



ASS-71-2016
14-06-2016

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio ha sido elaborado en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2016 del Área de Servicios de Salud, con la finalidad de evaluar la prestación del servicio asistencial en relación con la especialidad de Ortopedia, considerando el marco regulatorio, disponibilidad de recurso humano, equipo, estado de la infraestructura y otros aspectos de interés.

Como resultado de la evaluación se determinaron oportunidades de mejora en la gestión que se realiza en esa especialidad, así como lo relativo a indicadores de gestión, la programación y supervisión de horas asignadas para la prestación de los servicios, las estancias prolongadas, actividades del equipo Gestor de Camas, y lo relacionado con la información consignada en el Expediente de Salud.

Se evidenciaron aspectos de mejora sobre la lista de espera quirúrgica, lo concerniente a los sistemas de información implementados para la Sala de Operaciones, rendimientos por sala y profesional, el inicio de actividades quirúrgicas, estado de la planta física en el área de Hospitalización y Urgencias, y lo concerniente a la prescripción de medicamentos.

Por lo anterior, esta Auditoría ha recomendado a la Gerencia Médica, y Dirección Médica del centro de salud, que analicen con detenimiento las debilidades expuestas en el presente informe, con el fin de adoptar las acciones concretas que permitan corregir la problemática y de esta manera fortalecer la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.



ÁREA SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO ESPECIAL RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DESARROLLADAS EN LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, SALA DE OPERACIONES Y URGENCIAS HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO U.P. 2502

ORIGEN DEL ESTUDIO

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

OBJETIVO GENERAL

Analizar los procesos y abordaje brindado a los pacientes que requieren atención en la especialidad Ortopédica en el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el cumplimiento de políticas, normas y lineamientos técnicos, fundamentados en las actividades desarrolladas a nivel institucional, así como analizar la atención brindada a los usuarios con patologías Ortopédicas en el servicio de Urgencias y Hospitalización.
- Revisar aspectos de control interno relacionados con el funcionamiento del servicio de Urgencias, para la atención de pacientes que requieren atención de patologías ortopédicas y valorar las actividades llevadas a cabo en el servicio de hospitalización, en específico para la especialidad de Ortopedia y lo relativo a la atención de usuarios.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión y análisis de las acciones y actividades desarrolladas en los servicios de Urgencias y Cirugía (especialidad de Ortopedia), así como lo relacionado con la atención de usuarios y aspectos de control interno de los cuales se considera el análisis de la producción quirúrgica, estancias hospitalarias, indicadores de gestión, lista de espera, y recorrido por las instalaciones hospitalarias.

El período evaluado comprende el año 2015, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

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

METODOLOGÍA

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



- Solicitud de información a la Dirección Médica, Jefatura del Servicio de Cirugía, Jefatura del Servicio de Sala de Operaciones, Jefatura del Servicio de Urgencias, y Jefatura del Área de Estadísticas en Salud, del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
- Entrevista a los médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología del nosocomio, Dr. Montero Pizarro German, Dr. Roig Zamora Juan Pablo y Dr. Ugalde Cordero Andrés.
- Entrevista con la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Ortopedia y Traumatología Institucional.
- Consulta al Área de Estadísticas en Salud Institucional.
- Inspección física de las instalaciones en donde se brinda atención al paciente en el Servicio de Urgencias, Hospitalización y Sala de Operaciones del hospital.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Costa Rica.
- Ley Constitutiva de la C.C.S.S. N°17.
- Ley General de Salud. N°5395.
- Ley General de la Administración Pública. N°6227.
- Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. N°8239.
- Ley General de Control Interno, N° 8292.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales, N° 1743-SPPS.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social¹.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría en el Sector Público.
- Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas. Decreto ejecutivo N° 30694-S.
- Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Área de Salud Colectiva, Subárea Vigilancia Epidemiológica, 2011.

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





Aspectos que deben ser observados por la Administración Activa respecto a la Ley General de Control Interno 8292:

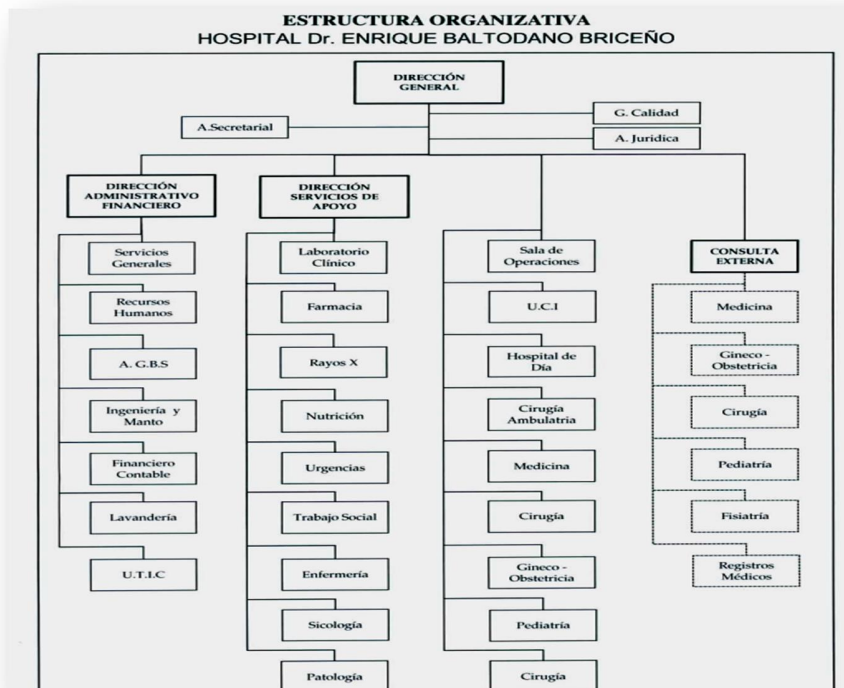
Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa

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

ASPECTOS GENERALES

El hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, pertenece a la Red de atención Noroeste; y es considerado un hospital tipo Regional², el cual se localiza en Barrio Moracia, contiguo a la Cruz Roja, Liberia, Guanacaste. Organizativamente está constituido de la siguiente forma:



Fuente: Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

² Estudio de Complejidad Hospitalaria, Primera Etapa Agrupación Hospitalaria Según Oferta Observada del 19 de Abril al 11 de Mayo del 2012, CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA ANÁLISIS Y PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.



Para el año 2015, el Área de Hospitalización estaba constituida por 168³ camas para la atención de enfermos, distribuidas de la siguiente manera:

**Cuadro 1. Camas disponibles en el Área de Hospitalización
Diciembre 2015, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

ESPECIALIDAD	CAMAS
Sección de Medicina	52
Sección de Cirugía	46
Sección de Gineco-Obstetricia	47
Sección de Pediatría	23
TOTAL	<u>168</u>

Fuente: Cuadro 71, Informe Estadístico, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Sin embargo el Servicio de Cirugía disponía a febrero del 2016, la siguiente cantidad según especialidad:

**Cuadro 2. Camas disponibles en la Sección de Cirugía
Al 19 de febrero del 2016, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

ESPECIALIDAD	CAMAS
Ortopedia	21
Urología	6
Vascular Periférico	2
Cirugía General	20
Neurocirugía	4
ORL	2
TOTAL	<u>55</u>

Fuente: Oficio HEBB-DG/CIR-018-02-2016, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

En relación con la cantidad de médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, este nosocomio dispone de 4 profesionales en la rama, los cuales a su vez realizan funciones relacionadas con la atención, evolución y tratamiento de usuarios que presentan patologías ortopédicas, además existe apoyo de 2 técnicos en Ortopedia en horario ordinario.

Así mismo sobre los indicadores hospitalarios, para el 2015 se identificaron los siguientes datos:

**Cuadro 3. Indicadores de Hospitalización
Diciembre 2015, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

ESPECIALIDAD	% de ocupación	Promedio de estancia	Giro Cama
Sección de Cirugía	117.89	6.76	64.96
Sección Gineco-Obstetricia	99.13	2.62	137.74
Sección de Medicina	93.61	9.89	35.02
Pediatría	77.75	4.18	67.74
TOTAL	<u>99.63</u>	<u>4.81</u>	<u>76.43</u>

Fuente: Cuadro 71, Informe Estadístico, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

³Cuadro 71, Informe Estadístico, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.



Sobre la lista de espera, esta se encuentra a más de 90 días en el caso de la Consulta Externa y en lo que respecta a la lista de espera quirúrgica el plazo promedio en días es de 1081 al 31 de diciembre del 2015, como se observa en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4. Lista de espera para la especialidad de Ortopedia
Diciembre 2015, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

Lista de Espera	Citas	Plazo en días	Plazo Promedio en Días
Consulta Externa	1894	390	---
Quirúrgica	833	---	1081

Fuente: Cuadro 22 y 79, diciembre, 2015. Informe Estadístico, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

HALLAZGOS

1 SOBRE LA DOTACIÓN DE MÉDICOS ASISTENTES ESPECIALISTAS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, SEGÚN RED DE ATENCIÓN.

Se determinó que existen Redes de atención que disponen de una cantidad mayor de médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología que brindan atención profesional, considerando para ello la población adscrita, tal y como se muestra a continuación:

**Cuadro 5. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ASISTENTES ESPECIALISTAS EN
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA * EN LA C.C.S.S, SEGÚN RED DE ATENCIÓN, 2015.**

Red de atención	Número de Médicos Asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología según clave (22286)
Este	27
Sur	25
Noroeste	45
Centros Especializados (HNN/CENARE)	14
Otros (CENDEISS/DPSS)	03
Total	114

Fuente: Elaboración propia con datos de: http://www.ccss.sa.cr/est_demografica, Base de datos Recurso Humano C.C.S.S, consultado el 1-3-2016 a las 1:48 PM

*: Datos aproximados debido a que no todos los médicos ortopedistas registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos, se encuentran formalmente nombrados en una clave de especialistas en Ortopedia (clave 22286)

Del cuadro anterior y considerando los datos del Anuario Estadístico Institucional, se observó que la Red Noroeste tiene una población adscrita de 1.778.002 habitantes⁴ y es atendida por 45 médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, la Red Sur está constituida por 900.406 habitantes⁵ y es atendida por 25 médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología y la Red Este registra 1.197.469 habitantes⁶, para los cuales se dispone de 27 médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, además los hospitales nacionales especializados registran 14 especialistas en esta rama y 3 médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, se encuentran asignados a labores administrativas en el CENDEISS y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

⁴ Hospital México.

⁵ Hospital San Juan de Dios.

⁶ Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia



Específicamente la Red de atención Noreste, a la cual pertenece el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, dispone de la siguiente cantidad de médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología.

Cuadro 6. Distribución de médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología en la Red Noreste, Marzo, 2016.

Hospital	Población adscrita	Especialistas en Ortopedia y Traumatología
Hospital México	1,778,022	12
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	415,659	4
Hospital La Anexión (Nicoya)	139,810	1
Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas)	275,935	2
Hospital Max Terán Valls (Quépos)	48,951	1
Hospital San Carlos	243,122	6
Hospital San Rafael de Alajuela	629,197	9
Hospital Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón)	144,858	2
Hospital San Vicente de Paul (Heredia)	511,990	7
Hospital San Francisco de Asís (Grecia)	139,545	1
Total		45

Fuente: Elaboración propia con datos de: http://www.ccss.sa.cr/est_demografica, Base de datos Recursos Humanos CCSS, consultada el 1-3-2016 a las 1:48 PM

Sí bien es cierto, dentro de las variables que pueden afectar la distribución de médicos especialistas se encuentran: la población, la epidemiología, demografía, red de atención y servicios de apoyo, así como la morbi- mortalidad, entre otros, es determinante indicar sobre la relación población/ especialista, que en el tema de estudio, el recurso humano especializado disponible no se relaciona con el número de población a la cual se le brinda el servicio. Lo anterior basado en favorecer la proyección para la atención que el usuario requiere, y lo que la institución puede proveer.

Las Normas Generales de Control Interno para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República, señalan en el Capítulo III Normas Generales Relativas a la Evaluación de Riesgos, numeral 4.1. Prácticas y medidas de control, dispone lo siguiente:

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

La formación, distribución, asignación y gestión del recurso humano especializado de acuerdo con las necesidades actuales de la población, garantiza equidad y oportunidad en la atención asistencial, así mismo brinda al paciente acceso y acercamiento a los servicios esenciales para la recuperación de la salud, aspecto que influye positivamente en las finanzas de la institución y el usuario.



2 INDICADORES DE GESTIÓN EN LA SERVICIO DE CIRUGÍA - ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA.

En relación con los indicadores de gestión, se determinó para el periodo analizado (2015), que el índice de ocupación⁷, registró cifras superiores al 100% (como se observa en el cuadro 3). Sobre los demás datos (giro de cama, y estancia promedio) evidencian parámetros razonables en general para el Servicio de Cirugía.

Se determinó en relación con la cantidad de camas asignadas a este servicio, que éstas no están distribuidas por especialidad, y físicamente en el salón se disponen de 55 camas, es decir 9 camas más de las que se tienen reportadas a nivel de estadística (46 camas), por lo tanto esta limitante imposibilita establecer con exactitud el índice de ocupación, giro cama y estancia promedio para la especialidad de Ortopedia y Traumatología, debido a que todos los días el número de camas puede variar, de acuerdo a los ingresos según especialidad y necesidades de los demás servicios.

Para el 2015 y en específico para la especialidad de Ortopedia y Traumatología, no fue posible determinar los indicadores de gestión, debido a limitantes en el sistema de reportería de datos estadísticos utilizados en la actualidad en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y Área de Estadísticas en Salud Institucional.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 14, indica sobre la valoración del riesgo:

“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a) *Identificar y analizar los riesgos relevantes **asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos (...)** (El resaltado no corresponde al texto original).”*

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

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

En el oficio P.E. 23.467-12 del 31 de mayo de 2012, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, en ese entonces Presidenta Ejecutiva; informó lo siguiente en relación con los indicadores para la evaluación de acciones programadas en la planificación operativa:

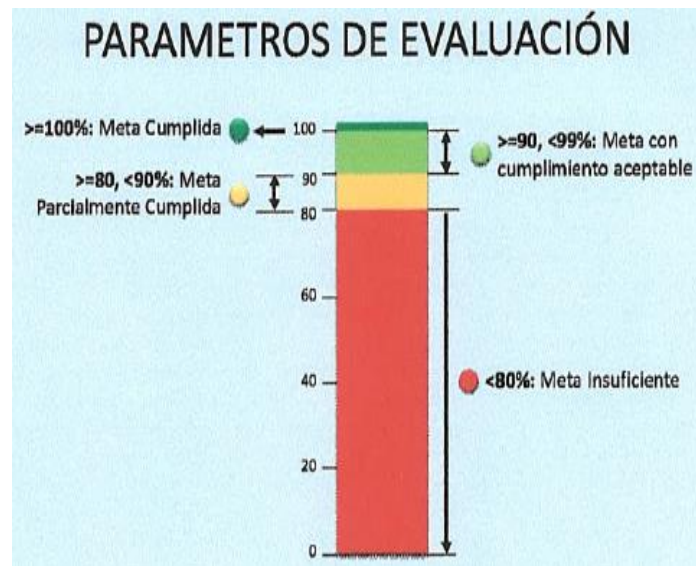
“...Implementar un único parámetro de evaluación para todos los planes que se generen a nivel estratégico, táctico y operativo de la Institución... cada unidad ejecutora utilizará dicho parámetro y presentará un informe de seguimiento a su jefatura inmediata superior, en la fecha que ésta así lo solicite, de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Planificación Institucional, documento que constituye un insumo base en la rendición de cuentas de la CCSS...”

⁷ Proporción que mide el grado de utilización de las camas de un hospital, un servicio o una sala, cuando el indicador es superior al 90% indica una gran demanda de servicios..., cifras inferiores a 75% indica subutilización de un servicio. Tomado de: Jiménez, L. S. (2003). *Administración de Servicios de Salud*. San José: Universidad Estatal a Distancia, pág. 285.



Sobre los parámetros de evaluación se incluyó la siguiente ilustración:

Ilustración 1. Parámetros de evaluación



Fuente: oficio P.E. 23.467-12.

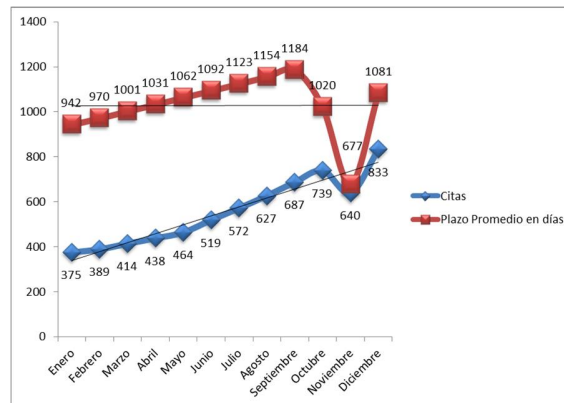
La actual planificación, supervisión y control por parte de la Dirección y Jefatura de Servicio, así como la actual distribución y conformación de camas (55), podría distorsionar la capacidad resolutoria de la unidad, y lo relativo a los indicadores de gestión.

La gestión administrativa basada en indicadores como: estancia promedio, giro camas e índice de ocupación, garantiza al nosocomio, la institución y al usuario, que los recursos están siendo utilizados adecuadamente y que estos proveerán una atención oportuna, aspecto que influirá en determinar la oferta/demanda real de pacientes de acuerdo al servicio brindado.

3 LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Se determinó al 30 de diciembre del 2015, en lo que respecta a la lista de espera quirúrgica para la especialidad de Ortopedia y Traumatología, que los plazos de atención en promedio son superiores a los 1.081 días de acuerdo con la información facilitada por la Dirección Médica del centro de salud.

**Gráfico 1. Lista de Espera quirúrgica 2015
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.**



Fuente: Elaboración Propia, Cuadro estadístico 79.

Del gráfico anterior se identificó que la lista de espera quirúrgica para la especialidad de Ortopedia y Traumatología ha mantenido un crecimiento exponencial de enero a diciembre del 2015, de igual forma lo relativo a los días promedio para su atención, sin embargo para el mes de octubre se registró un descenso en el plazo promedio, así como lo relativo a citas, producto de gestiones realizadas por la administración para impactar positivamente en la lista de espera.

La lista de espera se define como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está formada por las personas que han solicitado recibir un servicio y se encuentran en espera, reflejan las deficiencias del modelo de atención actual al no existir planificación y moduladores de la demanda que garantice seleccionar a los pacientes, de una forma efectiva, segura y eficiente sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional⁸.

La Política Institucional para la gestión de listas de espera⁹ 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 Ley General de Control Interno¹⁰, 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.

⁸ La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica. Memoria para optar al grado de doctor presentada por Miguel Ángel Baratas de las Heras, Madrid 2010.

⁹ Aprobada en sesión de Junta Directiva 8485, Artículo 22º del 16 de diciembre de 2010.

¹⁰ Ley General de Control Interno, Artículo 8.



Las Normas de Control Interno para el sector público, establecen que 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.

La existencia de plazos de espera en promedio superiores a los 1081 días, para la atención quirúrgica de usuarios con patologías ortopédicas, eventualmente podría obedecer a debilidades en el desarrollo de mecanismos de planificación, control y supervisión por parte de la Jefatura de Servicio en la cual se garantice un adecuado aprovechamiento del recurso humano, financiero, y equipamiento, así como a limitaciones en la infraestructura y saturación de servicios por parte de usuarios que consultan por patologías de alta energía en el centro de salud, aspectos que dificultan brindar una prestación oportuna a la problemática asistencial, incrementando con ello la cantidad de pacientes en la lista de espera, en los servicios de Urgencias y Hospitalización.

Lo anterior contradice los principios de accesibilidad y oportunidad en los servicios asistenciales a los que la población tiene derecho, esto debido a posibles situaciones de índole administrativo como: gestión de camas, estancias, disponibilidad de insumos, aprovechamiento y maximización del espacio físico y recurso humano, atención de infecciones nosocomiales, entre otros; situaciones que podrían comprometer la imagen, finanzas institucionales y salud del usuario, además de la limitante en relación con la salud del usuario, el cual amerita de una resolución a la patología que se presenta.

4 ESTANCIAS HOSPITALARIAS SUPERIORES A 10 DÍAS EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA

Se determinó para el 2015, que el 30% (811) del total de egresos, corresponde a usuarios Ortopédicos con estancias superiores a los 10 días. Así mismo, como diagnóstico principal se identificaron fracturas de diversa etiología.

**Cuadro 7. Estancias superiores a 10 días en la Sección de Cirugía,
Servicio de Ortopedia, Periodo 2015, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

SERVICIO	NÚMERO DE ESTANCIAS INFERIORES A 10 DÍAS	NÚMERO DE ESTANCIAS SUPERIORES A 10 DÍAS	TOTAL DE EGRESOS
Ortopedia	581	230	811

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

Del cuadro anterior se infiere que cada paciente generó un costo de ₡540.714.00¹¹ (cuatrocientos cincuenta mil colones por día) por día de estancia hospitalaria. Al considerar que 230 pacientes sobrepasaron los 10 días de estancia hospitalaria, ello representó en 11 días de hospitalización un promedio de ₡1,368,006,420.00 (mil trecientos sesenta y ocho millones, seis mil cuatrocientos veinte colones con 00/00), sin embargo se debe indicar que existen casos que por la patología consultada o atendida pueden requerir de una estancia superior a 10 días, sea esto por complicaciones, aplicación de medicamentos (antibióticos - otros), espera de insumos médicos (prótesis – otros) o por la presencia de enfermedades asociadas y complicaciones (Hipertensión, Diabetes, entre otras).

Los Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias, establece en el apartado 4 relacionado con la definición del Grupo Gestor de Camas lo siguiente:

¹¹ Oficio HEBB/DAF/FC/VD-063-02-2016 del 11 de febrero del 2016.





“Analizar de forma periódica las estancias hospitalarias prolongadas, la duración de las estancias hospitalarias en todos los servicios clínicos y quirúrgicos, sobre todo en los casos en que la estancia hospitalaria supera los diez (10) días en los servicios clínicos y quirúrgicos o bien el recomendado a partir del estudio de la producción hospitalaria institucional.”

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

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

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

La Ley General de Control Interno, dispone:

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

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

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

c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.

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

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

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

Las estancias prolongadas en el Servicio de Cirugía y en específico para la especialidad de Ortopedia, afectan la disponibilidad de camas y otros recursos necesarios para la prestación de los servicios a los usuarios quienes ameritan atención; así como el funcionamiento normal y oportuno de las unidades que dan apoyo al área de hospitalización. En tal sentido, la planificación se constituye en una de las causas principales respecto al tiempo prolongado que requieren los usuarios para la recuperación, siendo esto un aspecto medular a considerar, siendo que al interponer acciones que ayuden a subsanar dicho aspecto favorecen la salud del paciente.



5 PROGRAMACIÓN Y PROCESO DE SUPERVISIÓN DE HORAS ASIGNADAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA

Se determinó que las horas contratadas para brindar atención asistencial por parte de los médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, así como el tiempo programado para el desarrollo de actividades asistenciales no guardan relación entre sí según la información suministrada por la administración, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Distribución de funciones semanal de los Médicos Asistentes Especialistas en Ortopedia y Traumatología, según "Plantilla distribución de funciones Recursos Humanos", Cronograma de actividades del Servicio de Cirugía, Rol de Disponibilidad de Sala de Operaciones y Cronograma de Actividades para la Consulta Externa Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño 2015.

Actividad desarrollada	Plantilla de funciones según Recursos Humanos	Cronograma de Actividades asignadas según el Servicio de Cirugía	Disponibilidad Sala de operaciones	Cronograma de actividades Consulta Externa
Visita general	20	---	---	---
Consulta externa	54	58	---	66
Cirugía menor	9	11.5	---	---
Valoración de ref.	3	---	---	---
Interconsultas	0	2	---	---
Cirugía S.O.P	54	58	39	---
Procedimientos Pie Bott/Displasia de cadera	8	10.5	---	---
Hospitalización	4	25	---	---
Urgencias /valoración ref.	2	---	---	---
Valoración Urgencias	0	1	---	---
Pie Bott/Pie plano/Displasia de cadera/Procedimientos.	2	---	---	---
Alimentación	20	10	---	---
Total horas	176	176	39	66

Fuente: Plantilla distribución de funciones Recursos Humanos, Cronograma de actividades del servicio de cirugía, y distribución de sala de operaciones, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Del cuadro anterior, se evidencia que existen diferencias entre las horas programadas para la realización de actividades por parte de los médicos asistentes especialistas en Ortopedia y Traumatología, en relación con lo indicado en la plantilla de distribución de actividades de Recursos Humanos, el rol de actividades aportado por la Sección de Cirugía, el tiempo asignado a consulta externa y lo relativo a actividades a realizar en Sala de operaciones, en cuyo caso se asignan 58 horas semanales (149%) a los médicos para el desarrollo de esta actividad, sin embargo se indican 39 horas para el uso como tiempo máximo de quirófano, en relación con las 8 horas laborales contratadas.

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

"4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones"



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

4.5.1 Supervisión constante

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

Debilidades en los procesos de planificación, supervisión y control de actividades programadas para el desarrollo de labores asistenciales por parte de la jefatura de Servicio, ha propiciado inconsistencias en el registro de las tareas que le fueron inicialmente asignadas a los subalternos, así como la ejecución de las mismas.

Un adecuado desarrollo de las actividades programadas, permite que la planificación, distribución, supervisión y control de las labores asignadas a los profesionales en Ortopedia, se orienten al aprovechamiento de los recursos existentes, con el consiguiente impacto en la prestación del servicio, mejora en la cobertura, uso óptimo de los recursos, e impacto sustancial en las listas de espera.

6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALA DE OPERACIONES

Se evidenciaron debilidades en los mecanismos utilizados, por la Administración para el registro y tratamiento de la información consignada en las Hojas de Anestesia y Recuperación auditadas para el 26 al 30 de octubre y del 9 al 13 de noviembre del 2015, así como en el sistema informático implementado por el Servicio de Anestesia aspectos que se indican a continuación:

- Falta de concordancia entre el registro de tiempos de inicio y fin de cirugía y anestesia.
- No se indica el número de sala, clave anestésica, datos clínicos de interés, número de cama, fecha de nacimiento, edad, sexo, operación practicada.
- Se omite incluir el detalle sobre los símbolos clásicos de la especialidad en la hoja de anestesia.
- Se omite llenar los tiempos totales de anestesia y cirugía.
- Letra ilegible en los diferentes espacios a llenar de la hoja.

En la aplicación de este procedimiento de Auditoría, surgió la limitación en relación con la confiabilidad de la información registrada en las hojas de anestesia analizadas y el sistema de información electrónico de sala de operaciones (Excel), la cual presentó inconsistencias en la hora de inicio de cirugías y fin de las mismas, así como el motivo por el cual se suspende la cirugía, por lo anterior no es posible determinar con seguridad razonable la producción de Sala de Operaciones para este periodo.

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





"(...) conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados.

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

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

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

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

La falta de supervisión y control por parte de los encargados del servicio refleja debilidades importantes en el registro de la información acerca de los procedimientos quirúrgicos y anestésicos realizados a pacientes de ese nosocomio.

La anotación y registro de la información de manera oportuna y veraz, le proporciona a la Institución, a la Administración y al usuario, datos confiables para la toma de decisiones; así como insumos para la definición de indicadores de gestión que permitan el control y supervisión del recurso físico y humano, a fin de garantizar el eficiente y eficaz aprovechamiento de los recursos asignados.

7 SOBRE LA HORA DE INICIO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN SALA DE OPERACIONES

Se determinó para el período del 26 al 30 de octubre y del 9 al 13 de noviembre del 2015, que el inicio de procedimientos quirúrgicos para la especialidad de Ortopedia y Traumatología, fue a las 8 a.m., o posterior considerando para ello el momento en que se registró el procedimiento anestésico. Además se determinó que por lo general el procedimiento quirúrgico en esta especialidad, empezó de 30 minutos a una hora posterior a la inducción anestésica.

Las Normas de control interno para el Sector Público en el capítulo IV: Normas sobre Actividades de Control hacen referencia a:

"...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..."

El incumplimiento de la programación establecida para la utilización y aprovechamiento de los recursos asignados a Sala de Operaciones, son producto de la falta de una planificación, supervisión y control por parte de la autoridad competente, quien a la fecha no ha logrado garantizar la optimización del recurso especializado.



Considerando que las salas de operaciones tienen como actividad sustantiva la realización de procedimientos quirúrgicos en donde se brinde al paciente el beneficio de recuperar su salud; el inicio de cirugías posteriores a la hora programada, representa un incumplimiento en la programación diaria, la cual afecta el uso eficiente de los recursos, y por ende impacta desfavorablemente en la resolución de patologías quirúrgicas a otros usuarios, incrementando la lista de espera, las estancias hospitalarias y la necesidad de insumos.

8 RENDIMIENTOS OBTENIDOS EN SALA DE OPERACIONES PARA LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA

Se determinó un rendimiento general variable por parte del personal médico asistente especialista en Ortopedia y Traumatología, en relación con el uso y aprovechamiento de la Sala de Operaciones, considerando que se registran tiempos quirúrgicos diarios de uso inferiores a lo mínimo establecido institucionalmente, situación que eventualmente podría interferir en el aprovechamiento óptimo, eficiente y eficaz del recurso humano especializado, infraestructura y por ende la atención de usuarios.

Cuadro 9. Tiempo programado, y utilizado según Sala de Operaciones para la realización de procedimientos Ortopédicos, noviembre- Diciembre 2015 y enero 2016 Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño

Sala	Tiempo programado para procedimientos Quirúrgicos								
	Noviembre 2015			Diciembre 2015			Enero 2016		
	Tiempo Disponible	Tiempo Mínimo Esperado Utilización	Tiempo Utilizado por especialidad de Ortopedia	Tiempo Disponible	Tiempo Mínimo Esperado Utilización	Tiempo Utilizado por especialidad de Ortopedia	Tiempo Disponible	Tiempo Mínimo Esperado Utilización	Tiempo Utilizado por especialidad de Ortopedia
N.1	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h
N.2	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0:45 h	0 h	0 h	1:40 h
N.3	124 h	88 h	78:00 h	140 h	99 h	85:45 h	124 h	88 h	66:44 h
N.5	0 h	0 h	2:30 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h
N.6/4h	32 h	22 h	13:15 h	32 h	22 h	7:15 h	32 h	22 h	2:30 h
N.7	0 h	0 h	0:50 h	0 h	0 h	0:55 h	0 h	0 h	0:55 h
Total	156 h	110 h	94:35 h	172 h	131 h	94:40 h	156 h	110 h	71:49 h

Fuente: TUSH, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Noviembre 2015: días en que laboró la sala #3: 12 días a 8 horas (L-M-J), 4 días a 7 horas (viernes) y 8 días 4 horas (martes y viernes).

Diciembre 2015: días en que laboró la sala #3: 14 días a 8 horas (L-M-J), 4 días a 7 horas (viernes) y 8 días 4 horas (martes y viernes).

Enero 2016: días en que laboró la sala #3: 12 días a 8 horas (L-M-J), 4 días a 7 horas (viernes) y 8 días 4 horas (martes y viernes).

En el cuadro anterior se documentó en relación con el tiempo esperado (mínimo) de utilización de sala de operaciones, que los médicos asistentes en Ortopedia y Traumatología, aprovecharon para el mes de noviembre del 2015 un 86% de ese indicador¹², para diciembre del 2015, fue de 72% y para enero del 2016 el 65% (en este mes el Dr. Montero se encontraba de vacaciones).

¹² 5.5 horas tiempo mínimo esperado de utilización Sala de Operaciones.





Cuadro 90. Producción Quirúrgica según Médico especialista en Ortopedia, noviembre- Diciembre 2015 y enero 2016, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño

Nombre	Tiempo Utilizado en procedimientos Quirúrgicos		
	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016
Alpizar Rojas José Enrique	17:50	17:40	12:30
Montero Pizarro German	17:30	20:55	---
Roig Zamora Juan Pablo	33:30	33:45	24:05
Ugalde Cordero Andrés	25:45	22:20	35:14
Total	94:35	94:40	71:49

Fuente: TUSH, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Cuadro 101. Producción Quirúrgica por sala, Noviembre - Diciembre 2015 y Enero 2016, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Sala	Noviembre 2015		Diciembre 2015		Enero 2016	
	Otras especialidades	Ortopedia	Otras especialidades	Ortopedia	Otras especialidades	Ortopedia
N.2	70:50	---	63:00	0:45	58:50	1:40
N.3	24:50	78:00	23:55	85:45	11:10	66:44
N.5	45:35	2:30	60:30	---	56:50	---
N.6	52:45	13:15	46:45	7:15	36:10	2:30
N.7	100:10	0:50	104:00	0:55	83:00	0:55
Total	294:10	94:35	298:10	94:40	246:00	71:49

Fuente: TUSH, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño

En los cuadros anteriores, se observó que las salas 3 y 6, no fueron utilizadas en su totalidad según el tiempo asignado: 8 horas (sala 3) y 4 horas (sala 6), por la especialidad de Ortopedia en los meses de noviembre, diciembre 2015 y enero del 2016, sin embargo otras especialidades aprovecharon el espacio o tiempo asignado para completar el uso mínimo de esta infraestructura.

La Ley General de Control Interno, dispone:

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

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

Débiles sistemas de planificación, control, supervisión y gestión del recurso humano, provoca desviaciones importantes en los indicadores de producción individual del personal, y de la especialidad, además ello impacta en la lista de espera, en las estancias prolongadas de usuarios, y en la saturación de los servicios.

La subutilización de las Salas de Operaciones por parte de los médicos especialistas en Ortopedia, afecta de manera directa el costo de operación, además incide en la prestación del servicio que requiere el paciente quirúrgico quien por su patología o estado de salud requiere de atención diligente.



9 SOBRE EL ESTADO DE LA PLANTA FÍSICA

Del recorrido realizado el 9 y 10 de febrero del 2015 en el Área de Hospitalización (Cirugía) y Servicio de Urgencias del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, se documentó que el Servicio de Cirugía sobrepasa la capacidad instalada en relación con la cantidad de camas disponibles, así mismo el servicio de Urgencias, evidencia espacios de hacinamiento de consideración, como el área de Inhalo terapia, Intravenosos, y área de pasillos, en donde se observaron pacientes en condiciones poco acogedoras y con estancias de más de 7 días, en espera de un cupo en salón o en Sala de Operaciones para que su padecimiento sea resuelto.

De lo anterior como antecedente se dispone del informe elaborado por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, Gerencia de Infraestructura y Tecnología, oficio DAI-0288-2016¹³, donde se hace alusión a que el servicio de Urgencias es un espacio “sofocado” desde el punto de vista funcional y espacial. Y que a pesar de la demanda del servicio este no ha sufrido modificaciones al respecto, situación que va en detrimento de la política de calidad en la atención al usuario.

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

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

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

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

4.5.1 Supervisión constante

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

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

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

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

¹³ DAI-0288-2016, del 2 de febrero del 2016, suscrito por el Ingeniero. Jorge Granados Soto MSc. Director a.i., Gerencia de Infraestructura y Tecnología.





Lo antes descrito refleja debilidades en los procesos de planificación, supervisión y control por parte de las autoridades regionales e institucionales, quienes no han garantizado que las actividades asistenciales se desarrollen de manera óptima.

Las condiciones actuales de infraestructura en el Área de Hospitalización (Cirugía) y Servicio de Urgencias, limita la prestación de los servicios, dado en la actualidad se ve comprometida la comodidad y bioseguridad del usuario externo e interno, con los consecuentes riesgos asociados al proceso de atención, tratamiento y recuperación, así como aquellas complicaciones que puedan presentarse por la permanencia en ambientes como los señalados, o ante una eventual emergencia.

10 SOBRE EL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LAS HOJAS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Se determinó a partir de la revisión de 32 hojas de atención de pacientes del Servicio de Urgencias, del 8 de febrero del 2016, la omisión y registro de la siguiente información.

**Cuadro 11. Revisión de hojas de atención, servicio de Urgencias
Periodo 2015, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.**

Indicadores	Resultados	
	% de Cumplimiento	
	Si	No
Identificación del paciente	100	--
Registro de fecha de ingreso en hoja de atención por sistema	100	--
Hora de emisión de hoja de atención	100	--
Hora de pre consulta	97	3
Hora en que inicia la atención médica	68	32
Letra legible	10	90
Diagnóstico	69	31
Anota tipo de urgencia	71	29
Anota destino de usuario	78	22
Hora en que finaliza la atención	47	53
Firma del médico	91	9
Anota código profesional	38	62

Fuente: Muestra de 32 hojas de atención de urgencias del 8-2-2016, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

En relación con el cuadro anterior, se identificaron omisiones por parte del personal de salud como: no se anota la hora en que se inicia la atención, letra ilegible, falta hora de pre consulta, no indica el tipo de urgencia, falta de diagnóstico, incluso se documentaron hojas de atención en donde la letra del médico firmante no corresponde a la de la persona que realiza la atención (médico interno).

Además, en relación con las hojas de atención de urgencias en las que si se registró la hora de atención, se documentaron tiempos máximos, que oscilan las 2.25 horas.

El Reglamento del expediente de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva de la C.C.S.S en el artículo 12, de la Sesión N° 7364, del 31 de agosto de 1999, y reformado por La Junta Directiva de





la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 33° de la sesión 8701, celebrada el 13 de marzo de 2014 acordó lo siguiente:

“... Artículo 32. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios originales y oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben realizarse con tinta azul o negra, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera. Queda prohibido utilizar correctores, marcadores para resaltar datos, sellos no autorizados por la Gerencia Médica, realizar anotaciones fuera de los márgenes del formulario y tachaduras, siendo lo correcto corregir los errores en las anotaciones mediante nota aclaratoria firmada y fechada, y hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.

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

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

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

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

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

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

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

***3. El estudiante de pregrado y grado no está autorizado para firmar ningún documento oficial de la Caja (recetas, exámenes, procedimientos diagnósticos, solicitudes, referencias o cualquier otro documento de índole legal).**” Subrayado y negrita no corresponde al documento original.*

La Ley General de Salud establece sobre los deberes de las personas que actúan en materias directamente ligadas con la salud de las personas y de las restricciones a que quedan sujetas en el ejercicio de tales actividades establece:



Artículo 40.-

"...Se consideran profesiones en Ciencias de la Salud: la Farmacia, la Medicina, la Microbiología Química Clínica, la Odontología, la Veterinaria y la Enfermería.

Sin perjuicio de las exigencias que leyes especiales y los colegios o asociaciones profesionales hagan a sus afiliados respecto a los requisitos para ejercer esas profesiones o cualesquiera otras u oficios relacionados de manera principal, incidental o auxiliar con la salud de las personas y sobre la forma honorable y acuciosa en que deben ejercerlos, limitándose al área técnica que el título legalmente conferido o la autorización pertinente les asigna, tales profesionales se entienden obligados colaboradores de las autoridades de salud, particularmente en aquellos períodos en que circunstancias de emergencia o de peligro para la salud de la población, requieran de medidas extraordinarias dictadas por esa autoridad."

Artículo 43.-

"...Sólo podrán ejercer las profesiones a que se refiere el artículo 40, las personas que tengan el título o licencia que los habilite para ese ejercicio y que estén debidamente incorporados al correspondiente colegio o inscritos en el Ministerio si éste no se hubiere constituido para su profesión."

Artículo 47.-

"...Se presume de derecho que una persona ejerce ilegalmente las profesiones a que se refiere el artículo 40 cuando sin estar incorporado al respectivo colegio o careciendo de licencia, en su caso, tenga en su poder instrumental, equipo o material requerido para el ejercicio de las profesiones aludidas, salvo que pruebe con las correspondientes patentes o permisos vigentes, que se dedica al comercio legal de tales bienes. Se presume de derecho, asimismo, que una persona ejerce ilegalmente las profesiones citadas cuando careciendo del correspondiente título se anuncie o se haga pasar ostensiblemente como profesional en ciencias de la salud."

Artículo 48.-

"...Los profesionales en Ciencias de la Salud, a que se refiere el artículo 40, sólo podrán delegar, o asociarse para delegar, algunas de sus funciones a personas debidamente capacitadas, lo cual harán en todo caso bajo su responsabilidad, y conforme a los reglamentos de esta ley y el del respectivo colegio".

Débiles mecanismos de control y supervisión por parte de la jefatura del Servicio de Urgencias y faltas al deber de cuidado por parte de los profesionales en salud, reflejan tiempos de atención prolongados, así como inconsistencias en la información registrada en las hojas de atención de urgencias, producto del acto profesional.

Tiempos de atención acordes a la oferta del servicio, y un registro completo de información en el expediente de salud, incide en la toma de decisiones oportunas considerando que esta información es vital para los procesos de atención, y programación de actividades, las cuales son orientadas a proveer una mejor calidad en el accionar del médico, así como la oportuna gestión de los recursos institucionales.

11 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

De la revisión de 32 hojas de atención de urgencias, de pacientes atendidos el 08 de febrero del 2016, se comprobó (100% de los casos) el incumplimiento de la normativa institucional relacionada con la prescripción de medicamentos, según lo indicado en las notas de evolución y tratamiento.



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

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

“Capítulo III.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Los asegurados tienen derecho a:

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

El Reglamento del expediente de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva de la Institución en el artículo 12, de la Sesión Nº 7364, del 31 de agosto de 1999, y reformado en el artículo 33° de la sesión 8701, celebrada el 13 de marzo de 2014 acordó lo siguiente:

“... Artículo 32. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios originales y oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben realizarse con tinta azul o negra, en forma





legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera.

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIÓN

La evaluación de la gestión del Servicio Cirugía (especialidad de Ortopedia) y aspectos de control en el área de Urgencias del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, evidencian datos importantes a considerar, en relación con debilidades que se presentan a nivel control y gestión.

Es imprescindible indicar que una adecuada planificación en la gestión de cualquier servicio es la base para desarrollar en forma correcta los procesos y actividades de la unidad, las cuales deben considerar metas y objetivos claramente definidos, mismos que podrán determinar mediante métricas y variables su cumplimiento. Si bien es cierto, el Servicio de Cirugía registra información correspondiente al boletín estadístico en general, esta podría no ser suficiente, debido a que el detalle de ello mediante una práctica de análisis y evaluación de la información podrá determinar indicadores los cuales documentarían el comportamiento en la atención de los pacientes.

El análisis de indicadores, es de gran importancia considerando la cantidad de casos atendidos sean estos en el servicio de Cirugía (especialidad de Ortopedia), como Urgencias en donde las acciones que puedan desarrollarse





podrían evitar la saturación de estas áreas y por consiguiente se podría generar un impacto positivo en la oportunidad de la atención y la resolución de los casos.

El uso correcto a su vez de los sistemas de información puede generar valor agregado en materia de control y toma de decisiones, mediante el análisis de ciertos indicadores que se generen.

Finalmente, sobre la gestión de la Jefatura de Servicio, esta debe ejercer una práctica de rendición de cuentas, donde obligatoriamente de manera periódica analice los índices de productividad de las especialidades, así el establecimiento de un sistema proactivo en donde se valore si las decisiones que se adoptan se encuentran, fundamentadas en hechos probados y documentados, de tal forma que todo lo indicado anteriormente se base no solo en los aspectos positivos, si no en aquellas necesidades que se deben atender, además de gestionar la disposición de recursos dentro del ámbito local, regional y central, que contribuyan a la satisfacción del paciente, el cumplimiento de los objetivos, resguardo e interés institucional

RECOMENDACIONES

A LA GERENCIA MÉDICA

1. Considerando los hallazgos 1,2,3,7 y 8, del presente informe, relacionados con la problemática del uso de Sala de Operaciones, indicadores de gestión, rendimientos por profesional, y lo concerniente a la lista de espera quirúrgica para la especialidad de Ortopedia y Traumatología, en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, la cual a diciembre del 2015, representó 833 pacientes a un plazo promedio de 1081 días, y siendo que las gestiones realizadas a nivel local para disminuir dicha situación han sido infructuosas, es imprescindible que dicha Gerencia en conjunto con la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega y la Dirección Médica de ese centro hospitalario procedan a:
 - Realizar un análisis de las causas por las cuales los índices de producción quirúrgica en la especialidad de Ortopedia y Traumatología, no superan el 70% del tiempo programado total para la utilización de salas de operaciones. Así como el motivo por el cual se presentan estancias prolongadas y suspensión de cirugías en esta especialidad.
 - Considerando lo anterior es imprescindible realizar un estudio relacionado con la producción y rendimiento para cada especialista en Ortopedia y traumatología, (en tiempo ordinario y extraordinario) para ello considerar las actividades que se desarrollan en sala de operaciones, hospitalización, consulta externa y emergencias.
 - Establecer los indicadores de gestión de acuerdo a cada especialidad, y ajustar el número de camas conforme a lo autorizado a nivel institucional.

Una vez realizado lo anterior esa Gerencia deberá desarrollar un **plan de acción** que considere acciones y actividades que definan los mecanismos pertinentes, para que a la mayor brevedad los aspectos antes enunciados evidencien una mejora sustancial.

En relación con la lista de espera se puede considerar: Jornadas de producción quirúrgica, con personal de la misma unidad o de otras unidades, la implementación de un segundo turno, Guardias Médicas; o en su defecto la compra de servicios a terceros, para lo cual se deberá de valorar de conformidad con la normativa vigente y el marco de legalidad de los tiempos máximos para la implementación de estas medidas y su duración, así como los requisitos



que para ello se contemplen como: criterios técnicos- médicos, costos y priorización de patologías. Lo anterior con el propósito de favorecer la salud del usuario.

Plazo de Cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento. Para la emisión del plan de acción y 9 meses para la implementación de las acciones que ayuden a disminuir la lista de espera en la especialidad de Ortopedia y Traumatología.

2. Considerando el hallazgo 9, sobre la problemática en relación con el hacinamiento que viven los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias, la saturación del área de Hospitalización (Cirugía), y el diagnóstico emitido por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en el oficio DAI-0288-2016; valore en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, la elaboración de los estudios de pre inversión que correspondan con la finalidad de definir el tipo de proyecto e inversión a implementar en dichas áreas de forma integral. Posterior a ello corresponderá al ente técnico pertinente gestionar las acciones que considere necesarias para la inclusión de dicho proyecto en el Portafolio de Inversión Institucional.

Plazo de Cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento. Para dar por atendida dicha recomendación se requerirá al menos del resultado final relacionado con la fase de pre inversión.

A LA DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO

3. Considerando el hallazgo 4 y 5, Instruya al Equipo Gestor de Camas, la realización de un estudio situacional que determine las causas por las cuales se registran estancias hospitalarias prolongadas en el Servicio de Cirugía en especial para la especialidad de Ortopedia para el período de enero a mayo del 2016. Asimismo, desarrolle y/o ejecute las acciones necesarias para mejorar dicho indicador, de acuerdo con la normativa aplicable, de no mejorar dicho indicador en el plazo recomendado, proceda a informar a la Dirección Regional y Gerencia Médica con la finalidad de que se valoren las acciones que en derecho corresponden en virtud de la prestación del servicio de los asegurados.

Plazo de cumplimiento: 6 meses para realizar el estudio situacional y establecimiento del plan de acción solicitado).

4. Instruya a la Jefatura de Sección de Cirugía, Consulta Externa y Recursos Humanos, a unificar la información relacionada con las actividades a realizar por los profesionales en Ortopedia y Traumatología, con la finalidad de optimizar el uso del recurso humano y programar las actividades de acuerdo a las necesidades de los usuarios, y la lista de espera. Lo anterior considerando el hallazgo 6.

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

5. Instruya a la Jefatura de Sala de Operaciones para que garantice mediante revisiones aleatorias que las Hojas de Anestesia y Recuperación se llenan de acuerdo a la normativa y de forma completa, además solicite a la encargada de ingresar los datos en el sistema digital, que informe de manera trimestral a esa jefatura con copia a la Dirección Médica de las debilidades encontradas, con la finalidad de que lo registrado en el sistema de información digital sea lo que realmente se registra en las Hojas de Anestesia y Recuperación. Lo anterior considerando el hallazgo 6.



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

6. Considerando lo descrito en el hallazgo 10 y 11 instruya a las Jefaturas de Sección de Cirugía, Urgencias, y Enfermería, sobre la obligatoriedad de cumplir con lo dispuesto en relación a la prescripción de medicamentos, las funciones de los internos universitarios, el registro de signos vitales, hora de atención y lo que reza el Reglamento General de Expediente de Salud, artículo 32:

Corresponderá a las Jefaturas de Sección el seguimiento y verificación del cumplimiento sobre lo instruido, de conformidad con las labores de supervisión que corresponden a esa instancia, así como la implementación de las medidas sancionatorias que correspondan en virtud del no acatamiento a lo normado institucionalmente.

Plazo de cumplimiento: 1 mes posterior al recibo del presente documento.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el Artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe fueron comentados el 8 de junio 2016 con la Dra. Seidy Herrera Rodríguez, Directora General del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y el 9 de junio 2016, con la Licda. Mayteh Rojas Hernández, Asesora de la Gerencia Médica.

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

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dra. Rebeca Guillén Hidalgo
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Dr. Luis Diego Fernández Mena
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD