dr. Henry Rodríguez Retana, Ortopedia el Dr. Miguel Angel Oguilve Méndez y la Jefatura de Cirugía, Cirugía General, Urología, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Oftalmología, Vascular Periférico, Otorrinolaringología y Urología a cargo del Ingeniero Darío Valverde Gómez, Asistente Administrativo de la Dirección Médica (...)

En relación al tiempo de preparación entre una cirugía y otra, el tiempo promedio es de 15 minutos, y varía dependiendo de la especialidad que siga en el orden de sala de operaciones, o

⁴⁶ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.



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

situaciones fortuitas, que podrían suceder en sala, como lo es el caso de las cirugías que se contaminan (...)”

El Dr. Mario Bochini López, Jefe del Servicio de Cirugía indicó⁴⁷ respecto a la programación de cirugías:

“(...) el Ingeniero Darío Valverde Gómez, Asistente Administrativo de la Dirección General tiene asignado la programación de la lista quirúrgica de las especialidades de: Cirugía General, Cirugía Vasculor Periférica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología.

(...)

Ese funcionario prepara un listado provisional de pacientes que se les programa para sala de operaciones, que están en la lista personalizada de procedimientos quirúrgicos, para que la secretaria de servicios generales proceda a localizar los pacientes; en otras ocasiones es el mismo Asistente de la Dirección General que hace las llamadas.

(...)

Básicamente los controles están supeditados a la Dirección General, dado que el Asistente Administrativo de la Dirección General tributa al primero, realizando éste último las sustituciones de forma inconsulta con esta jefatura y sin enterarse esta jefatura.

(...)

El Dr. Miguel Oguilve Méndez, Asistente Médico de la Dirección General tiene asignado la programación de la lista de espera quirúrgica de la especialidad de ortopedia.

(...)

Ese funcionario contacta directamente a los pacientes y les da fecha cierta (sic) de la cirugía ambulatoria de ortopedia, mismos que están en la lista personalizada de procedimientos quirúrgicos.

(...)

Básicamente los controles están supeditados a la Dirección General, dado que el Asistente Administrativo de la Dirección General tributa al primero, realizando éste último las sustituciones de forma inconsulta con esta jefatura y sin enterarse esta jefatura, reportando lo que se programa al final para la semana siguiente (...)

Es importante señalar que a pesar de que la Institución promueve el inicio de sala de operaciones a partir de las 7:00 horas, esto prácticamente ha sido imposible en la mayoría de especialistas del área quirúrgica por el requerimiento de pasar visita a pacientes hospitalizados”.

La situación descrita evidencia que la manera en que se organiza el proceso de programación de las cirugías, limita que la Jefatura del Servicio de Cirugía ejerza un liderazgo y rol activo en el mismo, afectando no solo la programación propiamente dicha, sino también actividades derivadas de ese proceso tales como la programación de las cirugías por horas estimadas de inicio, el inicio oportuno de la cirugía conforme lo

⁴⁷ Oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016.



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

proyectado, implementación de estrategias alternas a fin de gestionar la lista de espera quirúrgica por ejemplo mayor cantidad de cirugías ambulatorias.

7.2 SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS

La Jefatura del Servicio de Cirugía no dispone de un mecanismo mediante el cual puede tener conocimiento de manera oportuna respecto a las cirugías que son suspendidas, así como las causas que originaron esa suspensión, situación que se constituye en una limitante para gestionar en forma adecuada y oportuna el desarrollo de la actividad quirúrgica y por ende realizar acciones correctivas que permitan mejorar el aprovechamiento de los recursos.

Este Órgano de Fiscalización tuvo conocimiento que la Dirección de Enfermería del centro médico, emitió durante el presente año los documentos DE: 327-2016 del 27 de abril de 2016 y DE: 549-2016 del 21 de julio, referentes a informe del primer y segundo trimestre, respectivamente, del control de cirugías realizadas. Dichos informes surgen en atención a las debilidades en la actividad quirúrgica señaladas por esta Auditoría Interna mediante Informe AGO-219-2013.

Los informes citados fueron remitidos a la Dirección General del hospital e indican entre otros aspectos que para el primer trimestre de 2016, de un total de 1075 cirugías programadas, 193 fueron suspendidas (17,9%) siendo las causas más frecuentes de suspensión para ese periodo el no ingreso de pacientes o la prolongación de la cirugía previa. En el caso del segundo trimestre, se indica que de un total de 1378 cirugías programadas 335 (24,3%) fueron suspendidas, identificándose como principales causas de suspensión una huelga, el no ingreso de pacientes, así como la prolongación de la cirugía previa.

Por otra parte, la revisión del documento “Cuento de Cirugías por turno” correspondiente a junio 2016⁴⁸, evidenció que frecuentemente existe una diferencia superior a 15 minutos, entre la hora de preparación de la sala y la hora de inicio de la cirugía. Es criterio de esta Auditoría que esta situación, así como el retraso en el inicio de la cirugía indicado en el punto 7.1 del presente informe, son aspectos que podrían estar impactando negativamente en el desarrollo de la actividad quirúrgica y a su vez contribuyendo a la suspensión de cirugías programadas, específicamente en la causa denominada “prolongación de la cirugía previa”.

A continuación se detalla con algunos ejemplos de casos lo indicado:

⁴⁸ Registro para el control de cirugías efectuado por el Servicio de Enfermería de Sala de Operaciones.



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

Tabla 7
Diferencias entre hora de preparación y hora de inicio de la cirugía
Junio 2016
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

Fecha	Paciente	N° Sala	Hora de preparación	Hora de inicio	Diferencia
01-01-2016	CUL	1	7:00	8:30	90 minutos
10-06-2016	NAZ	1	8:00	8:30	30 minutos
01-06-2016	OVV	2	7:30	8:30	60 minutos
08-06-2016	RVR	2	7:30	8:30	60 minutos
08-06-2016	RAV	2	13:00	13:30	30 minutos
15-06-2016	EJL	2	7:00	7:45	45 minutos
01-06-2016	MFL	3	7:00	8:25	85 minutos
29-06-2016	HCG	3	7:00	8:25	85 minutos
01-06-2016	GFJ	4	8:15	8:35	20 minutos
17-06-2016	GGV	4	7:00	8:40	100 minutos

Fuente: Elaboración propia a partir del documento "Cuento de Cirugías por turno" correspondiente a junio 2016.

Por otra parte, esta Auditoría tuvo conocimiento del oficio JA-92-2016 del 2 de setiembre de 2016, suscrito por el Dr. Ignacio Ramírez Vargas, Jefe de Anestesia y Sala de Operaciones, y que fue remitido al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, en el cual se enlistan las cirugías electivas suspendidas durante el primer semestre de 2016, se observa en el citado oficio que en la mayoría de los casos suspendidos no se registró o indicó cuál fue la causa de suspensión de la cirugía.

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 General de Hospitales Nacionales señala en su artículo 75:



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

“Todas las salas de operaciones de un hospital deberán estar, dentro de lo posible, concentradas en un sólo sector del mismo y bajo la responsabilidad del Departamento o Servicio de Cirugía en los Hospitales Clases A o B respectivamente y del propio Director en los Hospitales Clase C (...).”

Continúa ese cuerpo normativo indicando en el artículo 78, respecto a la programación de la actividad quirúrgica:

“El responsable de operaciones designará a la persona que tendrá a su cargo anotar, antes de la hora establecida, las intervenciones proyectadas para el día siguiente, especificando:

- a) Nombre del enfermo, sala y número de historia clínica;*
- b) Diagnóstico clínico;*
- c) Intervención probable, duración aproximada de ella y material especial que pueda requerir;*
- d) Anestesia (tipo y agente); y*
- e) Nombre del cirujano y de los ayudantes.*

Con base en estas inscripciones, el Jefe de Salas de Operaciones deberá confeccionar el programa diario de las intervenciones, previas las consultas complementarias de rigor con los cirujanos, anestesistas, etc (...).”

Mediante oficio GM-MDB-4553-15 del 22 de abril de 2015, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, indicó a las Direcciones Generales de los centros hospitalarios:

“(...) se les recuerda el interés institucional de incrementar el tiempo de utilización de quirófanos abiertos; por lo cual se les insiste en la programación de pacientes en periodos progresivos de seis semanas, el uso del quirófano a partir las 7 a.m. en adelante y la programación de citas de manera centralizada (...).”

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General indicó⁴⁹ en relación con las causas de retraso o suspensión de cirugías:

“(...) los principales factores que influyen están dados por situaciones impredecibles y no programables, como lo son las cirugías de emergencia, ya que al no contar con una sala de operaciones exclusiva para este tipo de procedimientos, cuando se presente alguna, generalmente se debe de afectar a otra especialidad en su programación. (...) las afecciones de salud producto

⁴⁹ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.



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

de pacientes que están descompensados, generan que se deba de suspender alguna cirugía, por el riesgo que significaría para la salud del paciente intervenirlo así (...)”.

El Dr. Mario Bochini López, Jefe del Servicio de Cirugía indicó⁵⁰ respecto al tema en mención:

“En lo referente a si el servicio a cargo dispone de un procedimiento de control para registrar las cirugías programadas que fueron suspendidas, según su motivo, es importante señalar que esa actividad la lleva la Dirección de Enfermería (...).

Este informe es emitido por la Dirección de Enfermería hacia la Jefatura de Anestesia y Jefatura de Cirugía con una periodicidad mensual, lo que no genera oportunidad para ajustes adecuadamente, dado que describe lo que ya sucedió y no lo que está recientemente ocurriendo”.

Si bien el centro médico dispone de informes de control de cirugías realizadas, mismos que son elaborados por la Dirección de Enfermería, las debilidades señaladas evidencian que la gestión de la actividad quirúrgica en relación con las causas de retraso y/o suspensión de cirugías continúan siendo un aspecto problemático que a criterio de esta Auditoría no ha sido abordado por las autoridades del centro en forma adecuada. Esta situación preocupa ya que mediante informe AGO-219-2013 se señalaron debilidades en el proceso de programación, direccionamiento y control de la actividad quirúrgica del centro médico, siendo que a la fecha de elaboración del presente informe continúan persistiendo aspectos señalados.

La suspensión o retraso en las cirugías genera no solamente una afectación al usuario, que podría ver afectado su derecho a una atención oportuna y de calidad en procura de resolver su problema de salud; sino también al desarrollo de la actividad quirúrgica del centro puesto que incide en el resto de la programación. El desconocimiento de las causas que generan retrasos o suspensión de cirugías por parte de las autoridades del centro, limitan el margen de acción y desarrollo de gestiones que permitan subsanar situaciones que podrían ser prevenibles, disminuyendo con esto el impacto en los usuarios así como en la dinámica de la actividad quirúrgica.

7.3 CONTROL DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

La jefatura del Servicio de Cirugía no efectúa controles y monitoreos directos sobre el desarrollo de la actividad quirúrgica del centro médico, esta situación limita que se puedan realizar acciones correctivas relacionadas con las cirugías programadas y realizadas, cirugías suspendidas y causas de suspensión, así como el uso adecuado del recurso sala, aspectos que debilitan el ambiente de control.

La Ley número 8239, “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”, artículo 2º, “Derechos”, dispone que los pacientes tienen entre otros, derecho a:

⁵⁰ Oficio JC-1184-2016 del 31 de agosto de 2016.



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

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

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 General de Hospitales Nacionales señala en su artículo 75:

“Todas las salas de operaciones de un hospital deberán estar, dentro de lo posible, concentradas en un sólo sector del mismo y bajo la responsabilidad del Departamento o Servicio de Cirugía en los Hospitales Clases A o B respectivamente y del propio Director en los Hospitales Clase C (...).”

Continúa ese cuerpo normativo indicando en el artículo 78, respecto a la programación de la actividad quirúrgica:

“El responsable de operaciones designará a la persona que tendrá a su cargo anotar, antes de la hora establecida, las intervenciones proyectadas para el día siguiente, especificando:

- a) Nombre del enfermo, sala y número de historia clínica;*
- b) Diagnóstico clínico;*
- c) Intervención probable, duración aproximada de ella y material especial que pueda requerir;*
- d) Anestesia (tipo y agente); y*
- e) Nombre del cirujano y de los ayudantes.*

Con base en estas inscripciones, el Jefe de Salas de Operaciones deberá confeccionar el programa diario de las intervenciones, previas las consultas complementarias de rigor con los cirujanos, anestesistas, etc (...).”

Mediante oficio GM-MDB-4553-15 del 22 de abril de 2015, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, indicó a las Direcciones Generales de los centros hospitalarios:



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

“(...) se les recuerda el interés institucional de incrementar el tiempo de utilización de quirófanos abiertos; por lo cual se les insiste en la programación de pacientes en periodos progresivos de seis semanas, el uso del quirófano a partir las 7 a.m. en adelante y la programación de citas de manera centralizada (...)”.

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General indicó⁵¹ en relación con la supervisión de la actividad quirúrgica:

“El tema de supervisión del quehacer en sala de operaciones, corresponde directamente a la Jefatura del Servicio de Anestesiología y Recuperación, que es la encargada de velar por el adecuado uso de los tiempos quirúrgicos en sala (...)”

El Dr. Mario Bochini López, Jefe del Servicio de Cirugía indicó⁵² respecto al monitoreo y control de la actividad quirúrgica:

“No se dispone en el hospital de información oportuna para que la Jefatura de Cirugía pueda realizar monitoreo y acciones correctivas, relacionadas con cirugías realizadas, suspendidas y uso de sala”.

Es criterio de esta Auditoría que se debe fortalecer el rol de la Jefatura del Servicio de Cirugía en cuanto al desarrollo de la actividad quirúrgica, siendo que la Dirección General debe empoderar a dicha jefatura respecto a las responsabilidades que le atañen de cara a la gestión de esa actividad. Para ello resulta necesario el acompañamiento y seguimiento por parte de las autoridades del centro al quehacer de la Jefatura del Servicio de Cirugía, no solo en los aspectos propios del proceso de hospitalización, sino también en la gestión del recurso sala de operaciones, efectuando las acciones que sean pertinentes a fin de que la misma disponga de los recursos necesarios para poder planificar, organizar, dirigir y controlar la actividad quirúrgica.

El control inadecuado de la gestión quirúrgica limita que se pueda garantizar de manera razonable un uso eficiente de los recursos, esto a su vez impacta negativamente en la atención oportuna de los usuarios, la gestión de la lista de espera, así como un incremento en los costos hospitalarios.

8. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

⁵¹ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.

⁵² Cuestionario de Control Interno del 6 de abril de 2016.



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

8.1 HOJA DE ANESTESIA Y RECUPERACIÓN

Producto de la revisión de hojas de “Anestesia y Recuperación”⁵³, se evidenciaron debilidades en relación con el registro de información correspondiente a la actividad quirúrgica por parte de los médicos especialistas en Anestesia y Recuperación. Dichas inconsistencias corresponden a la ausencia de registro del código del o los cirujanos que participaron en la cirugía, hora de inicio de la inducción anestésica, ausencia de registro de la hora de finalización de la anestesia y cirugía, así como ausencia de registro del riesgo anestésico del paciente.

Por otra parte se identificó un caso de una cirugía realizada el 29 de enero de 2016, en la cual únicamente se registró en la hoja de anestesia como cirujano a un interno universitario, sin documentarse en ese instrumento, que el procedimiento hubiese sido realizado por un médico ginecólogo por tratarse de un Legrado Uterino. Posteriormente se verificó que la cirugía fue realizada por el Dr. Rubén Campos Villalobos, médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales, indica en su artículo 76:

“Corresponderá especialmente al responsable de Salas de Operaciones:

(...)

m) Velar porque se lleve la anotación estadística de la labor realizada en las salas de operaciones”.

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

“4.2 Requisitos de las actividades de control

Documentación. Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación.

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

⁵³ Hojas de Anestesia y Recuperación del 28 y 29 de enero de 2016, suministradas mediante oficio D-1185-2016 del 8 de abril de 2016 suscrito por la Dra. Joicy Solís Castro, Directora Médica a.i.



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

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comuniquen con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas.

5.6 Calidad de la Información.

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad

La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.

5.6.3 Utilidad

La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario”.

El Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General indicó⁵⁴ en relación con la actividad quirúrgica:

“(...) corresponde directamente a la Jefatura del Servicio de Anestesiología y Recuperación, que es la encargada de velar por el adecuado uso de los tiempos quirúrgicos en sala (...)”.

Por su parte, el Dr. Mario Bochini López, Jefe del Servicio de Cirugía, indicó⁵⁵ que no dispone de mecanismos de control para verificar el llenado correcto de la información consignada en las hojas de anestesia.

Es pertinente señalar, que esta Auditoría Interna mediante Informe AGO-291-2013, evidenció como parte de los hallazgos identificados, debilidades en el registro de información relacionada con la actividad quirúrgica, incluida la hoja de Anestesia y Recuperación.

⁵⁴ Oficio D-3232-2016 del 29 de agosto de 2016.

⁵⁵ Cuestionario de Control Interno del 6 de abril de 2016.



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

La ausencia de información en la hoja de Anestesia o de un registro claro en la misma, evidencia una falta de cuidado por parte de los funcionarios responsables del llenado de ese documento, así como debilidades por parte de las jefaturas en efectuar un mejor control con respecto al registro de información de la actividad quirúrgica que corresponde ser debidamente documentada en estos instrumentos.

El hecho de que la hoja de Anestesia no tenga un registro exacto y completo de la información concerniente al procedimiento quirúrgico realizado al paciente, propicia un debilitamiento en el ambiente de control, puesto que ese instrumento está diseñado con la intención de documentar en detalle el desarrollo de ese proceso, de manera que el mismo sea un reflejo de cómo transcurrió la cirugía del usuario. La ausencia u omisión en el registro adecuado de esa información, incrementa los riesgos ante problemas médico legales que eventualmente puedan suscitarse, a la vez que afectan la confiabilidad de los datos.

8.2 PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA

Se evidenciaron inconsistencias en el registro de la información correspondiente a la productividad de Sala de Operaciones⁵⁶. Diariamente los funcionarios responsables del área quirúrgica del Servicio de Enfermería anotan en el documento “Instrumento de productividad Sala de Operaciones”, la cantidad de cirugías realizadas según turno y especialidad, así como el motivo de cirugías suspendidas.

A continuación se detallan las principales inconsistencias observadas:

a) Enero 2016

- Uno de los instrumentos de productividad de Sala de Operaciones no indica la fecha, en el mismo se consignó que ese día se realizaron 6 cirugías.
- No se aportó por el centro médico los registros de los días 2, 5 y 30 de enero.
- El 3 de enero se indica un total de 10 cirugías realizadas durante las 24 horas, sin embargo lo correcto fue 12.
- El 11 de enero se indica un total de 21 cirugías realizadas durante las 24 horas, sin embargo lo correcto fue 20.
- El 12 de enero en el segundo turno no se anotó quién fue el funcionario responsable del registro de la información.
- El 24 de enero en el tercer turno no se anotó quién fue el funcionario responsable del registro de la información.

b) Febrero 2016

- El 4 de febrero en el segundo turno no se anotó quién fue el funcionario responsable del registro de la información.

⁵⁶ Meses de enero y febrero de 2016.



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

- El 10 de febrero en el segundo turno no se anotó quién fue el funcionario responsable del registro de la información.
- El 13 de febrero se indica un total de 5 cirugías realizadas durante las 24 horas, sin embargo lo correcto fue 6.
- El 18 de febrero se indica un total de 29 cirugías realizadas durante las 24 horas, sin embargo lo correcto fue 21.

Por otra parte, la revisión del TUSH permitió determinar que a pesar de que el centro tenga resultados adecuados para ese indicador de conformidad con los parámetros establecidos institucionalmente, ello no implica que necesariamente la productividad quirúrgica esté siendo la apropiada con base en la capacidad instalada, a fin de garantizar un uso eficiente de los recursos.

Para el periodo 2015 el hospital obtuvo tiempos promedio de uso de las salas 1, 2, 3 y 4 (cirugía limpia) superiores a las 5 horas diarias, mientras que para la sala 5 (cirugía contaminada) fue de 2,99 horas diarias; siendo el comportamiento de éste indicador como se muestra a continuación:

Tabla 8
TUSH según sala y mes, 2015
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla

Mes	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
Enero	5,05	6,23	3,55	5,7	-
Febrero	5,85	11,21	4,68	5,75	-
Marzo	5,88	6,1	5,04	5,59	4,08
Abril	6,15	6,94	6,03	6,25	4,04
Mayo	6,04	6,32	6,35	6,98	2,85
Junio	5,84	6,66	5,82	5,91	3,81
Julio	6,27	6,09	5,69	5,85	2,56
Agosto	6,53	6,37	6,03	6,69	2,79
Septiembre	5,83	6,4	6,11	5,55	1,74
Octubre	5,79	6,19	4,86	6,56	2,25
Noviembre	6,53	6,43	6,3	6,58	3,07
Diciembre	6,17	5,91	5,16	6,29	2,67
Promedio	5,99	6,74	5,47	6,14	2,99

Fuente: Elaboración propia a partir de registros mensuales de TUSH 2015.



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

A pesar de lo anterior, es pertinente señalar que esta Auditoría identificó en el desarrollo de la actividad quirúrgica del centro, tal y como se ha señalado en el contexto de éste informe, situaciones que se presentan en el diario quehacer de sala de operaciones las cuales impactan negativamente en la productividad o rendimiento del recurso sala y que no necesariamente son reflejadas por el TUSH. Por ejemplo, el TUSH alcanzado en el centro el 28 de enero de 2016 en la sala N°1 fue de 7.58, sin embargo la primera cirugía programada del día inició a las 8:10 am, siendo que el equipo quirúrgico, a excepción del Ginecólogo, se encontraba disponible para el inicio de la misma desde las 7:00 am⁵⁷, según se registró en la hoja de anestesia y recuperación.

Asimismo, el TUSH reportado para el día previamente citado en la sala N°3 fue de 6.25, la primera cirugía programada del día inició a las 8:30 am, siendo que el equipo quirúrgico, a excepción del oftalmólogo, se encontraba disponible para el inicio de la misma desde las 7:00 am⁵⁸, según se registró en la hoja de anestesia y recuperación.

Otro ejemplo de lo anterior corresponde al día 29 de enero de 2016, el TUSH de ese día para la sala N°2 fue de 7.58, sin embargo la primera cirugía programada del día inició a las 8.00 am, siendo que el equipo quirúrgico, a excepción del urólogo, se encontraba disponible para el inicio de la misma desde las 7:00 am⁵⁹, según se registró en la hoja de anestesia y recuperación.

Es pertinente aclarar, que esta Auditoría Interna es consciente de que en el desarrollo de la actividad quirúrgica convergen e interactúan una serie de factores y variables las cuales dan características únicas y particulares al proceso, y que varían según centro médico; sin embargo considera éste Órgano de Fiscalización que en virtud precisamente de esas características del proceso quirúrgico, la Institución debe considerar la posibilidad de estandarizar ciertas actividades, procesos e inclusive la utilización de nuevos indicadores, que permitan a las autoridades locales, regionales y centrales, disponer de información más completa y fidedigna para la toma de decisiones.

La Ley General de Control Interno establece en su artículo 16, referente a los Sistemas de Información:

“Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiendo esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados.”

Continúa ese cuerpo normativo señalando en el citado artículo, en lo que respecta a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información:

⁵⁷ Hoja de Anestesia y recuperación del paciente BFR del 28 de enero de 2016.

⁵⁸ Hoja de Anestesia y recuperación del paciente RMM del 28 de enero de 2016.

⁵⁹ Hoja de Anestesia y recuperación del paciente CUE del 29 enero de 2016.



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

“a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna (...)”

Lo descrito evidencia que a nivel local existen debilidades por parte de las jefaturas en relación con el registro y control de la productividad quirúrgica. Asimismo a la revisión del indicador TUSH permitió determinar, que el mismo podría estar siendo un parámetro insuficiente, a efectos de medir y dimensionar de manera integral el adecuado uso del recurso sala, siendo conveniente que la institución considere analizar la incorporación de otros parámetros que complementariamente, permitan tener mayor y mejor información respecto a la productividad quirúrgica de los hospitales.

El registro y control inadecuado de la producción quirúrgica, no permite garantizar que se esté dando de manera razonable, un adecuado aprovechamiento del recurso humano, equipo e infraestructura de sala de operaciones; situación que genera un debilitamiento en el ambiente de control, eventual afectación a los pacientes al verse disminuida la oferta quirúrgica con el consecuente impacto en la lista de espera, así como información no confiable para la toma de decisiones de decisiones.

9. APOYO DE LA RED DE SERVICIOS

Las disponibilidades de los días 14 y 15 de agosto del 2016 programadas para Ginecología y Pediatría en el Hospital Tomás Casas, como Hospital de referencia, no se realizaron, ya que los Médicos Especialistas se reportaron enfermos y las justificaciones presentadas no se respaldan para comprobar el motivo de no realizar las disponibilidad, aunado a lo anterior, las mismas se realizaron a destiempo según la normativa existente que regula las disponibilidades médicas.

Una de las justificaciones no tiene fecha de recibido por parte de la Dirección Médica, solamente se observa el visto bueno del Director General y la otra tiene un sello de recepción con fecha del 18 de agosto y de igual manera con la firma del Director General.

Según los registros que se llevan en la oficina de control de incapacidades de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del Hospital Dr. Tomás Casas Casajús, se determina que ninguno de los médicos especialistas de este Centro Hospitalario presenta incapacidades en el mes de Agosto.

Según el Reglamento Único de Disponibilidades, Capítulo 1, sobre la disponibilidad médica, en el Artículo 4º de las responsabilidades del médico especialista en disponibilidad. El médico especialista que forme parte del sistema de disponibilidades médicas tendrá las siguientes responsabilidades:

“7. Ante situaciones comprobadas de emergencia personal de carácter grave, el médico especialista disponible deberá comunicar a su jefatura inmediata, según corresponda, su imposibilidad para cumplir con las responsabilidades implícitas en este Reglamento, presentando en el siguiente día hábil la justificación formal de su ausencia.”



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

Tal situación se podría presentar por la carencia de mecanismos de control interno en donde la jefatura inmediata acepte la justificación de no asistencia a una disponibilidad médica sin ningún tipo de comprobante formal que permitan determinar la veracidad de la situación de emergencia personal de carácter grave, que le impidió al profesional cumplir con las responsabilidades implícitas en el Reglamento Único de disponibilidades Médicas.

La carencia de los especialistas en las disponibilidades médicas previamente asignadas bajo la temática de Hospital de referencia de toda la zona sur, genera que los pacientes se trasladen al Hospital Regional ubicado en Pérez Zeledón, para ser atendidos oportunamente, exponiendo la integridad física del paciente, a la institución a posibles demandas legales y por consiguiente la afectación de la imagen institucional.

CONCLUSIONES

La presente evaluación evidencia la necesidad de implementar acciones efectivas por parte de las autoridades del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla con el apoyo de la Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca y de la Gerencia Médica, a fin de fortalecer y optimizar los procesos relacionados con el área de hospitalización, así como la gestión de la actividad quirúrgica, en procura de consolidar una atención al usuario de calidad, seguridad y confort.

La revisión efectuada permitió determinar que es necesario que se proceda con el diseño de instrumentos donde se documente los aspectos de organización y funcionamiento de los Servicios de Medicina, Ginecología y Obstetricia y Cirugía, así como que la Dirección General revise y avale los mismos.

Las instalaciones donde actualmente se ubica el área de hospitalización fueron construidas hace más de 30 años, aspecto que se evidencia no solo en el hacinamiento en los distintos salones, sino también en el deterioro de gran parte del mobiliario y la infraestructura. Si bien es cierto, tanto las autoridades del centro médico como de la Institución han realizado esfuerzos tendientes a mejorar esa situación, es pertinente que se continúen desarrollando e impulsando acciones para dotar al hospital de una infraestructura que se ajuste no solo a las demandas actuales, sino también futuras de la población.

Por otra parte, es pertinente que el Equipo Gestor de Camas liderado por la Dirección General, defina claramente sus objetivos y plan de trabajo, de manera que esto permita fortalecer la gestión del recurso cama hospitalaria en forma permanente durante todo el año, involucrando activamente a los Jefes de Servicio y otros actores claves, y que no sea percibida como un elemento aislado o exclusivo de ciertas épocas del año y de un determinado grupo en particular.

Otro aspecto a señalar, es el registro inadecuado de la información por parte de los profesionales en medicina, tanto en el expediente de salud de pacientes hospitalizados, en el documento "Consentimiento Informado", así como en la hoja de Anestesia y Recuperación, lo cual evidencia que



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

deben fortalecerse los controles y corregir las debilidades señaladas en el contexto de éste informe, a fin de minimizar los riesgos asociados al registro y confiabilidad de la información.

En lo que respecta a la gestión de la lista de espera quirúrgica, la misma es crítica ya que al 31 de julio de 2016 el hospital tenía 7757 pacientes en espera de una cirugía, siendo las especialidades de ORL, Oftalmología, Cirugía General y Ortopedia, las que agrupan el 82% de la totalidad de pacientes en espera de cirugía que tiene el centro médico. Por otra parte los plazos promedio de atención varían, siendo las especialidades con mayor plazo de espera ORL con 1076 días, Neurocirugía 736 días, Cirugía General 702 días y Urología con 449 días. En virtud de lo anterior, es necesario que el centro médico, bajo la figura del Grupo Gestor de Listas de Espera, y con el apoyo de la Gerencia Médica, continúen realizando acciones para la atención de la misma; y que a la vez realicen un análisis de las causas de la actual lista de espera, con el propósito de establecer posibles soluciones que procuren ser sostenibles en el tiempo, de forma tal que también se minimicen los riesgos asociados a una atención no oportuna de pacientes.

La actividad quirúrgica en un hospital se constituye en una actividad medular del diario quehacer, de forma tal que resulta necesario que la misma sea gestionada en forma adecuada y eficiente, con el propósito de lograr su máximo aprovechamiento y responder oportunamente a los requerimientos de los usuarios que necesitan de una cirugía. Las debilidades señaladas en el contexto del presente informe en cuanto a los aspectos de infraestructura de Sala de Operaciones y Recuperación, organización, programación, registro y control de la actividad quirúrgica, así como el rol que debe ser ejercido por parte de la jefatura del Servicio de Cirugía, bajo el acompañamiento de la Dirección General, evidencian que esa gestión no ha sido la adecuada a fin de procurar que los recursos dispuestos para tal fin estén siendo utilizados bajo principios de eficiencia y eficacia. Esta situación preocupa, ya que éste Órgano de Fiscalización mediante informe AGO-219-2013 señaló respecto a éste nosocomio debilidades en el proceso de programación, direccionamiento y control de la actividad quirúrgica, siendo que a la fecha de elaboración del presente informe continúan persistiendo aspectos señalados.

Lo anterior implica necesariamente, a criterio de esta Auditoría, que la Gerencia Médica y Dirección Regional deben realizar un análisis y acompañamiento a las autoridades de ese centro, con el propósito de revisar aspectos que a nivel local puedan estar limitando la correcta gestión de la actividad quirúrgica, a fin de establecer acciones específicas que permitan mejorar la situación descrita. Por otra parte, se considera que dentro de ese ejercicio de análisis, esa Gerencia valore el utilizar otros parámetros o indicadores de rendimiento de los recursos dispuestos para la actividad quirúrgica, además del TUSH, de manera que se disponga de información más confiable y precisa para la toma de decisiones.

En razón de lo anterior, el análisis permanente de aspectos como los señalados en el presente informe resulta importante por parte de la Administración Activa, con el fin de que se fortalezca y se garantice la disposición y uso de los recursos necesarios para la prestación de servicios, mediante criterios de eficiencia, eficacia y oportunidad.



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

RECOMENDACIONES

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, GERENTE MÉDICA Y AL DR. LUIS CARLOS VEGA MARTINEZ, DIRECTOR REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD REGION BRUNCA O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESE CARGO

1. Considerando que los resultados del estudio evidencian que persisten debilidades de gestión de la actividad quirúrgica evidenciadas por esta Auditoria Interna en el año 2013, en cuanto a la organización, planificación, dirección, control y supervisión, y que al 31 de julio 2016 se presenta una lista de espera quirúrgica de 7757 pacientes, con un comportamiento creciente en la cantidad de pacientes como en plazos de espera que no favorecen la atención oportuna de los servicios de salud, se proceda a conformar un grupo de apoyo mediante el cual se fortalezca entre otros aspectos los siguientes:
 - a) Fortalecer las actividades del Grupo Gestor de Listas de Espera, en relación con la gestión de lista de espera, el rol de la jefatura del Servicio de Cirugía y la pertinencia de implementar la figura de “gestor de sala de operaciones”, a fin de mantener un monitoreo continuo de la actividad quirúrgica ordinaria.
 - b) Mediante un plan de acción que contenga acciones administrativas y técnicas llevar a cabo las siguientes acciones a corto plazo:
 - ✓ Mejorar el proceso de planificación de la actividad quirúrgica del centro según servicio y especialidad.
 - ✓ Programación y ejecución de la actividad quirúrgica de acuerdo con lo planificado.
 - ✓ Establecer las medidas de control que correspondan, a fin de que la información generada producto de la actividad quirúrgica diaria sea confiable y de calidad (por ejemplo hora de inicio y finalización de anestesia y cirugía, causas de suspensión, entre otros), de manera que permita monitorear oportunamente la gestión de este proceso y facilite la toma de decisiones por las autoridades hospitalarias.
 - c) Fortalecer e incrementar el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, principalmente en las especialidades críticas, con el propósito de reducir la lista de espera y aumentar la oferta de camas de hospitalización disponibles; considerando para ello las necesidades de infraestructura.
 - d) Valorar la pertinencia de desarrollar jornadas de producción quirúrgica, principalmente en especialidades críticas que permitan impactar la reducción de la lista de espera, o analizar otras alternativas tales como contratación de servicios.
 - e) Fortalecimiento de la puesta en marcha y utilización adecuada del sistema de información ARCA-Módulo Quirúrgico, considerando usuarios responsables de su uso y necesidades de capacitación.

Plazo de cumplimiento: 6 meses.



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

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, GERENTE MÉDICA Y AL DR. LUIS CARLOS VEGA MARTINEZ, DIRECTOR REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD REGION BRUNCA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO

2. Considerando las necesidades críticas que presenta la planta física del centro médico en cuanto a salas de operaciones, de recuperación, equipamiento y camas de hospitalización, en coordinación con la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, llevar a cabo los estudios y procedimientos que sean procedentes de conformidad con la normativa vigente, para dotar al hospital de la infraestructura necesaria, y con ello se favorezca la prestación de los servicios de salud, considerando entre otros aspectos el comportamiento creciente de la lista de espera.

Plazo de cumplimiento: 12 meses.

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, GERENTE MÉDICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO

3. Realice un análisis técnico tendiente a definir la viabilidad y pertinencia de incorporar la utilización de otros indicadores, además del TUSH, que permitan que la institución pueda medir de manera más integral y precisa, el desarrollo de la actividad quirúrgica en los diferentes centros médicos.

Plazo de cumplimiento: 6 meses para realizar el análisis técnico.

AL DR. LUIS CARLOS VEGA MARTINEZ, DIRECTOR REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD REGION BRUNCA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO

4. En coordinación con los Directores Generales de la Región Brunca, establecer las medidas de control y seguimiento, para que se cumpla con la normativa estipulada en el Reglamento Único de disponibilidades Médicas, en relación con las responsabilidades del médico especialista en disponibilidad en el cual se indica que: *"(...) Ante situaciones comprobadas de emergencia personal de carácter grave, el médico especialista disponible deberá comunicar a su jefatura inmediata, según corresponda, su imposibilidad para cumplir con las responsabilidades implícitas en este Reglamento, presentando en el siguiente día hábil la justificación formal de su ausencia (...)."*

Plazo de cumplimiento: 3 meses.

AL DR. LUIS CARLOS VEGA MARTINEZ, DIRECTOR REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD REGION BRUNCA Y AL DR. ALEXIS RODRÍGUEZ MADRIGAL, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESE CARGO.

5. En razón de los descrito en el punto 3.2 referente a las debilidades identificadas en la labor del Equipo Gestor de Camas, siendo que la Dirección General integra ese equipo de trabajo, formular un



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

plan de acción que deberá ser revisado y avalado por esa Dirección Regional, el cual contemple entre otros los siguientes aspectos: un plan anual de trabajo con objetivos y acciones específicas a desarrollar según fecha y responsables (análisis sistemático y estructurado que incluya la evaluación periódica de la gestión de camas según Servicio, análisis de indicadores, estrategias para planificar egresos así como aumentar ingresos de nuevos pacientes y análisis de estancias prolongadas entre otros), cronograma anual de sesiones de trabajo ordinarias según se defina, elaboración de informes de monitoreo que permitan medir el impacto de las acciones efectuadas, entre otros.

Esa Dirección será responsable de establecer los mecanismos de control que estime convenientes a fin de garantizar el cumplimiento de lo requerido.

Plazo de cumplimiento: 3 meses.

AL DR. ALEXIS RODRÍGUEZ MADRIGAL, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO

6. En coordinación con las jefaturas de los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía procedan a elaborar, los instrumentos en los que se describa la organización y funcionamiento de cada uno de los servicios bajo su cargo según corresponda, valorando considerar incorporar entre otros, los niveles de autoridad y las principales de actividades y funciones de conformidad con la normativa vigente. El cual deberá de ser avalado y autorizado por la Dirección Médica.

Plazo de cumplimiento: 6 meses para la elaboración y aprobación del documento y 6 meses para darlo a conocer a los funciones de los servicios.

7. Solicitar a las Jefaturas de los Servicios que instruyan al personal a su cargo, a fin de que el registro de la información consignada en el expediente médico, incluida la hoja de ingreso-egreso, así como en el documento "Consentimiento Informado" y en la hoja de Anestesia y Recuperación, se realice de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. Asimismo, deberá esa Dirección General, garantizar la implementación de un programa de revisión periódica, dirigido a la verificación del correcto llenado tanto de los expedientes médicos como del Consentimiento Informado, hojas de anestesia y recuperación y otros formularios.

Plazo de cumplimiento: 3 meses

AL LIC. RAMÓN CASTRO SEGURA, DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO DEL HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO

8. En coordinación con la Jefatura del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, procedan a elaborar un cronograma de trabajo para realizar las acciones pertinentes y necesarias que permitan atender los



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

hallazgos descritos en el punto 2 del presente informe, referentes a las condiciones de la planta física y mobiliario de los salones de hospitalización.

Plazo de cumplimiento: 6 meses para la elaboración del cronograma.

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, artículo 45, los resultados del presente estudio se comentaron el 03 de noviembre de 2016, con la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, el Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de Gerencia Médica, el Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director Regional de Servicios de Salud Brunca, Dr. Alexis Rodríguez Madrigal, Director General y Mba. Ramón Castro Segura, Director Administrativo-Financiero del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

En el caso de la recomendación 1, la Dra. Villalta Bonilla y el Dr. Vega Martínez solicitan que la misma sea dirigida a ambas instancias y no únicamente a la Gerencia Médica. Además, en el punto referente a análisis de la capacidad instalada y necesidades de infraestructura del centro, la Dra. Villalta indica que sea dirigida a esa Gerencia Médica, a la de Infraestructura y la Dirección Regional de Red de Servicios Brunca.

En cuanto a la recomendación 5, el Dr. Vega Martínez solicita que la misma sea dirigida tanto a esa Dirección Regional como a la Dirección General para que se realice en conjunto con el hospital.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dr. Carlos Alpízar Chacón
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE DE ÁREA

EAM/CACH/lbc