



Resumen Ejecutivo

Se observa la permanencia de pacientes “Hospitalizados” en condición de preingreso en las diferentes Áreas funcionales del servicio de emergencias, tal situación se debe a que no se dispone del espacio suficiente en el servicio de hospitalización para recibir pacientes.

En la institución existe la modalidad de Hospital de día Polivalente (HDDP), con la limitante de que los hospitales de día se encuentran laborando en jornadas de 7 a 4 de lunes a viernes. La disponibilidad del recurso humano y los horarios de funcionamiento, no se están desarrollando en respuesta a las necesidades reales de cada hospital, ya que las estancias en dichos servicios continúan colapsadas de pacientes hospitalizados, o los del SEM con estancias prolongadas.

El presente estudio evidencia oportunidades de mejora relacionadas con la implementación de prácticas innovadoras como la Atención Especializada a Distancia, Alta Programada, Hospital de Día Polivalente, Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar, Atención Diferenciada en el primer nivel.



ÁREA SERVICIOS DE SALUD
AUDITORÍA DE CARACTER ESPECIAL REFERENTE A LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE LA INSTITUCIÓN.
GERENCIA MÉDICA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se atiende de conformidad con la Planificación Anual Operativa de la Auditoria, en el apartado de estudios de carácter especial.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de lo establecido en el Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias de Hospitales de la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la disposición de clasificación CTAS¹ las 24 horas y de consultorios para la atención de pacientes de baja complejidad (CTAS 4-5).
- Verificar la razonabilidad de los plazos de estancias de más de 24 horas en observación y las estancias prolongadas en otras Áreas funcionales de pacientes en condición de “preingreso”.
- Determinar la existencia de las Modalidades de atención no convencionales para el abordaje de patologías que cumplan los criterios de acceso a esta modalidad y así no requerir ser hospitalizados.
- Verificar las acciones ejercidas por la Gerencia Médica para la implementación de las Modalidades de atención no convencionales a nivel institucional.

METODOLOGÍA

Aplicación de instrumento de verificación donde se evalúa el cumplimiento de los procesos establecidos en el Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias, tales como:

- 1) Uso del CTAS 24 horas.
- 2) Áreas Funcionales del SEM convertidas en Hospitalización.
- 3) Periodos de Observación mayores de 24 horas.

¹ Canadian Emergency Department Triage and Acute Scale.



- 4) Disponibilidad de una Consultas exclusiva para CTAS 4-5².
- 5) Existencia de Modalidades de Atención no convencionales.

ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio comprendió la revisión del Sistema de control interno, en aspectos relacionados con los mecanismos de control establecidos por la Gerencia Médica, en el cumplimiento de la normativa existente en el Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias que regulan el funcionamiento de los SEM de Hospitales Regionales de la Institución³.

La revisión comprende aspectos específicos del uso del CTAS 24 horas, la revisión de Áreas Funcionales del SEM convertidas en Hospitalización, Periodos de Observación mayores de 24 horas, Disponibilidad de una Consulta exclusiva para CTAS 4-5 y sobre la Existencia de Modalidades de Atención no convencionales.

El estudio se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales.
- Ley 8239. “Derechos y Deberes de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud Públicos y Privados”, publicada en la Gaceta 75 del 19 de abril del 2002.
- Manual de Procedimiento de Monitoreo y Control de los Indicadores de gestión para los Servicios de Emergencias de la Institución-Gerencia Médica 2018.
- Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias de Hospitales- Gerencia Administrativa-2018.

1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL PERFIL FUNCIONAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE HOSPITALES REGIONALES:

1.1 ESTANCIAS PROLONGADAS EN AREAS FUNCIONALES DEL SEM:

Se determinó que no se está cumpliendo con lo establecido en el Perfil Funcional que regula los SEM⁴, (tal como se detalla en el cuadro 1), al evidenciarse la permanencia de pacientes que se encuentran “Hospitalizados” en condición de preingreso u observación, en las diferentes Áreas funcionales del servicio de emergencias.

Estos son pacientes que fueron valorados, diagnosticados y estabilizados en el Servicio de Emergencias, y que por su condición clínica requieren ser hospitalizados para solventar sus necesidades de salud, es importante mencionar que estos pacientes tienen 3 o más días de estar en esa condición, ante el eventual faltante de camas en el servicio de hospitalización.

² urgencia menor o no urgentes

³ Excepto el Hospital Escalante Pradilla

⁴ Específicamente sobre las Estancias Prolongadas en el SEM.



Con respecto a la existencia de una consulta específica para los pacientes clasificados como CTAS 4 y 5, recomendación que se está cumpliendo en todos los hospitales visitados dentro del estudio. Sin embargo, por aspectos de infraestructura, no todos los hospitales disponen de un espacio destinado para la atención de pacientes no urgentes fuera del servicio, de forma tal que permita que su atención sea diferenciada al resto de pacientes con el fin de descongestionar las consultas de emergencias.

Los hospitales visitados que forman parte del estudio, todos disponen de un espacio físico para realizar la clasificación de pacientes CTAS la cual fue la adoptada por la institución y que dicha priorización se realiza las 24 horas, tal como se refleja a continuación:

Cuadro N°1:
Cumplimiento del Perfil Funcional en los Servicios de Emergencias de los Hospitales Regionales de la Institución en el I semestre del 2019.

HOSPITAL	CTAS EN EL SEM LAS 24 HORAS		AREAS FUNCIONALES DEL SEM SIN ESTANCIAS PROLONGADAS		PERIODOS DE OBSERVACIÓN MENORES DE 24 HORAS		CONSULTA EXCLUSIVA PARA PACIENTES CTAS 4-5	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
Hospital San Vicente de Paul (HSVP)	X			X		X	X	
Hospital Monseñor Sanabria (HMS)	X			X		X	X	
Hospital de San Carlos (HSC)	X			X		X	X	
Hospital Enrique Baltodano (HEBB)	X			X		X	X	
Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA)	X			X		X		X
Hospital Tony Facio (HTF)	X			X		X	X	

Fuente: Jefaturas de SEM

Se tiene que mencionar que no todas las Áreas funcionales del SEM disponen de camas, dependiendo del Área funcional, lo que se dispone es de sillas, sillones o camillas transitorias que se ubican en los pasillos y estas áreas no disponen con la infraestructura necesaria para la permanencia de pacientes "Hospitalizados en el SEM".

Situación similar sucede en el Área de Observación, que dispone de camas, donde los pacientes permanecen en periodos mayores de 24 horas, donde son abordadas sus patologías, se les brinda tratamiento, realizan exámenes y son egresados de esa misma área, distorsionando por completo el funcionamiento del Área de Observación.

Esta Auditoria constato mediante un recorrido⁵, 70 pacientes con estancias promedio de 3 a 7 días en el Servicio de Emergencias del Hospital Enrique Baltodano Briceño, esperando espacio en hospitalización, de los cuales el 65% están esperando resolución quirúrgica.

⁵ 19-06-2019



En el hospital de San Carlos se lograron observar 12 pacientes con más de 24 horas esperando la posibilidad de ingresar a hospitalización.

Situación similar sucede en el SEM del Hospital San Vicente de Paul, en donde se documentaron 45 pacientes⁶ con más de 3 días esperar que se resuelva su situación de salud en el Servicio de Emergencias.

En el Servicio de Emergencias del Hospital San Rafael de Alajuela, se documentaron 42 pacientes⁷ que se encuentran en estado de “preingreso”, de estos pacientes 12 tienen 3 o más días de estar en esa condición.

Por su parte en el Hospital Monseñor Sanabria, se observaron al momento del corte⁸, 30 pacientes esperando se les resuelva su situación para hospitalizarse.

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

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

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

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

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

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

El Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias de Hospitales, emitido por la Gerencia Administrativa el 13 de diciembre del 2018 y avalado mediante nota GM-S-16360-2018, conforme el criterio técnico emitido por las instancias técnicas del despacho de participantes en el proceso (DPSS-460-11-2018), se detalla lo siguiente:

“5.9.2. Atención del usuario en el Servicio

- a) Clasificación del usuario (Triage-CTAS): Es la primera actividad de gestión clínica, que permite recibir y clasificar al usuario. El sistema de clasificación de pacientes se debe efectuar de acuerdo con la escala Canadian triage and acuity scale (CTAS). Atención del usuario en consultorio (CTAS

⁶ Revisión del día 27-08-2019

⁷ Corte al 17 de julio del 2019

⁸ 19-09-2019



nivel 4-5): Es un espacio destinado para la atención de pacientes que se clasifique como una urgencia menor o no urgentes (...).”

“7. Atención del usuario en observación: En la zona de observación quedan los pacientes pendientes de resolución de su patología (tratamientos cortos), evolución corta o aclaración del diagnóstico. La estancia máxima en esta zona será de 24 horas en las que se decidirá si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda. En ningún caso se utilizará la zona de observación como hospitalización, por cuanto origina importantes distorsiones en el funcionamiento de la emergencia (...).”

Con respecto a las Estancias Prolongadas en el SEM, se le consultó al Dr. Marvin Avila Quirós, Jefe del Servicio de Emergencias del Hospital de San Carlos, para lo cual manifiesta:

“Nosotros documentamos un promedio de 10 a 12 pacientes por día esperando en el SEM para que se puedan hospitalizar (...).

Se le consultó al Dr. Guillermo Porras Morales, Jefe del Servicio de Emergencias del Hospital San Rafael de Alajuela, manifestando lo siguiente:

“El Servicio de Emergencias del hospital San Rafael de Alajuela, en los últimos 15 años ha experimentado cambios en la demanda de su servicio y capacidad instalada, una serie de factores que menoscaban la fluidez del paciente al área de hospitalización o cirugía quirúrgica, entre ellos tenemos: la población directa, indirecta, privados de libertad, población flotante que son todas las personas que laboran en el cantón central de Alajuela, sitios de tránsito y turismo constante tales como el aeropuerto, volcán Poás, parque Viva, estadios y centros deportivos, centros comerciales, accidentes automovilísticos (ruta 1 y 27), ferroviarios, desarrollos urbanísticos y zonas de violencia y peligrosidad cercanas que aumentan la atención de pacientes.

La mayor dificultad que tenemos es que el paciente se nos queda pegado, ya que el servicio de Emergencias lo recibe, estabiliza, diagnostica y luego tiene que derivarlo al área de hospitalización (...).”

La rotación y giro de cama insuficiente, el incremento de las infecciones intrahospitalarias, la suspensión y el atraso de estudios especiales de pacientes internados, las interconsultas que no son atendidas de forma oportuna, problemas de coordinación interinstitucionales de los casos sociales, la no implementación del Alta Programada, Hospital de día y Hospital Domiciliar, podrían estar generando estancias prolongadas en el Servicio de Hospitalización, situación que afecta en forma indirecta las estancias de los pacientes que se encuentran en el Servicio de Emergencias, esperando una cama para ser hospitalizado o para ser intervenido quirúrgicamente.



Las estancias prolongadas en las diferentes áreas funcionales del Servicio de Emergencias (SEM) de pacientes que esperan una cama para ser hospitalizados, generan plétora del servicio, provocando que esos pacientes en condición de preingreso sean ubicados en sillas y en camillas en los diferentes pasillos, limitando la oportunidad y comodidad de los pacientes que consultan por una patología aguda que necesiten alguna intervención de urgencia y que requieran de un periodo de observación para poder definir su manejo definitivo, el no disponer del espacio adecuado para ser atendidos, pondría en detrimento de la calidad de la atención de los pacientes que consultan a los Servicios de Emergencias, generando un riesgo en la salud del paciente y afectando la imagen institucional.

1.2 DISPONIBILIDAD DE MODALIDADES DE ATENCIÓN NO CONVENCIONAL:

En la institución existe la modalidad de Hospital de día Polivalente (HDDP), sin embargo, la disponibilidad del recurso humano y los horarios de funcionamiento, no se están desarrollando en respuesta a las necesidades reales de cada hospital, situación que se ve reflejada en los SEM y de hospitalización de los hospitales analizados, ya que las estancias en dichos servicios continúan colapsados de pacientes hospitalizados, o los del SEM con estancias prolongadas, ya que en hospitalización no hay camas disponibles, y que podrían ser candidatos para ser gestionados mediante Hospital de día, con la limitante de que los hospitales de día se encuentran laborando en jornadas de 7 a 4 de lunes a viernes.

Los únicos Hospitales Regionales que disponen de “Hospital de día” con jornada de 6 de la mañana hasta las 10 de la noche todos los días, son el Hospital Tony Facio de Limón y el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, siendo muy resolutivos con aquellos casos que requieren tratamientos de aplicación parenteral cada 12 o 8 horas que se pueden manejar bajo esta modalidad.

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

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

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

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

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



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

Con la implementación del **“Manual de Procedimientos: Hospital de día Polivalente en un Hospital General, Atención en Red”** (Código MP.GM.DDSS.190318), versión 01. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas 2018, se busca proporcionar al personal de salud los procedimientos técnicos y lineamientos operativos del proceso de atención en el Hospital de día Polivalente, buscando la estandarización y atención en red de esta modalidad no convencional. Considerando lo anterior:

“El Hospital de día es una modalidad de atención hospitalaria, que puede aplicarse en hospitales periféricos, regionales, nacionales y especializados. Busca instaurar el sistema de atención articulado en red, que facilite el seguimiento de las personas con patologías crónicas y agudas derivados a través del alta programada con la participación de redes de apoyo e implementar una modalidad alternativa y funcional a la hospitalización convencional que garantice la calidad efectividad y eficacia de los servicios, manteniendo las ventajas de la atención ambulatoria.

(...) el Hospital de día Polivalente se define como una modalidad de atención, donde se realiza la prestación de cuidados terapéuticos y procedimientos diagnósticos, según necesidades de las personas que cumplen con condiciones socio funcionales y clínicas, bajo la indicación y seguimiento del médico especialista tratante del hospital.

El Hospital de día Polivalente fortalece la atención y hospitalización domiciliar a través de un funcionamiento efectivo de la red articulada institucional y la participación de la red intersectorial con la existencia de guías de trabajo, lineamientos técnicos y protocolos que fortalecen el modelo propuesto.

Este modelo se inspira en la premisa de que la gestión de los hospitales no puede estar aislada de las Áreas de Salud y viceversa. Pues, sólo mediante la articulación de servicios es posible garantizar la calidad de la atención y la sostenibilidad de los servicios (...).”

“(...) Gestor de caso. *Es la persona responsable de valorar, planificar, aplicar, coordinar, monitorizar y evaluar las opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos. En el nivel hospitalario puede un médico de familia, paliativista o internista. En el primer nivel de atención puede ser médico general o médico de familia, capacitado para que se potencie el nivel resolutivo de la gestión clínica del caso. Debe haber un gestor de caso en el Nivel Hospitalario y uno en cada establecimiento del Primer Nivel, los cuales constituirían los puntos de enlace para referencia y seguimiento de casos entre niveles (...).”*



“(...) El recurso humano requerido en el Hospital de Día Polivalente, así como su horario de funcionamiento, dependerá del volumen de personas por atender, la infraestructura disponible, así como, del tipo y cantidad de actividades que en él se realicen. Para nuestra institución esta modalidad alcanza el desarrollo de su potencial cuando permite la maximización de los recursos existentes al tiempo que aumenta el nivel de resolutivez del establecimiento y la red servicios en la cual se establece (...).

Considerando lo anterior, el recurso humano requerido para el desarrollo de las actividades en el HDDP es el siguiente:

- *Médico de Familia o Internista (coordina y asume la atención directa)
- *Supervisor(a) de Enfermería (E4)
- *Profesional de Enfermería de atención directa
- *Farmacéutico
- *Auxiliar de enfermería
- *Asistente de pacientes
- *Técnico de Registros Médicos
- *Asistente Administrativo
- *Misceláneo (...).

El horario ampliado en esta modalidad es una opción, valorada en función del costo beneficio en el contexto de la demanda real y potencial, en particular cuando no sea factible brindar la atención en horario vespertino o nocturno por el servicio de emergencias. Para el desarrollo de las actividades en horario ampliado el recurso humano requerido –según demanda- incluye:

- *Médico de Familia o médico general de atención directa
- *Profesional de Enfermería de atención directa

- *Farmacéutico
- *Auxiliar de enfermería
- *Asistente de pacientes
- *Asistente de Registros Médicos
- *Misceláneo (...).”

Se consultó a la Dra. Marjorie Francis Castro Sirias. Enfermera a cargo del Hospital de día del Hospital Tony Facio de Limón, sobre el desarrollo de este programa, para lo cual nos indicó:



“(...) En el 2014 se implementó el Modelo de Atención Innovador en la Región Huetar Atlántica: Atención Integral, Integrada, Continuada, Permanente con Garantía de Calidad, Seguridad y Sostenibilidad. Pero se necesita disponer de más recurso humano para poder desarrollar este modelo. Por ejemplo, el “hospital de día” es un programa que le ahorra al hospital mucho dinero en hospitalización, aquí se manejan los pacientes de diálisis y aquellos que sean candidatos y que requieran tratamientos cada 12 o cada 8 horas. Tenemos implementado el “Alta Programada”, en donde se gestionan los casos para el primer nivel. Pero es importante que a nivel regional exista un gestor de enlace y que cada Área de salud disponga de sus gestores de casos, para que le puedan dar seguimiento a estos casos. El Hospital de Limón tiene implementado también el Hospital Domiciliar. El Modelo con sus programas son muy funcionales, pero requieren ser reforzados con recurso humano para que el modelo funcione como tiene que ser (...)”

Es criterio de esta Auditoria que el desarrollo de estos Modelos de atención no convencionales, que son acciones innovadoras puede favorecer la atención de pacientes ante hospitales cuya demanda supera la oferta de servicios, y para mejorar la eficiencia y que han funcionado con buen suceso en otros países. Sin embargo requieren de más apoyo por parte de las instancias gerenciales para que se desarrolle un trabajo en Red y se disminuyan las atenciones hospitalarias, es de suma importancia tener claridad que la gestión de los hospitales no puede estar aislada de las Áreas de Salud ya que, sólo mediante la articulación de servicios es posible garantizar el cumplimiento de este Modelo tal como la institución lo tiene plasmado.

2. ACCIONES IMPLEMENTADAS POR LA GERENCIA MÉDICA PARA EL CONTROL Y SUPERVISIÓN DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN NO CONVENCIONAL EN LA INSTITUCIÓN

La Gerencia Médica no dispone de los mecanismos de control ni supervisión de las Modalidades de Atención no convencional que se desarrollan actualmente en la institución. De igual manera, no ha logrado implementar en todas las Unidades de la Institución la estrategia de ambulatorización que permita el desarrollo de las practicas innovadoras de las Modalidades de Atención no convencionales.

Con respecto al “Marco Conceptual para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Presidencia Ejecutiva-Comisión de Salud Junta directiva de la CCSS, 2019, dentro de su estrategia 5, se indica Fortalecer la gestión clínica de los establecimientos por nivel, con enfoque de Red”, en sus líneas de acción se menciona:

“Implementar las practicas innovadoras sistematizadas por la institución a través del Proyecto, mediante la emisión de lineamiento y la publicación y disposición de los manuales de procedimientos elaborados: Atención Especializada a Distancia, Alta Programada, Hospital de Dia Polivalente, Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar, Atención Diferenciada en el primer nivel.



Ampliar y aplicar en todo el país la estrategia de ambulatorización, que incluya entre otras, las modalidades de atención mencionadas (...).”

Se consulto a la Gerencia Médica mediante oficio AI-2422-19 con fecha del 225 de agosto del 2019, sobre los mecanismos de control implementados en atención a las modalidades no convencionales a nivel de la institución, para lo cual, mediante oficio GM-AUD-10990-2019, el Dr. Mario Ruiz Cubillo manifestó:

(...) Respecto a la implementación de las modalidades no convencionales de atención (Hospital de día, Hospital domiciliario y Alta Programada), se cuenta con los siguientes documentos, elaborados por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas, los cuales contienen una descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones con las personas hospitalizados bajo estas modalidades:

- *Manual de Procedimientos Hospital de Día Polivalente en un Hospital General, año 2018.*
- *Manual de Procedimientos Alta Programada Atención en Red, año 2017.*
- *Manual de Procedimientos Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar Atención en Red, año 2018.*

Dado que estas modalidades de atención no se han logrado implementar en las unidades de la Institución, a la fecha no se cuenta con los mecanismos de control requeridos, no obstante, es importante resaltar que el monitoreo y la vigilancia de este tipo de atención, corresponden al nivel local (...).”

El no fortalecer estas modalidades de atención innovadoras y ambulatorias, estaría generando que los servicios Hospitalarios colapsen su capacidad instalada, incrementando las infecciones intrahospitalarias, costos de hospitalización, listas de espera, estancias prolongadas en los SEM, demandas por falta de oportunidad, manejando pacientes que ocupan un espacio físico dentro del hospital y que, según su patología y complejidad, podrían ser manejados en otras modalidades no convencionales fuera del hospital.

CONCLUSIÓN

No se está cumpliendo con lo establecido en el Perfil Funcional que regula los SEM, al documentarse la permanencia de pacientes “Hospitalizados” en condición de preingreso en las diferentes Áreas funcionales del servicio de emergencias, tal situación se debe a que no se dispone del espacio suficiente en el servicio de hospitalización.

En la institución existe la modalidad de Hospital de día Polivalente (HDDP), con la limitante de que los hospitales de día se encuentran laborando en jornadas de 7 a 4 de lunes a viernes. La disponibilidad del recurso humano y los horarios de funcionamiento, no se están desarrollando en respuesta a las necesidades reales de cada hospital, ya que las estancias en dichos servicios continúan colapsadas de pacientes hospitalizados, o los del SEM con estancias prolongadas.



Por lo anterior, el presente estudio evidencia oportunidades de mejora relacionadas con la implementación de prácticas innovadoras como la Atención Especializada a Distancia, Alta Programada, Hospital de Día Polivalente, Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar, Atención Diferenciada en el primer nivel.

Por lo tanto, este órgano fiscalizador ha generado la siguiente recomendación en aras de abordar y subsanar los aspectos evidenciados en el presente informe.

RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO RUÍZ CUBILLO, DE LA GERENCIA MÉDICA O EL QUE EN SU LUGAR CORRESPONDA

Considerando que los resultados del estudio evidencian que los servicios de emergencias se constituyen en una de las áreas que presentan debilidades en la prestación de los servicios de salud, que la Gerencia Médica lleve a cabo las gestiones necesarias para que el modelo aprobado de atención no convencional que busca la “Ambulatorización”, sea implementando a nivel institucional, considerando entre otras prácticas innovadoras de atención no convencional, las siguientes:

- Atención Especializada a Distancia
- Alta Programada.
- Hospital de Día Polivalente-
- Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar.
- Atención Diferenciada en el primer nivel de atención.

Para el cumplimiento de esta recomendación, se deberá de presentar a esta Auditoria el plan de implementación de estas modalidades a nivel institucional para fortalecer el Modelo de Atención No Convencional. Plazo de cumplimiento: 12 meses.

2- Considerando que los resultados del estudio evidencian que, en el Hospital Dr. Tony Facio Castro, disponen de un modelo de atención de Servicios de Salud para brindar una Atención Integral, Integrada, Continuada, Permanente con Garantía de Calidad y Seguridad. Que esa Gerencia Médica, sustentado en el avance que tiene actualmente esta modalidad de atención no convencional y previo análisis establezca como plan piloto ese centro de salud, brindándole los recursos necesarios, de tal manera que se constituya como centro de referencia en cuanto al funcionamiento y depuración del modelo, de tal manera que las experiencias que se adquieran sean replicadas a nivel institucional, asegurándose de esta manera que el modelo impacte en la prestación de los servicios de salud.

Para el cumplimiento de esta recomendación, se deberá de presentar a esta Auditoria las acciones específicas en cuanto al otorgamiento de recurso, para fortalecer el buen desempeño de este modelo de atención: 9 meses.



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 15 de noviembre del 2019, mediante reunión con el Lic. Gilberto León Salazar y la Dra. Damaris Madrigal Fernández ambos de la Gerencia Médica, indicaron lo siguiente:

RECOMENDACIÓN 1

Comentarios: Especificar que es el producto que la Auditoria solicita.

Respecto al comentario se incorpora en la redacción “se deberá de presentar a esta Auditoria el plan de implementación de estas modalidades a nivel institucional para fortalecer el Modelo de Atención”.

RECOMENDACIÓN 2

Comentarios: Indica el Lic. León Salazar que se incorpore en la redacción que primero se realice una Evaluación Integral del modelo que se desarrolla en Limón, para luego fortalecer esta iniciativa. Y que se elimine otorgar recursos humanos y económicos.

Respecto a los comentarios se incorpora en la redacción la frase “Facilitar los recursos necesarios” en lugar de facilitar recursos humanos y económicos.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dr. Juan Carlos Morales Sánchez
Médico de la Auditoria

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe de Área

EAM/JCMS/edvz