

**INFORME Nro. DFOE-SOC-IF-12-2017
07 de noviembre, 2017**

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA

ÁREA DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

**INFORME DE AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA
Y EFICACIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
DEL II NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITALES
REGIONALES Y PERIFERICOS**

2017

CONTENIDO

Página Nro.

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
ORIGEN DE LA AUDITORÍA	1
OBJETIVO	2
NATURALEZA Y ALCANCE	2
METODOLOGÍA APLICADA	2
METODOLOGÍA ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS	3
GENERALIDADES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	4
COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS.....	7
2. RESULTADOS.....	8
GESTIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	8
OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA EFICIENCIA DE OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL II NIVEL DE ATENCIÓN.....	8
ESTANCIAS PROLONGADAS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL II NIVEL DE ATENCIÓN.	11
MONITOREO Y PROYECCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.....	14
NECESIDAD DE IMPLEMENTAR Y FORTALECER LAS MODALIDADES ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.....	14
AUSENCIA DE ESTÁNDARES EN LA GESTIÓN DE LAS CAMAS DE AISLAMIENTO.	17
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN DESTINADA A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (PAM).	19
3. CONCLUSIONES.....	23

4. DISPOSICIONES 24

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU
CALIDAD DE GERENTE MÉDICA DE LA CCSS, O
A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO 25

ANEXOS 27

CUADRO N° 1: CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DEL
II NIVEL DE ATENCIÓN POR TIPO DE HOSPITAL, A FEBRERO
2017.....4

CUADRO N° 2: SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, EGRESOS
HOSPITALARIOS, POR NIVEL DE ATENCIÓN, CANTIDAD,
PORCENTAJES Y AÑOS.....5

CUADRO N° 3: SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN,
POR TIPO DE HOSPITAL Y GASTO PRESUPUESTARIO,
A DICIEMBRE 2016.....6

CUADRO N° 4: SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, DISTRIBUCIÓN
DE ESTANCIAS EN LOS HOSPITALES DE ATENCIÓN, POR
DURACIÓN EN DÍAS Y PORCENTAJES, A DICIEMBRE
2016.....13

CUADRO N° 5: RESPUESTA DE LOS HOSPITALES SOBRE
CLASIFICACIÓN DE LAS CAMAS DE LOS CUARTOS DE
AISLAMIENTO.....16

GRAFICO N° 1 PRINCIPALES NECESIDADES DE ESPECIALISTAS,
PARA EL II NIVEL DE ATENCIÓN, POR CANTIDAD DE MÉDICOS,
PROYECCIÓN 2006-2017.....9

GRAFICO N° 2 DIAGNÓSTICOS EN HOSPITALES DEL II NIVEL DE
ATENCIÓN, POR DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN DÍAS, A DICIEMBRE
2016.....11

GRAFICO N° 3 EGRESOS HOSPITALARIOS DE LA PAM
EN HOSPITALES DEL II NIVEL DE ATENCIÓN, POR
PORCENTAJE DE VARIACIÓN Y AÑO, A DICIEMBRE 2016.....18

INFORME Nro. DFOE-SOC-IF-12-2017

RESUMEN EJECUTIVO

¿Qué examinamos?

Se analizó la eficacia y eficiencia de los Servicios de Hospitalización de los 20 Hospitales del II Nivel de Atención, que se categorizan en Regionales, Periféricos 3, Periféricos 2 y Periféricos 1. Dicho análisis se efectuó de conformidad con la normativa existente, las buenas prácticas aplicables, emitidas por organismos internacionales y la metodología del Análisis Envolvente de Datos (DEA).

En ese sentido, se revisaron los principales procesos de los Servicios de Hospitalización, considerando aspectos como la eficiencia en el uso de los recursos, la presencia de estándares de atención médica, la implementación de modalidades alternativas a la hospitalización y el fortalecimiento de la atención a la población adulta mayor (PAM), según el efecto de cada aspecto en la atención brindada por los Servicios de Hospitalización. Además se incluyeron elementos relacionados con la estancia prolongada, así como la atención de las necesidades en recurso humano.

¿Por qué es importante?

Los hospitales del II Nivel de Atención, representan el 60% de los egresos del sistema hospitalario público del país, por lo tanto los Servicios de Hospitalización de esos centros médicos requieren contar con una oferta óptima de servicios, así como con las capacidades apropiadas para hacer frente a la demanda que se presente.

Siendo ese servicio crítico y sensible para la población, resulta de interés para la CCSS y esta Contraloría General determinar los elementos que mejoren su gestión en cumplimiento de los atributos de eficacia y eficiencia. Lo anterior con el fin de establecer la mejor asignación de los recursos, el cumplimiento de la legislación, la optimización de su funcionamiento y la mejora de la calidad del servicio que se brinda al usuario.

¿Qué encontramos?

Una vez concluida la presente auditoría, esta Contraloría General determinó que cuatro (4) de los veinte (20) hospitales, que conforman el II nivel de atención en la CCSS, requieren mejorar la eficiencia con que utilizan los recursos en el Servicio de Hospitalización, de conformidad con la metodología de Análisis Envolvente de Datos (DEA). Estos son el Hospital Dr. Tony Facio Castro, el Hospital San Francisco de Asís, el Hospital Manuel Mora Valverde y el Hospital Tomás Casas Casajús.

Entre las principales problemáticas que presentan los citados cuatro (4) hospitales están, la falta de coordinación previa para realizar exámenes de diagnóstico, deficiencias en infraestructura y la necesidad de especialistas médicos. A mayor abundamiento, sobre la

necesidad de médicos especialistas, se determinó que la proyección que existe a lo interno de la CCSS no se ha cumplido, por lo tanto los hospitales del segundo nivel presentan faltantes de más de 50 profesionales, en especialidades tales como, anestesiología, medicina interna y gineco-obstetricia.

Asimismo, se determinó para el II nivel de atención, una ausencia de protocolos de atención, para atender las patologías que presentan estancias prolongadas (permanencias de pacientes por más de 10 días en internamiento). En algunos casos solo existe un lineamiento general de la institución (CCSS) pero, de acuerdo con las regulaciones internas, los protocolos de atención de las patologías con estancias prolongadas deben ser confeccionados por el nivel local.

En ese mismo sentido, se determinó que a pesar de existir un lineamiento para realizar análisis de las estancias prolongadas, en cinco (5) de los hospitales del II nivel, no se está ejecutando esa acción. Temática de relevancia a nivel hospitalario, por los efectos negativos asociados que se presentan, tales como, incremento de costos para el hospital, una mayor posibilidad de presentar eventos adversos como una infección intrahospitalaria o complicar su padecimiento con otras enfermedades y congestión de las camas.

Por otra parte, esta Contraloría General determinó que, la CCSS requiere fortalecer e implementar modalidades alternativas a la hospitalización convencional (MAHC), modalidades que permitirían mejorar la eficiencia en la distribución de los recursos, por la reducción de costos que lleva implícita, y por ende, coadyuvaría a que los hospitales del II nivel, logren hacerle frente de una mejor forma al incremento de la demanda de los servicios. Actualmente de los 20 hospitales del II Nivel de Atención solo 6 utilizan la modalidad "Hospital de Día", mientras que la "Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)" disminuyó en 9 hospitales entre los años 2015 y 2016.

En ese mismo sentido, se determinó que hay una ausencia de estándares en el manejo de los cuartos y las camas de aislamiento, situación que evidencia una falta de normas y lineamientos que permitan unificar el uso de los recursos de la mejor manera, con el fin de que dichos recintos obedezcan a una demanda de los mismos y se logre una gestión eficaz y eficiente de los espacios con los que dispone el Servicio de Hospitalización.

Además se encontró que los hospitales del II Nivel de Atención carecen de los medios básicos para atender la población adulta mayor (PAM), a pesar de que este grupo de pacientes según las proyecciones nacionales e internacionales es cada vez mayor. Según lo manifestado por los Directores de Hospitales, hay carencia de especialistas en geriatría y gerontología, los cuales son fundamentales para dar una adecuada atención conforme lo requieren los adultos mayores.

En conclusión, es criterio de esta Contraloría General que los Hospitales del II Nivel de Atención, requieren mejorar su eficacia y eficiencia en aspectos tales como, la coordinación a lo interno del hospital, la estandarización de procedimientos para la atención de estancias prolongadas, así como la dotación de especialistas para lograr una efectiva gestión. Aspectos que de ser mejorados impactarán positivamente en la distribución de los recursos tanto físicos como humanos y en la oportuna atención de las necesidades de los pacientes.

¿Qué sigue?

Dadas las debilidades encontradas con el desarrollo de la presente auditoría, esta Contraloría General, emitió una serie de disposiciones a la Gerencia Médica de la CCSS, dentro de las cuales caben destacar: efectuar un diagnóstico que incluya acciones correctivas específicas por implementar en los Hospitales de Dr. Tony Facio Castro, el Hospital San Francisco de Asís, el Hospital Manuel Mora Valverde y el Hospital Tomás Casas Casajús, emitir e implementar lineamientos institucionales que permitan establecer estándares en el manejo de las estancias prolongadas y las camas de aislamiento; fortalecer la atención de la población adulta mayor; implementar modalidades alternativas a la hospitalización convencional de acuerdo a los nuevos requerimientos del entorno y la necesidad de los pacientes.

INFORME NRO. DFOE-SOC-IF-12-2017

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA

ÁREA DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

INFORME DE AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA Y EFICACIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL II NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITALES REGIONALES Y PERIFERICOS

1. INTRODUCCIÓN

ORIGEN DE LA AUDITORÍA

- 1.1. El Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, N° 19276-S, establece que el objetivo del II Nivel de Atención es apoyar al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad.
- 1.2. En cumplimiento de ese objetivo, los hospitales del II Nivel de Atención, según el Reglamento General de Hospitales Nacionales, N° 1743-SPPS, tendrán diversos servicios. Entre estos servicios se encuentra la hospitalización o internamiento, el cual se encuentra definido en el artículo 54 de ese cuerpo normativo como una actividad reservada exclusivamente para perfeccionar un diagnóstico que no haya podido realizarse en consulta externa o para efectuar un tratamiento que obligue al enfermo a internarse.
- 1.3. Dado que en los hospitales del II Nivel de Atención es donde se presenta la mayor cantidad de egresos hospitalarios¹ (60%), así como la sensibilidad de ese servicio para los usuarios; resulta fundamental para la Ciudadanía Costarricense, para la

¹ Es el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital, según el documento "Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones en los servicios de salud".

CCSS y para esta Contraloría General que dichos hospitales, cumplan con las características de un desempeño eficaz y eficiente en los Servicios de Hospitalización, de manera que se logre brindar atención optima a la población de las diferentes zonas geográficas del país.

OBJETIVO

- 1.4. Determinar la eficiencia y la eficacia en la gestión del Servicio de Hospitalización del II Nivel de Atención, específicamente en los hospitales regionales y periféricos.

NATURALEZA Y ALCANCE

- 1.5. Este estudio constituyó una auditoría operativa, y analizó la gestión de los servicios de hospitalización en el II Nivel de Atención en el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del año 2016, extendiéndose en los casos en que se consideró necesario.
- 1.6. En el estudio se analizaron las principales actividades y procesos del Servicio de Hospitalización del II Nivel de Atención de la CCSS, es decir un total de veinte (20) hospitales, distribuidos en siete (7) Regionales, cinco (5) Periféricos 3, tres (3) Periféricos 2 y cinco (5) Periféricos 1; en el párrafo 1.18 se especificará el detalle de los nombres de cada uno de los hospitales que formaron parte de la revisión.
- 1.7. El análisis incluye el uso de indicadores vinculados con el Servicio de Hospitalización para determinar eficacia y eficiencia, así como aspectos relacionados con el cumplimiento de normativa interna y buenas prácticas. Asimismo dado que los indicadores en forma independiente no muestran la condición de un hospital como tal, se realizó por parte de esta Contraloría General una revisión en conjunto, de manera que la integración de los diferentes resultados pueda brindar un panorama más claro sobre la gestión del servicio en revisión.

METODOLOGÍA APLICADA

- 1.8. Para la realización de esta auditoría se utilizaron las técnicas estipuladas en el Manual General de Fiscalización Integral (MAGEFI) de la Contraloría General de la República. Asimismo, se observó, en lo atinente, el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y demás normativa aplicable.
- 1.9. De la misma forma, sobre el funcionamiento del Servicio de Hospitalización, se consultaron directrices y lineamientos emitidos por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo anterior con el fin de identificar lineamientos básicos de carácter general y mejores prácticas.

1.10. Los resultados aquí expuestos, consideran los criterios externados en el transcurso de la auditoría, tanto por el nivel local representado por las Direcciones Generales del hospital y personal médico de los Servicios de Hospitalización del II Nivel de Atención y Direcciones Regionales. Asimismo, en lo pertinente y para validación de los criterios de evaluación se consideró lo expuesto por la Gerencia Médica y sus direcciones, así como la Gerencia Administrativa y sus direcciones, como representantes del nivel central.

METODOLOGÍA ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS

1.11. Por otra parte se utilizó la metodología del Análisis Envoltente de Datos (DEA)², cuyo objetivo es determinar eficiencia relativa en un conjunto de unidades por medio del análisis de variables. Dicha metodología genera una frontera de eficiencia, de manera que del conjunto de unidades es posible observar quienes requieren implementar acciones para lograr un mejor desempeño.

1.12. Para la aplicación de esta metodología, se realizó una revisión amplia y detallada, considerando los textos de Farrel (1957), Charnes, Cooper y Rhodes (1978), Martín y López (2007), Coll y Blasco (2006), Masiye (2007), lo anterior con el fin de conocer la aplicación de diversas técnicas y aplicar la más ajustada a los objetivos del estudio.

1.13. Para la presente auditoría, el conjunto de unidades serán los Hospitales Regionales y Periféricos del II Nivel de Atención, mientras que las variables seleccionadas son: el gasto de hospitalización, la cantidad de camas, el porcentaje de ocupación, los egresos, el índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR) y índice de estancia ajustada por riesgo (IEAR)³. Para la selección de esas variables se realizó un análisis detallado de los datos más sensibles para los Servicios de Hospitalización, considerando además la experiencia de numerosos estudios que han aplicado la metodología DEA en el ámbito internacional para la evaluación de servicios de salud, así como la literatura atinente que permite la correcta interpretación de los resultados.

² Análisis Envoltente de Datos, por sus siglas en inglés "Data Envelopment Analysis (DEA)"

³ Para el cálculo de IMAR y de IEAR, se utilizaron modelos econométricos, por lo tanto no fue necesario utilizar los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR), dado que la CCSS no cuenta con la licencia para el uso de dicho software.

- 1.14. La metodología concluye en términos de eficiencia técnica⁴, es decir la mejor relación insumo-producto de las unidades en estudio, lo anterior con el fin de establecer las potenciales mejoras de las unidades que no lograron alcanzar la frontera de eficiencia, y con ello poder utilizar el “bechmarking”⁵.
- 1.15. En ese mismo sentido, para aplicar la metodología DEA, se utilizó el software Frontier Analyst, el cual es una herramienta para medir eficiencia con base en un conjunto de variables. Las bases de datos sobre egresos hospitalarios tanto para el 2015 como para el 2016 fueron suministradas por el Área de Estadística en Salud de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, que a su vez pertenece a la Gerencia Médica.

GENERALIDADES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- 1.16. El II Nivel de Atención, está integrado por las Áreas de Salud, Hospitales Regionales y Hospitales Periféricos, los cuales según el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, artículos 22 y 23, tienen como fin apoyar los niveles de menor complejidad de la región de acuerdo a las patologías y morbilidad de la zona geográfica asignada, brindan atención según la capacidad, equipo médico-quirúrgico y recursos humanos, refiriendo a niveles superiores en los casos que lo amerite.
- 1.17. Los Hospitales Regionales son los establecimientos de mayor capacidad resolutive en el II Nivel de Atención, le siguen en ese orden, los Hospitales Periférico 3, luego los Periférico 2 y por último los Periférico 1, estos últimos son los hospitales de menor capacidad resolutive, por lo tanto según lo señalado en el Reglamento de cita, atienden conforme lo permita la capacidad instalada de recursos humanos, físicos y técnicos.
- 1.18. En la presente auditoría se revisó la totalidad de los hospitales del II Nivel de Atención, estos suman 20 centros médicos, como se indicó líneas atrás, clasificados en las diferentes zonas geográficas del país, según lo muestra el cuadro 1.

⁴ Capacidad que tiene una unidad para obtener el máximo producto a partir de un conjunto dado de insumos, según Coll y Blasco (2006, pág. 4-6).

⁵ Definir las unidades con mejores prácticas para que estas sean replicadas en las unidades que requieren mejorar su desempeño.

Cuadro 1
Caja Costarricense del Seguro Social

**Clasificación de Hospitales del II Nivel de Atención,
por tipo de hospital, a febrero 2017**

Clasificación	Hospital
Regional	Tony Facio, Monseñor Sanabria, San Carlos, San Rafael, Max Peralta, Enrique Baltodano y Escalante Pradilla.
Periférico 3	Carlos Luis Valverde, San Vicente de Paúl, William Allen, La Anexión y Guápiles.
Periférico 2	San Francisco de Asís, Ciudad Neilly, San Vito
Periférico 1	Max Terán, Los Chiles, Upala, Manuel Mora y Tomás Casas.

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la Dirección Compra de Servicios de Salud, Gerencia Médica.

- 1.19. Uno de los principales servicios que brindan los hospitales del II Nivel es la hospitalización, este servicio depende jerárquicamente de la Dirección General del hospital. Los hospitales se encuentran subordinados a la Dirección Regional⁶, está a su vez depende de la Dirección Red de Servicios de Salud, la cual pertenece a la Gerencia Médica.
- 1.20. De acuerdo con el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, los hospitales Regionales y Periféricos tendrán especialidades de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. A pesar de que el citado cuerpo normativo hace una distinción para los hospitales Periférico 1, en cuanto a la especialidad de cirugía, lo cierto es que todos los hospitales brindan ésta especialidad según su capacidad.
- 1.21. Con el fin de dimensionar la demanda de los Servicios de Hospitalización se muestra el cuadro 2, con el porcentaje comparativo entre los egresos del II y III Nivel de Atención para los periodos 2015-2016.

⁶ Las Direcciones Regionales de Servicios de Salud son 7 en total: Central Norte, Huetar Atlántica, Huetar Norte, Central Sur, Chorotega, Brunca y Pacífico Central.

Cuadro 2
Caja Costarricense del Seguro Social

Servicios de Hospitalización, egresos hospitalarios, por nivel de atención, cantidad, porcentajes y años

Nivel de Atención	2015	%	2016	%
II Nivel – Hospitales Regionales y Periféricos	209.203	60	209.961	59
III Nivel – Hospitales Nacionales, Especializados, otros.	139.614	40	144.614	41
Total	348.817	100	354.575	100

Fuente: Elaboración propia según información extraída de las base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística de Salud.

1.22. Siendo la hospitalización de las principales actividades que realiza la CCSS, del total del gasto que corresponde a esa actividad, los hospitales del II Nivel de Atención representan el 45%. En detalle el gasto de hospitalización para hospitales regionales y periféricos se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3
Caja Costarricense del Seguro Social

Servicio de Hospitalización, por tipo de hospital y gasto presupuestario, diciembre 2016
-millones de colones-

Tipo de Hospital	Gasto Presupuestario
Regional	¢236.592,32
Periféricos	¢177.750,40
Total	¢414.342,72

Fuente: Elaboración propia según información extraída del Anuario de Costos 2016.

1.23. Según lo señalado por la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios, el detalle anterior considera entre otros el recurso humano, los insumos que se utilizan en los procesos, la utilización de infraestructura, equipo y mobiliario, los cuales se clasifican como costos directos; a esto se le suman los costos indirectos como los servicios de Farmacia, Rayos X, Laboratorio y Limpieza.

COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS

- 1.24. La comunicación preliminar de los resultados, conclusiones y disposiciones producto de la auditoría a que alude el presente informe, se efectuó el 9 de octubre de 2017 en el Piso 9 del Edificio Laureano Echandi de la Caja Costarricense de Seguro Social, Oficinas Centrales, con presencia de los siguientes funcionarios: María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica; Dr. Eduardo Cambronero Hernández, Director de la Dirección de Red de Servicios de Salud; Dr. Rodolfo E. Martínez Jiménez, Jefe del Área de Gestión de Red; Lic. José Mario Marín Rivera, Asesor Presidencia Ejecutiva. La convocatoria a esta actividad se realizó de manera formal por medio del oficio número DFOE-SOC-0950-2017 (10987) del 21 de setiembre del año en curso, dirigido al Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo.
- 1.25. El borrador del presente informe se entregó en versión digital, a al Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo de la CCSS, mediante oficio número DFOE-SOC-1019-2017 (11919) del 11 de octubre de 2017, con el propósito de que en un plazo no mayor de cinco días hábiles, se formularan y remitieran a la Gerencia del Área de Fiscalización de Servicios Sociales, las observaciones que se consideraran pertinentes sobre su contenido.
- 1.26. Con oficio GM-S-30656-2017, del 18 de octubre, la Gerencia Médica con anuencia de la Presidencia Ejecutiva, solicitó ampliación de plazo para presentar observaciones al borrador de informe el 24 de octubre de los presentes. En respuesta a lo anterior, con oficio DFOE-SOC-1058 (12317), se concede lo solicitado.
- 1.27. Mediante el oficio número GM-S-30979-2017 (NI 27177) del 24 de octubre de 2017, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente de la Gerencia Médica de la CCSS, se presentaron las observaciones al borrador del Informe, las cuales se analizaron en el Anexo N. °1 a este documento, incorporándose los ajustes correspondientes.

2. RESULTADOS

GESTIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Oportunidades de mejora en la eficiencia de operación de los Servicios de Hospitalización del II Nivel de Atención.

- 2.1. Según lo señalado en el Reglamento del Seguro de Salud, eficiencia se considerará como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz.
- 2.2. Considerando el concepto anterior, se utilizó la metodología DEA, según la explicación realizada en los párrafos 1.11 a 1.15 anteriores, con el fin de determinar la eficiencia técnica en los servicios de hospitalización del II Nivel de Atención de la CCSS. Las variables seleccionadas para la aplicación de la metodología son: cantidad de camas, gasto de hospitalización, egresos, índice de ocupación, índice de estancia ajustada por riesgo (IEAR) y el índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR). Estas variables son determinantes para conocer acerca del desempeño de los servicios de hospitalización, ya que constituyen datos sobre la operatividad de su gestión.
- 2.3. El software utilizado para aplicar el DEA dio como resultado que de los 20 hospitales que conforman el II Nivel de Atención de la CCSS, 14 de ellos obtuvieron una calificación de 100%, mientras que 2 obtuvieron menos del 100% pero más de 90%. Según los resultados del software, menos del 90%, se consideran unidades que no alcanzan la frontera de eficiencia y que requieren mejorar su desempeño, en este caso se ubican 4 hospitales, estos son: Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón, Hospital San Francisco de Asís de Grecia, Hospital Manuel Mora Valverde de Golfito y Hospital Tomás Casas Casajús de Osa.
- 2.4. La calificación de los 4 hospitales señalados anteriormente, no fue inferior al 80%, sin embargo con el fin de establecer las potenciales mejoras en estos centros y lograr equidad en la atención que reciben los usuarios, se hará un análisis de algunas causas que generan el resultado señalado. Para ello se consultó a los hospitales sobre la problemática que se presenta en sus Servicios de Hospitalización y se complementó con visitas de campo, así como otros medios pertinentes.

- 2.5. Como una de las causas generales, más no la única, se determinó que los 4 hospitales tienen un porcentaje de ocupación⁷, inferior al 78% tanto para el 2015 como para el 2016; este porcentaje corresponde al resultado obtenido para el hospital como Unidad, sin embargo por servicio (medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia) las cifras pueden mostrar variación. Al respecto, según los parámetros internos de la CCSS⁸, los hospitales deben mantener porcentajes de ocupación entre un 85% y 90%, con el fin de lograr el uso eficiente del recurso cama.
- 2.6. En ese mismo sentido sobre el panorama individual, la Administración del Hospital Dr. Tony Facio Castro, manifestó que requiere fortalecer la planificación del ingreso de los pacientes desde la consulta externa, por lo tanto muchos pacientes ingresan para hacerse estudios los cuales se pueden realizar o iniciar de forma ambulatoria. Además señaló que, hasta el año 2016 recibió lineamientos específicos de hospitalización por parte de la Dirección Regional.
- 2.7. En el Hospital San Francisco de Asís, la problemática se concentra en la dependencia que tienen de otros hospitales para realizar exámenes, lo que genera retrasos en el proceso de atención de los pacientes y por lo tanto estancias prolongadas. Por ejemplo el hospital no cuenta con un Tomógrafo Axial Computarizado (TAC), por tal razón se depende de los espacios que el Hospital San Rafael de Alajuela o el Hospital México puedan asignar, situación similar sucede con las intervenciones cardiovasculares.
- 2.8. El Hospital Manuel Mora Valverde, señaló principalmente problemas de infraestructura lo que les impide cumplir con las normas de habilitación del Ministerio de Salud, ya que el hospital tiene más de 70 años de construido.
- 2.9. Finalmente en el caso del Hospital Tomás Casas Casajús, la carencia de especialistas (Urólogo y Geriatra), es la principal problemática que se presenta, ya que contar con los especialistas permitiría una mejor resolución local de los diagnósticos y evitar el desplazamiento de los habitantes a otros hospitales alejados.
- 2.10. La problemática de estos hospitales en términos generales se debe a una necesidad de fortalecer los medios de coordinación entre los diferentes servicios del hospital, de manera que la hospitalización no se convierta en una sala de espera para la realización de exámenes de diagnóstico, pues el Servicio de Hospitalización debe estar dedicado a la atención de pacientes con padecimientos agudos graves o próximos a realizarse un procedimiento específico.

⁷ Es la relación de las camas realmente ocupadas respecto a su capacidad máxima de ocupación. Concepto tomado de la ficha técnica 5-08-A, Dirección Compra de Servicios de Salud.

⁸ Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias, 2013, emitido por la Gerencia Médica.

- 2.11. Por otra parte, los hospitales que presentan las deficiencias de infraestructura y especialistas, es decir el Manuel Mora Valverde y el Tomás Casas Casajús, presentan un crecimiento de la demanda de algunos servicios como el de Medicina, superior a lo que ha crecido la capacidad del hospital, lo que a su vez puede aunarse a su ubicación en la Zona Sur, pues aunque la CCSS, ha realizado esfuerzos por mejorar la situación que se presenta en esos hospitales, lo cierto es que se requiere un fortalecimiento integral de la región.
- 2.12. Aunado a las causas señaladas, se suman que en el II Nivel de Atención existe una carencia de especialistas. De conformidad con la revisión del documento “Necesidades de Especialistas Médicos para la CCSS Proyección: 2006-2017”⁹, el grafico 1, muestra las principales especialidades que requieren los hospitales:



Fuente: Elaboración propia según información extraída del documento “Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017”

- 2.13. En complemento a lo señalado, los comentarios de los Directores Generales de los Hospitales del II Nivel, identifican además la necesidad de fortalecer las especialidades ortopedia y radiología. La proyección de especialistas fue elaborada por la CCSS en el 2006 y actualizada en 2016 (10 años después), sin embargo de la revisión realizada se determinó que dicha proyección para 2017 no se encontraba cumplida, presentando un faltante de 7 médicos en promedio para las especialidades de Cirugía General, Radiología, Anestesiología, Cardiología y Ortopedia y 24 médicos en promedio para las especialidades de Gineco-obstetricia y Medicina Interna. Las especialidades citadas se consideran las más relevantes

⁹ La condición descrita en cuanto a las especialidades que requieren fortalecerse se mantiene al 17 de junio del 2016, según oficio PE-1842-2016/GM-AJD-13746-2016, suscrito por la Presidencia Ejecutiva en conjunto por la Gerencia Médica.

según los cálculos realizados, pero no excluye que existan otras especialidades que requieran fortalecerse.

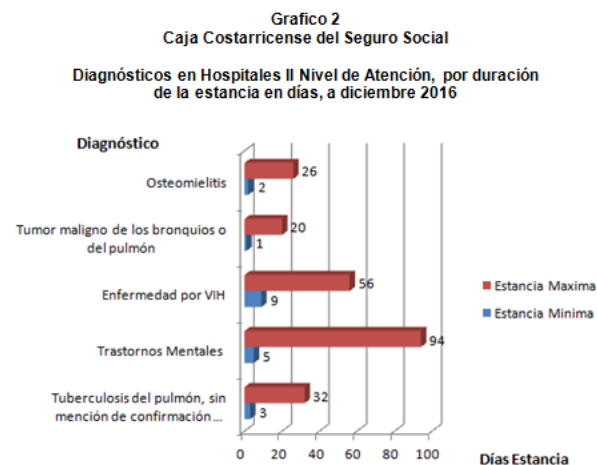
- 2.14. Las deficiencias citadas, causan un rezago en la atención de los pacientes, generando largas esperas, con el agravante del deterioro de la salud, impidiendo una detección temprana de los padecimientos, así como la oportuna atención de los casos con mayor prioridad.
- 2.15. Asimismo, en relación con los ingresos innecesarios, para hacer fila por un examen, se presenta un uso no adecuado del recurso cama y por lo tanto un uso no eficiente de las camas a disposición del hospital. Esta situación según los comentarios realizados por los Directores Regionales, se debe a una necesidad de reorganizar las camas en función de la demanda del servicio.
- 2.16. En cuanto a los especialistas se observa fortalecimiento de algunas especialidades¹⁰ pero no de aquellas que más lo requieren, según el análisis realizado y los requerimientos de cada hospital.

Estancias prolongadas en los Servicios de Hospitalización del II Nivel de Atención.

- 2.17. Los Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias, emitidos por la Gerencia Médica, citan la necesidad de analizar de forma periódica las estancias hospitalarias prolongadas, sobre todo en los casos en que la estancia hospitalaria supere los 10 días. Además continúa señalando que dentro del nuevo paradigma hospitalario, la gestión de camas es un elemento clave y prioritario, en la utilización de los recursos dispuestos para la atención de los pacientes hospitalizados; por lo que se requiere de unos buenos gestores y de la colaboración de los distintos profesionales que participan en este proceso.
- 2.18. Se realizó un análisis sobre la base de datos de todos los egresos hospitalarios para los periodos 2015 y 2016, con el fin de establecer los diagnósticos con mayor estancia y vincular ese resultado con la aplicación de estándares de atención.
- 2.19. Como primer resultado, esta Contraloría General determinó que los diagnósticos menos complejos, reciben una atención muy similar en todos los hospitales del II Nivel. En estos diagnósticos se encuentra por ejemplo la bronconeumonía y cálculos en la vesícula, los cuales presentan estancias que van entre 1 y 4 días.

¹⁰ Según el documento “Determinación de necesidades de dotación de médicos especialistas”, realizado en el periodo 2016, se han fortalecido las especialidades de Medicina Crítica y C.I., Oncología Médica, Gastroenterología y Cuidados Paliativos.

2.20. Sin embargo en otros casos se observaron estancias que muestran variaciones relevantes de un hospital a otro por el mismo diagnóstico. A manera de ejemplo, el gráfico 2, muestra el detalle de 5 diagnósticos en los que se observa la estancia mínima y máxima, de manera que hay hospitales con una respuesta mayor en días de estancia que otros. En cuanto a los Trastornos Mentales se aclara que este diagnóstico se presenta en 6 hospitales, de los cuales solo el Hospital Dr. Tony Facio Castro cuenta con un área acondicionada para la atención de estos pacientes.



Fuente: Elaboración propia según información extraída de las base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística de Salud.

2.21. De las consultas realizadas por este Órgano Contralor, a los 20 hospitales mencionados, se determinó la ausencia de los análisis de estancia prolongada señalados en el Lineamiento citado. Además en los oficios de respuesta se evidenció la ausencia de protocolos a nivel local para las enfermedades citadas.

2.22. El Informe del Equipo de Especialistas¹¹ emitido en marzo de 2014, señala que los protocolos de atención clínica es un tipo de manual de procedimientos que consiste en documentos de consulta rápida con una descripción detallada de la actuación de los profesionales en salud ante determinada situación, y que son construidos y validados en el ámbito local. Asimismo señala que existen criterios para la elaboración de protocolos, a saber: frecuencia, severidad, costo, salud pública y/o requerimientos de aislamiento, finalmente el criterio local.

¹¹ En atención del acuerdo-recomendación #64 indicado en el artículo 10, sesión 8545 de la Junta Directiva. Citado en el oficio DDSS-00997-17, emitido por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

- 2.23. De los criterios anteriores se requiere detallar el concepto relacionado con el costo, el cual dice que se debe protocolizar aquellas enfermedades "...que tengan estancias muy prolongadas, sean o no causas frecuentes de ingreso. O bien aquellas cuyos insumos para su atención (medicamentos, aditamentos, reactivos, etc) son de alto costo."
- 2.24. Por otro lado, entre las buenas prácticas citadas por los directores de los hospitales, 4 de ellos hicieron énfasis especial en los protocolos para atender las patologías, como una herramienta valiosa en el logro de la atención oportuna y de calidad para los pacientes.
- 2.25. Según lo señalado por la Administración de los hospitales, los análisis de las estancias prolongadas se realizan de forma periódica, pero eso puede variar de un hospital a otro. En unos casos el equipo gestor de camas tiene la responsabilidad de ese seguimiento en otros casos son los mismos encargados de los subservicios. A pesar de existir el lineamiento, a la fecha hay 5 hospitales¹² que no realizan ese tipo de análisis, en general lo que se realiza es un seguimiento de la estancia.
- 2.26. Por otro lado, si bien existen protocolos generales para la atención de las patologías, suministrados por la Dirección de Desarrollo de la Gerencia Médica, lo cierto es que éstos son de carácter general y funcionan como una guía para que los hospitales confeccionen sus propios protocolos a nivel local de acuerdo a sus necesidades y características así como capacidad resolutive. No obstante de la revisión efectuada, se determinó que por lo menos las enfermedades citadas no tienen esos protocolos a nivel local.
- 2.27. Al respecto se debe tener presente que la estancia hospitalaria prolongada genera efectos en la accesibilidad a los servicios de hospitalización por parte de otros pacientes, además genera saturación de las urgencias al no tener espacio disponible para pacientes inesperados, en ese mismo sentido la prolongación de los pacientes en internamiento genera riesgos de eventos adversos, es conocido que mientras un paciente este en el hospital el riesgo de padecer de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) o adquirir otras patológicas y empeorar su condición es mayor.

¹² H. Dr. Enrique Baltodano Briceño, H. Tomás Casas Casajús, H. Dr. William Allen Taylor, H. Max Terán Valls y H. de Upala.

MONITOREO Y PROYECCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Necesidad de implementar y fortalecer las modalidades alternativas a la hospitalización convencional.

- 2.28. Estudios internacionales¹³ apuntan a que el futuro de los Hospitales se inclinará a las modalidades alternativas a la hospitalización convencional (MAHC). La importancia de estas modalidades se justifica en el escenario actual que viven los hospitales, ante una menor disponibilidad de camas, pues el recurso es escaso, así como las necesidades de atender una demanda creciente de servicios, junto con el reto de brindar servicios de manera eficiente y oportuna.
- 2.29. Si bien son varias la MAHC¹⁴, en los siguientes párrafos se hará mención especial del “Hospital de Día” y la “Cirugía Mayor Ambulatoria”, por ser las modalidades que mayormente han mencionado los hospitales en el II Nivel de Atención.
- 2.30. El “Hospital de Día” consiste en una facilidad para el paciente en donde se presenta al centro médico recibe su tratamiento, pero no requiere permanecer internado en el hospital, es decir puede regresar a su domicilio. La “Cirugía Ambulatoria”, por su parte, es el conjunto de procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia regional, general o local sin que medie estancia hospitalaria.
- 2.31. En una revisión de las bases de datos, de todos los egresos hospitalarios, se determinó que las mayores estancias en los hospitales del II Nivel de Atención son entre 1 y 9 días según se puede observar en el cuadro 4, siendo la mayor de ellas la estancia de un día.

¹³ 1. Desarrollo de las alternativas a la hospitalización convencional, Madrid, 2. Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Canadá, 3. Evolución y Tendencias Futuras del Hospital, OPS.

¹⁴ En oficio GM-S-22985-2017, la Gerencia Médica señaló un total de 7 MAHC, como la atención y hospitalización domiciliar.

Cuadro 4
Caja Costarricense del Seguro Social

Servicio de Hospitalización, distribución de estancias en los Hospitales del II Nivel de Atención, por duración en días y porcentajes, a diciembre 2016

Estancias	2015	2016
De 1 día	51,20%	50,80%
De 2 a 9 días	39,20%	39,40%
Más de 10 días	9,6%	9,8%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia según información extraída de las base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística de Salud.

- 2.32. Como puede apreciarse, sería un gran beneficio para los Servicios de Hospitalización la implementación de la modalidad “Hospital de Día”, sin embargo, ésta se encuentra habilitada únicamente para los Regionales y los Periféricos 3, en el caso de los Periféricos 1 y 2 queda sujeto a la justificación de la demanda y el costo de implementación, según lo manifestó la Gerencia Médica.
- 2.33. De los 20 hospitales que conforman el II Nivel de Atención solo 6¹⁵ aplican la modalidad “Hospital de Día”. De esos 6 hospitales solo el Hospital de San Rafael de Alajuela tiene más de 10 años de aplicarla y en 3¹⁶ de esos la implementación se dio en el 2016. Según lo señalado por la Gerencia Médica, se tiene programado implementar esa modalidad en 4 hospitales más durante los años 2019-2023, estos son: Dr. Max Peralta, William Allen, Dr. Enrique Baltodano Briceño y Dr. Fernando Escalante Pradilla.
- 2.34. Otra de las modalidades alternativas es la “Cirugía Ambulatoria”, según los datos presentados, por la Unidad Técnica de Listas de Espera¹⁷, 9 hospitales presentaron disminución¹⁸ en la cantidad de cirugía mayor ambulatoria, mientras que solo 5 hospitales, el San Vicente de Paúl, el San Francisco de Asís, el Dr. Fernando Escalante Pradilla, el Hospital de Guápiles y el Hospital Tony Facio Castro, presentaron incrementos significativos entre los años 2015 y 2016.

¹⁵ Hospitales Monseñor Sanabria Martínez, San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paúl, Dr. Tony Facio Castro, San Carlos y La Anexión.

¹⁶ Hospitales Monseñor Sanabria Martínez, San Vicente de Paúl y San Carlos.

¹⁷ Oficio GM-UTLE-136-2017, detalle de los procedimientos por cirugía ambulatoria, clasificados por hospital.

¹⁸ Según lo indicado por la Gerencia Médica, las disminuciones mostradas en la Cirugía Ambulatoria, en algunos casos corresponden a asuntos de renovación de la infraestructura de salas de operaciones que disminuyó en forma transitoria la capacidad productiva, así como la pérdida de recurso humano.

- 2.35. Como elemento de referencia de buenas prácticas, en España¹⁹ se indican 3 ventajas de implementar el “Hospital de Día”, éstas son: “...mantener el mayor tiempo posible al paciente en su entorno habitual familiar y personal, evitar complicaciones inherentes a la hospitalización prolongada y reducir los costes del ingreso hospitalario.” Por su parte en Canadá²⁰ se documenta que “Ha surgido una tendencia común en todas las categorías de hospitales públicos: el número de visitas de pacientes ambulatorios y operaciones quirúrgicas sin hospitalización ha aumentado, mientras que los días de hospitalización y la cirugía de pacientes hospitalizados han disminuido”.
- 2.36. Según lo indicado por la Gerencia Médica, la iniciativa de implementar el “Hospital de Día” es del propio hospital²¹, sin embargo, a pesar de que esta Contraloría General solicitó los requisitos para implementar esta modalidad, no hay un documento formal que establezca esos requisitos, de manera que esté a disposición de los centros médicos.
- 2.37. Actualmente las modalidades no convencionales se encuentran en fase de implementación en la región Huetar, para extenderse en todo el país a partir del 2018, según lo indicó esa Gerencia, dicha situación evidencia una falta de oportunidad en las soluciones y acciones concretas para atender la creciente demanda de servicios, a pesar de que el Hospital San Rafael de Alajuela, ya utilizaba la modalidad “Hospital de Día” desde hace 10 años.
- 2.38. Por otra parte, resulta importante que se involucre a las Direcciones Regionales, como una Unidad más de control y seguimiento en la implementación de opciones de mejora, ya que a la fecha no hay estándar sobre su actuación en ese campo. En una encuesta aplicada, por este Órgano Contralor, a las Direcciones Regionales, se les consultó a esas unidades cuál es su participación sobre las modalidades señaladas, y a pesar de que solo una de las 7 indicó no tener participación, las restantes 6 indicaron procedimientos diferentes en todos los casos, no obstante es claro que las Direcciones Regionales conocen la problemática y las MAHC que son factibles en cada zona.

¹⁹ Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Artículo 90.635, Hospitales de Cataluña, 2005.

²⁰ Perfil del Sistema de Servicios de Salud, OPS, Canadá, 2000.

²¹ El documento “Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025”, reconoce las ventajas de las modalidades de atención ambulatoria, y propone en uno de sus lineamientos estratégicos, fortalecer y extender de manera creciente y sostenida, las acciones preventivas y de promoción de la salud, así como las modalidades no convencionales de cuidado intrahospitalario.

- 2.39. En relación con el rol de las Direcciones Regionales, la Dirección Desarrollo Organizacional señaló que se encuentra pendiente la revisión de la norma que respalde el accionar de dichas Direcciones, a pesar de que en el 2002 y en el 2008 se presentó una propuesta para ajustar las competencias asignadas al nivel regional; por la falta de esa actualización, la norma vigente es del año 1978.
- 2.40. Como resultado de la problemática señalada, los pacientes requieren esperar para realizar tratamientos que no precisamente requieren hospitalización. En ese mismo sentido los pacientes que ingresan a hospitalización y no lo requieren (pues el tratamiento podría ser realizado de manera ambulatoria), aumentan los costos. Sobre esta temática, ha de tenerse presente que en el II Nivel de Atención el costo de la estancia diaria es entre los ¢400.000,0 y ¢800.000,0 aproximadamente, según el Anuario de Costos del 2016 de la CCSS.

Ausencia de estándares en la gestión de las camas de aislamiento.

- 2.41. El Decreto N° 37552, emitido por el Ministerio de Salud, sobre el tratamiento de infecciones, señala que la aplicación de las normas en este campo tiene por objetivo dar lineamientos al personal de salud sobre cómo protegerse adecuadamente y como evitar infecciones, así como prevenir las transmisión de microorganismos, con el fin de garantizar la salud de la población; entre las normas necesarias para cumplir con los objetivos planteados, están las relacionadas con aislamiento.
- 2.42. En complemento a lo anterior, los conceptos señalados en el documento “Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones en los servicios de salud”, describen que la cama hospitalaria es “Aquella dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante las 24 horas del día. Se considera como cama hospitalaria la dedicada a la atención regular de los pacientes internados, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría (Neonatología). En ese orden de ideas, la dotación normal de camas es “...el número FIJO de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.”
- 2.43. Partiendo de esos conceptos, esta Contraloría General, consultó a los 20 hospitales mencionados, si consideraban que las camas de los cuartos de aislamiento debían ser o no parte de la dotación normal, en respuesta se obtuvo el resultado que se muestra en el cuadro 5.

Cuadro 5
Caja Costarricense del Seguro Social

Servicio de Hospitalización, respuesta de los Hospitales del II Nivel de Atención sobre las camas y cuartos de aislamiento, clasificados por tipo de respuesta y cantidad, a diciembre 2016

Respuesta	Cantidad de Hospitales
Deberían ser parte de la dotación normal ^{1/}	8
No deberían ser parte de la dotación normal ^{2/}	5
No se refiere específicamente ^{3/}	7
Total	20

1/ San Rafael de Alajuela, San Carlos, Enrique Baltodano Briceno, Fernando Escalante Pradilla, San Vicente de Paúl, San Vito, Golfito, Tomás Casas Casajús.

2/ Tony Facio Castro, La Anexión, Guápiles, San Francisco de Asís, Los Chiles.

3/ Max Peratta, Monseñor Sanabria, Carlos Luis Valverde, William Allen, Ciudad Nelly Upala, Max Terán

Fuente: Elaboración propia, según información suministrada por los hospitales por medio de oficio.

- 2.44. En relación con el cuadro 5, los 7 hospitales que no hacen referencia al tema, manifiestan que las camas de aislamiento son parte de un proceso integral en el manejo de las IAAS.
- 2.45. De las visitas realizadas, por este Órgano Contralor, a 11 hospitales, fue posible observar cuartos de aislamiento que estaban siendo utilizados como camas de dotación normal del Servicio de Hospitalización, es decir, en ellos se encontraban pacientes que no tenían una infección, en la mayoría de los casos ésta situación se presentaba por falta de espacio en el Servicio de Hospitalización.
- 2.46. Además se observó que algunos cuartos de aislamiento por tener 2 camas en un mismo recinto, tenían bloqueada una de las camas, pues no se puede tener pacientes infectados juntos si su padecimiento no es el mismo, es decir una cama estaba desocupada.
- 2.47. En cuanto al tema de las instalaciones, se pudo observar hospitales con cuartos equipados, mientras que otros solo tenían una cama aislada, sin que tuvieran un lavatorio y baño independiente, inclusive algunos hospitales como el Tomas Casas Casajús señalaron no tener cuartos de aislamiento.
- 2.48. Por otro lado, se observó que la rotulación del tipo de contagio (aéreo, por contacto o por gota²²) no era visible en los casos de pacientes aislados, condición que permite al personal del hospital conocer, aplicar y respetar las normas de seguridad

²² Normas y procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones nosocomiales, CCSS, 2007.

que correspondan, tal como lo establecen los mismos lineamientos internos de la institución.

- 2.49. Sobre las situaciones expuestas, tanto la normativa interna de la institución como la externa, establecen las medidas alternativas en caso de no contar con cuartos de aislamiento, entre ellas se cita el uso de cortinas y de una rigurosa aplicación de implementos como guantes, gabachas, lentes, mascarillas, entre otros, de manera que no se ponga en riesgo la interacción con otros pacientes.
- 2.50. El análisis de las respuestas de los hospitales, suministradas a esta Contraloría General, evidencia que existen diferentes normas locales para el manejo de las camas y cuartos de aislamiento, y aunque existe información sobre el manejo de las IAAS, lo cierto es que en el caso específico del aislamiento no fue posible identificar normas locales y estándares institucionales.
- 2.51. Otra causa vinculada es la falta de espacio de algunos hospitales, condición que obliga a utilizar los cuartos de aislamiento mientras no se presente un caso que lo necesite. Sin embargo, existen otros casos donde los espacios de aislamiento permanecen desocupados, pues los cuartos destinados a estos fines son por piso.
- 2.52. Al respecto se debe tener presente, que según el Anuario de Costos 2016, una cama desocupada en el II Nivel de Atención, representa un costo por hospital de entre ¢285.000 y ¢588.000 aproximadamente, si bien este costo corresponde a un cálculo en función del porcentaje de ocupación, según la aclaración realizada por la Subárea de Contabilidad de Costos Hospitalarios, lo cierto es que respalda el panorama señalado en párrafos anteriores.

Fortalecimiento de la atención destinada a la población adulta mayor (PAM).

- 2.53. La proyección de la PAM²³ será para el año 2030, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)²⁴, de casi un millón de personas, es decir aproximadamente el doble de lo que se tenía en 2015.
- 2.54. En ese sentido la Ley N.º 7935, “Ley Integral para la Persona Adulta Mayor”, establece en el artículo 17, inciso d, respecto la obligación del Estado de brindar servicios en favor de las personas adultas mayores, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar, entre otras “La creación de servicios de Geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos, así como la atención en los hospitales

²³ Se considera adultos mayores a los de más de 65 años, de conformidad con lo señalado en el artículo 2, definición persona adulta mayor de la Ley N.º 7935.

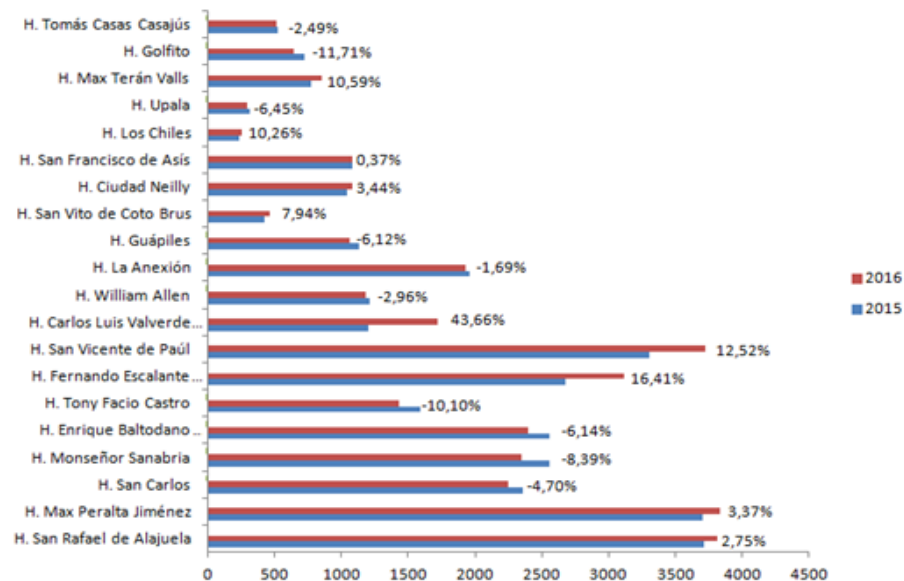
²⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censo, Estadísticas demográficas, 2011-2050, Proyecciones Nacionales, 2014.

regionales y las clínicas III y IV. Estos centros médicos deberán contar con personal especializado en la rama, recursos adecuados, físicos, humanos y financieros para garantizar una atención adecuada al usuario...”.

- 2.55. Según la revisión de la base de datos de todos los egresos hospitalarios de 2015 y 2016 para los hospitales del II Nivel, la PAM representa el 20% de los egresos hospitalarios y presenta estancias promedio que van entre los 5 y 8 días, estas estancias no consideran los casos atípicos que presenta ésta población que genera estancias prolongadas. Estas estancias son entre 2 y 3 veces superiores a las estancias de la población en el rango de los 20-44 años de edad.
- 2.56. Entre los años 2015-2016, 10 hospitales del II Nivel presentaron un incremento de los egresos hospitalarios correspondientes a la PAM. El gráfico 3 muestra el detalle de los hospitales con esa condición.

Gráfico 3
Caja Costarricense del Seguro Social

Egresos Hospitalarios de la PAM en Hospitales II Nivel de Atención, por porcentaje de variación y año, a diciembre 2016



Fuente: Elaboración propia según información extraída de la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística de Salud.

- 2.57. Asimismo el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que “Por lo general, las personas mayores que logran acceder a los servicios de salud se encuentran con un sistema que no ha sido diseñado para satisfacer sus necesidades.”. Lo anterior no es la excepción en el caso de los servicios de hospitalización del II Nivel, ya que a pesar de los esfuerzos que ha realizado la CCSS, lo cierto es que se requiere fortalecer la atención de esta población que como se ha dicho continua en crecimiento.
- 2.58. En los hospitales del II Nivel existen diferentes situaciones asociadas con la PAM, una de ellas son las estancias prolongadas²⁵. La estancia prolongada de un adulto mayor puede deberse a varios factores propios de su salud y deterioro fisiológico debido a la edad. No obstante lo anterior, en los hospitales puede existir otra razón, ya que los adultos mayores pertenecen a la población en riesgo social, ésta población se mantiene en las instalaciones del hospital posterior a que termine su atención clínica, pues se debe coordinar con instituciones como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), para ubicar a estas personas en condiciones apropiadas para su recuperación, ya sea con un familiar o en un recinto de cuidado; sin embargo el trámite de acomodo puede extender la responsabilidad del hospital sobre ese paciente y con ello la estancia.
- 2.59. Si bien es cierto, la población en riesgo social, además de una parte importante de la población de adultos mayores, la conforman también los niños y las madres adolescentes, que igual pueden generar estancias prolongadas, mientras se coordina con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), lo cierto resulta ser que la mayoría de los casos corresponden a los adultos mayores, según lo señalado por los Directores Generales y el personal médico durante las visitas de campo realizadas por esta Contraloría General.
- 2.60. En ese orden de ideas, por medio del “Plan para el Desarrollo y Fortalecimiento de Servicios de Geriatría en Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos y Clínicas Mayores”²⁶, la CCSS ha planteado algunas acciones para fortalecer la atención de la PAM, sin embargo dichas acciones no avanzan oportunamente conforme la necesidad de esa población.
- 2.61. En mayo de 2017 (8 años después de la emisión del citado Plan) se emitió la “Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en la

²⁵ Según lo señalado por la Gerencia Médica, la principal causa de hospitalización en este grupo de edad es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Aunado a lo anterior, resalta el cambio en el perfil epidemiológico asociado a la transición de demográfica, ya que a mayor envejecimiento poblacional, mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas.

²⁶ Sesión de Junta Directiva 8327, artículo 11, del 11 de febrero del 2009.

CCSS”, la cual muestra una serie de compromisos y acciones por realizar durante el periodo 2017-2021²⁷, lo anterior con el fin de atender lo señalado en el Plan. No obstante lo anterior, los compromisos y las acciones incluidas para materializar la política, carecen de elementos específicos para la atención de las necesidades del II Nivel de Atención.

- 2.62. Con el fin de verificar el cumplimiento de dicho Plan, se consultó a los hospitales del II Nivel sobre las acciones implementadas, sin embargo posterior a la revisión de las respuestas dadas por los hospitales, se determinó que los esfuerzos son propios de cada hospital, y no precisamente vinculados a la visión integral que menciona el citado Plan.
- 2.63. Por otro lado, según se mencionó anteriormente, existe una carencia de especialistas en el II Nivel de Atención, a los que según lo manifestado por los hospitales se suman los geriatras. Según el documento “Necesidades de Especialistas para la CCSS (Proyección 2006-2017)”, Geriatria está entre las especialidades que requiere un fortalecimiento de 24 médicos para todo el II Nivel.
- 2.64. Al respecto, la planilla actual suministrada por la Dirección de Administración y Gestión de Personal, muestra que en 7 hospitales no poseen Geriatras, estos son todos los ubicados en la categoría Periférico 1 y 2 hospitales de la categoría Periférico 2; mientras que 2 hospitales registran solo 1 especialista en ese campo (H. Guápiles y H. Dr. Fernando Escalante Pradilla). Sobre este tema se debe tener presente que el Geriatra “...es el encargado de ofrecer y mantener servicios de alta calidad a los adultos mayores bajo el concepto de fragilidad (disminución de la capacidad funcional inherente y el posterior aumento de su dependencia) del área de atracción del hospital mediante una estructura básica organizada”²⁸.
- 2.65. Dada las complicaciones del adulto mayor y complejidad de los padecimientos, la PAM es una de las poblaciones que genera más estancias prolongadas, además con ello, se incrementa el riesgo de contraer IAAS.
- 2.66. En ese sentido la estancia que se prolonga por una IAAS, según las normas internas de la CCSS, implica la disminución de las facilidades de internamiento para otros pacientes, además del incremento de recursos humanos y materiales.

²⁷ El Plan de Acción de la Política en mención, incluye el enunciado N° 10 que establece los mecanismos para la administración, seguimiento y evaluación de la Política citada, que permita la mejora continua, el aprendizaje y la rendición de cuentas.

²⁸ Necesidades de Especialistas en Geriatria y Gerontología para la CCSS, Proyección 2008-2025, pág. 19

3. CONCLUSIONES

- 3.1 Los resultados evidencian que los hospitales que no alcanzaron la frontera de eficiencia, requieren ejecutar acciones para fortalecer los procesos internos del Servicio de Hospitalización, de manera que se ajusten a los atributos de eficiencia y eficacia. Si bien la mayor parte de los hospitales cumple con los atributivos, lo cierto es que la optimización en el uso de los recursos debe estar siempre presente en los objetivos de la organización, por lo tanto, es de esperar que los hospitales puedan ir mejorando y adaptándose a los requerimientos del entorno, independientemente de los resultados que hoy se presenten.
- 3.2 En ese mismo sentido, se concluye que la mejora de los hospitales no depende de su capacidad resolutive o de la asignación de recursos económicos y humanos, pues ante todo prevalece el uso eficiente de los recursos, por lo tanto con los insumos dados los hospitales están en la capacidad de realizar una gestión que logre obtener resultados conforme a su capacidad y condición. Lo anterior se debe tener presente en la toma de decisiones pues los hospitales que requieren mejorar pertenecen a diferentes categorías del II Nivel de Atención, es decir un Regional, un Periférico 2 y dos Periféricos 1.
- 3.3 La categorización de los hospitales en el II Nivel de Atención, obedece a una necesidad de que los pacientes puedan avanzar de manera escalonada a los diferentes centros de salud, partiendo de lo menos complejo a lo más complejo. En el caso del II Nivel, se percibe a los hospitales Regionales con una estructura robusta que puede mejorarse, al igual que los Periféricos 3, no obstante para los Periféricos 2 y 1 la situación es distinta, pues al ser entes de menor capacidad resolutive, requieren fortalecerse en diversos campos, en particular lo relacionado al tema de la asignación de especialistas.
- 3.4 En los últimos años la Población Adulta Mayor muestra un incremento significativo para el cual los hospitales del II Nivel no se encuentran preparados, por lo que es necesario no solo fortalecer con más especialistas en el campo geriátrico y gerontológico, sino en la integralidad de las necesidades de los adultos mayores, tanto en el Servicio de Hospitalización como en otras áreas del hospital.
- 3.5 La atención que realizan los servicios de hospitalización se encuentra supeditado a la capacidad resolutive de cada centro. Este tema define la asignación de especialistas, realización de procedimientos, entre otros aspectos propios de su gestión, sin embargo dada las necesidades de la población y el incremento de la demanda, cada centro médico independientemente de la categoría que se le asigne, se ha visto en la necesidad de abordar casos de mayor complejidad, con el fin de prestar un servicio que se ajuste a la demanda real de la población.

- 3.6 En atención a un proceso lógico, cada hospital requiere establecer sus propias normas, de acuerdo a las necesidades que surgen día a día, sin embargo existe una indefinición de requerimientos mínimos de manera que la población que utiliza cada hospital tenga las mismas facilidades y condiciones básicas cuando requiere hacer uso de los servicios de hospitalización. En ese orden de ideas, la CCSS de manera institucional debe establecer lineamientos básicos de los cuales los hospitales puedan tomar los insumos para orientar sus propias normas locales en diferentes aspectos técnicos y administrativos.
- 3.7 Las limitaciones en cuanto a asignación de recursos en conjunto con el incremento de la demanda de servicios, así como la complejidad de las patologías, requieren un cambio de estrategia en los servicios de salud. Dicho cambio, en los Servicios de Hospitalización se enfoca principalmente en la implementación de modalidades no convencionales de hospitalización, es decir que no precisamente se utilice la figura del internamiento; sin embargo en los hospitales del II Nivel de Atención este tema requiere ser fortalecido, ya que la implementación de acciones oportunas se ha visto rezagada.

4. DISPOSICIONES

- 4.1 De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, y el artículo 12 inciso c) de la Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes disposiciones, las cuales son de acatamiento obligatorio y deberán ser cumplidas dentro del plazo (o en el término) conferido para ello, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.
- 4.2 Para la atención de las disposiciones incorporadas en este informe deberán observarse los “Lineamientos generales para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría”, emitidos mediante resolución Nro. R-DC-144-2015, publicados en el Diario Oficial La Gaceta N° 242 del 14 de diciembre del 2015, los cuales entraron en vigencia desde el 4 de enero de 2016.
- 4.3 Este Órgano Contralor se reserva la posibilidad de verificar, por los medios que considere pertinentes, la efectiva implementación de las disposiciones emitidas, así como de valorar el establecimiento de las responsabilidades que correspondan, en caso de incumplimiento injustificado de tales disposiciones.

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICA DE LA CCSS, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.4 Elaborar un diagnóstico de los hospitales Dr. Tony Facio Castro, San Francisco de Asís, Manuel Mora Valverde y Tomás Casas Casajús, considerando la problemática indicada y una propuesta de acciones correctivas que incluya los responsables y plazos. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 28 de setiembre de 2018, una certificación, donde se haga constar que dicho diagnóstico y la propuesta de acciones correctivas fue elaborado. Además, se deberán remitir a este Órgano Contralor informes semestrales sobre el avance de las acciones correctivas implementadas al 29 de marzo de 2019, 30 de setiembre de 2019 y 29 de marzo de 2020, de conformidad con los puntos 2.1 al 2.16 de este informe.
- 4.5 Emitir, divulgar e implementar una instrucción específica para que los hospitales elaboren los análisis de estancias prolongadas, conforme lo señalado en los Lineamientos para la gestión de camas. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 28 de abril de 2018, una certificación donde se haga constar que la instrucción fue emitida, divulgada e implementada, de conformidad con los puntos 2.17 al 2.27 de este informe.
- 4.6 Verificar que los hospitales del II nivel, cumplan con la elaboración de los protocolos de atención para las patologías de Osteomielitis, Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, Trastornos Mentales, Enfermedad por VIH y la Tuberculosis del pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica, ello dentro del marco establecido en el documento técnico, denominado “Informe ejecutivo final atención del acuerdo #64”. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 29 de junio de 2018, una certificación donde se haga constar que se elaboraron los protocolos solicitados, de conformidad con los puntos 2.17 al 2.27 de este informe.
- 4.7 Elaborar, oficializar y divulgar una norma con los requisitos básicos que requieren los hospitales para implementar MAHC, de acuerdo a su capacidad resolutive. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 29 de junio de 2018, una certificación donde se haga constar que la norma, fue elaborada, oficializada y divulgada, de conformidad con los puntos 2.28 al 2.40 de este informe.
- 4.8 Emitir, oficializar y divulgar una directriz general sobre el manejo adecuado de las camas de aislamiento conforme a las necesidades y requerimientos institucionales. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 30 de marzo de 2018, una certificación donde se haga

constar que la directriz, fue emitida, oficializada y divulgada, de conformidad con los puntos 2.41 al 2.52 de este informe.

- 4.9 Definir e incorporar en el “Plan de acción de la Política Institucional para la atención integral a la persona adulta mayor”, las acciones específicas, plazos y responsables para fortalecer el servicio que se brinda a la persona adulta mayor en el II Nivel de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 29 de marzo de 2018, una certificación donde se haga constar que las acciones concretas, plazos y responsables, fueron definidos e incorporados en dicho Plan. Además, se deberán remitir a este Órgano Contralor informes semestrales sobre el avance de las acciones correctivas implementadas al 29 de setiembre de 2018, 29 de marzo de 2019 y 30 de setiembre de 2019, de conformidad con los puntos 2.53 al 2.66 de este informe.

ANEXOS

VALORACIÓN DE OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME DE AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA Y EFICACIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL II NIVEL DE ATENCIÓN, HOSPITALES REGIONALES Y PERIFERICOS

Nro. Párrafos	1.10		
Observaciones Administración	<p>Se considera importante destacar que en este apartado no se menciona la participación de las Direcciones Regionales, instancias que de acuerdo al organigrama institucional vigente, son los superiores jerárquicos de los Hospitales Regionales y Periféricos, que son las unidades sujeto de estudio del presente informe.</p> <p>Lo anterior, conforme se indica en el documento de actualización del análisis general evaluativo de la reestructuración organizacional de la Gerencia Médica y la elaboración de los Manuales de organización Específicos de las Direcciones adscritas, 2008. Este punto ya se había indicado en el oficio GM-S-18745-20 17 del 22 de febrero de 2017 a la MAFF. Yorlene Rojas Ortega, Coordinadora del Área de Fiscalización de Servicios Sociales de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa- CGR.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Sobre este particular, cabe mencionar que, las Direcciones Regionales, fueron consideradas por medio de la Dirección Red de Servicios de Salud pues son subordinadas a esa Dirección.</p> <p>Además, si bien no se mencionan de forma explícita en la versión borrador en su párrafo 1.10, dentro de los procedimientos de auditoría desarrollados por el equipo de fiscalización, se solicitó información a cada uno de los 7 Directores Regionales, por cuanto se consideran parte importante de la jerarquía establecida y documentada en los manuales de organización de la Gerencia Médica.</p> <p>No obstante, en punto a lo anterior, y para una mayor claridad, se agrega en la redacción a las Direcciones Regionales como un elemento más dentro de las generalidades del estudio, además nótese que en la nota de referencia 6, párrafo 1.19 del borrador de informe, quedan mencionadas y más adelante en el párrafo 2.38 se vuelve a resaltar el papel desempeñado por las Direcciones Regionales.</p> <p>Dado lo anterior, el punto 1.10, en el informe final se leerá de la siguiente forma:</p> <p>“1.10. Los resultados aquí expuestos, consideran los criterios externados en el transcurso de la auditoría, tanto por el nivel local representado por las Direcciones Generales del hospital, personal médico de los Servicios de Hospitalización del II Nivel de Atención y Direcciones Regionales. Asimismo, en lo pertinente y para validación de los criterios de evaluación se consideró lo expuesto por la Gerencia Médica y sus</p>		

	direcciones, así como la Gerencia Administrativa y sus direcciones, como representantes del nivel central.”
--	---

Nro. Párrafos	1.20		
Observaciones Administración	<p>Llama la atención, que dentro del estudio se considera o se identifica claramente el Reglamento General del Sistema de Salud, documento que a la fecha se encuentra vigente y establece claramente los alcances de los centro según categoría; no obstante, en otros párrafos del informe se citan necesidades expresadas por los Directores de los centros sujetos a esta investigación, en donde las petitorias y/o comentarios están al margen del esquema del reglamento (solicitando otras especialidades que no corresponden a su nivel de complejidad).</p> <p>Lo anterior, se considera respetosamente (sic) como una falencia en este documento o punto que podría generar confusión en los lectores del mismo, dando por ciertas necesidades planteadas que no se ajustan al nivel de complejidad de los centros.</p> <p>Revisar afirmaciones 2.7, 2.9.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Al respecto, cabe indicar que, es del conocimiento de este Órgano Contralor, lo citado en el Reglamento General del Sistema de Salud, pues fue parte de la revisión realizada por el equipo de fiscalización.</p> <p>No obstante en los párrafos 2.7 y 2.9 lo que corresponde es mostrar una necesidad y no un requerimiento de acatamiento obligatorio. En punto a lo anterior, en los párrafos del 1.16 al 1.20 se aclara que tanto el tipo como la cantidad de especialistas y el equipamiento médico, depende de la capacidad resolutive del hospital conforme a los reglamentos y normas establecidas por la CCSS, y específicamente los párrafos 1.16 y 1.17 mencionan que los Hospitales del II Nivel de Atención brindan servicios según su capacidad instalada y resolutive, refiriendo a niveles superiores los casos que lo ameriten.</p> <p>Bajo este contexto, se deja evidenciado en el informe, que los Hospitales del II Nivel de Atención tienen un límite y que de ese límite en adelante, deben apoyarse en forma escalonado con hospitales de mayor capacidad, de acuerdo a las Redes de Servicio establecidas, hasta llegar al III Nivel de Atención.</p>		

Nro. Párrafos	2.5		
Observaciones Administración	<p>Efectivamente en el caso de aquellos Hospitales que mantienen un porcentaje de ocupación inferior al 80% y estancias promedio inferiores a 5 días, se puede afirmar que aún tienen capacidad instalada (con el número de camas actual) para hacer frente a crecimientos poblacionales de los siguientes 10 años. Esta circunstancia corresponde a que la cantidad de camas actual, cuando se determinó sobreestimo el crecimiento de la demanda. Existen dos posibles acciones:</p>		

	<p>1- Reducir camas a fin de intentar reducir costos y de esa manera generar un incremento del porcentaje de ocupación: esta alternativa debe ser socializada tanto con funcionarios del hospital como con la correspondiente población de adscripción, a fin evitar reacciones por percepción de que se les está reduciendo su oferta de hospitalización.</p> <p>2- Mantener las camas actuales y evitar fomentar o estimular cualquier incremento de la dotación de camas en los siguientes años: lo que sí podría ocurrir es una redistribución de camas entre servicios como resultado del análisis de la demanda específica por servicio.</p> <p>En realidad no se puede afirmar ineficiencia por cuanto la estancia promedio es adecuada y este un indicador de mayor peso para determinar eficiencia por estar relacionado directamente con el proceso de atención, la capacidad instalada en función del número de camas y el porcentaje de ocupación son una relación de oferta demanda, en este caso, no hay suficiente población y en consecuencia suficiente demanda de internamientos. El asunto es de replantear la capacidad instalada.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>En el párrafo 1.7 del borrador de informe remitido, fue señalado por este Órgano Contralor que los indicadores no pueden ser vistos de forma independiente, si no que el conjunto de los indicadores son los que determinan el desempeño del hospital y por lo tanto el resultado obtenido en el modelo aplicado.</p> <p>Por lo anterior, el porcentaje de ocupación se considera en la revisión realizada, pero no es el único que determina la calificación obtenida por los 4 hospitales que no alcanzaron la frontera de eficiencia, es solo una de las muchas causas que podrían estar incidiendo.</p> <p>Así las cosas, el párrafo 2.5, se enfoca en presentar una condición similar en los 4 hospitales, que podría ser considerada en las futuras acciones que implemente el hospital o la Gerencia Médica para atender la problemática identificada.</p>		

Nro. Párrafos	2.6		
Observaciones Administración	<p>En cuanto a lo referido por este nosocomio, es importante aclarar que no hay lineamientos que indique que un paciente se interne para realizar exámenes, el tema planteado por el gestor local, es sin duda un tema que atiene a la gestión local, la cual debe realizar todos los esfuerzos y estrategias para que este fenómeno no sea una práctica local en la prestación de los servicios hospitalarios.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>En cuanto a este caso, cabe aclarar que, no se hace referencia a un lineamiento, porque se entiende que no es la mejor práctica internar pacientes para esperar por exámenes. El fondo del comentario, va dirigido en la línea de tomar acciones para corregirlo sea desde el nivel local o desde el nivel central por medio del diagnóstico</p>		

que se solicita en la disposición 4.4, del presente informe, porque es un tema que se presenta tanto en este como en otros hospitales.

Nro. Párrafos	2.7			
Observaciones Administración	<p>Sobre este particular, la Institución está organizada en Redes de servicios de salud, y esto significa que se conforman un conjunto de establecimientos de salud que inician con los EBAIS y concluyen con los Hospitales Nacionales y/o especializados, a través de los cuales se traslada el usuario dependiendo de su patología, entendiéndose que se garantiza la continuidad en la atención en las diferentes unidades que conforman la Red.</p> <p>Con esto, se entiende que no todos los establecimientos deben tener todos los recursos y que la solución al problema de salud se dará en cualquiera de los establecimientos de la Red.</p> <p>En este sentido, la oferta de servicios que se dota a los establecimientos por nivel obedece a la cuantificación de la demanda, al perfil epidemiológico, al acceso a los servicios, pero también a la factibilidad institucional, por ello la Institución dota de recurso físico, especialidades y equipo por establecimiento considerando los resultados de las variables señaladas.</p> <p>En este contexto, el Hospital el Grecia no tiene que contar con TAC, ya que por la cuantificación de la demanda de servicios, el nivel de complejidad del Hospital, lo complejo del equipo y los requerimientos adicionales, como infraestructura específica o recurso humano, no es factible; sin embargo para atender a la población, en este momento se cuenta con TAC en el Hospital San Rafael de Alajuela, que además constituye el centro de referencia y por ser un Hospital Regional le corresponde y para este servicio se contempla toda la población de Alajuela, incluido Grecia.</p>			
¿Se acoge?	<table border="1"> <tr> <td>Sí <input type="checkbox"/></td> <td>No <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Parcial <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>		
Argumentos CGR	<p>Al respecto, resulta importante aclarar que, como se ha mencionado anteriormente, el objetivo del párrafo de marras es mostrar algunas de las problemáticas que presentan los hospitales que no alcanzaron la frontera de eficiencia, pero no se busca que específicamente se dote de los recursos que allí se mencionan, por el contrario se presenta un panorama en el que prevalecen las mejores prácticas para atender la necesidad, conforme lo identifique la Gerencia Médica en conjunto con otras Unidades involucradas de acuerdo con las normas establecidas. Lo anterior, ya sea acudiendo a un centro médico de mayor capacidad resolutive o por otros medios que consideren los atributos de eficiencia, eficacia y economía.</p>			

Nro. Párrafos	2.9
Observaciones Administración	<p>En cuanto a esta afirmación, es importante referir que los especialistas indicados no corresponden a este centro según nivel de complejidad, conforme lo referido en el Reglamento General del Sistema de Salud, además se revisó el tema de las Listas de Espera para la atención de los pacientes por estas especialidades en el Hospital Regional, según corresponde al modelo de Prestación de Servicios de Salud en Red,</p>

	<p>y a nivel de Geriátría no hay pacientes en espera.</p> <p>Otro elemento técnico básico, para estos efectos es que para el periodo 2017, la población de 65 años y más de este nosocomio, es de 2503 personas y para el año 2025 es de 3454 personas adultas mayores, con lo cual, para la dotación actual de especialistas de esta especialidad médica (Warren, Marjorie. Care of Citronic Sick; The Lancet.1946. Pp.841-843; Scout, R W. Geriatric Medicine: Age and Again 1979.8 (3):1pp.137-140) se plantea la necesidad de un Geriatra por cada cinco mil personas adultas mayores adscritos al establecimiento de salud (Rojas Barahona Roubier (2008) Necesidades de Especialistas en Geriátría y Gerontología para la Caja Costarricense de Seguro Social (Formación y Dotación) Proyección 2008- 2025).</p> <p>Según este dato, este hospital incluso al año 2025, no requiere la presencia de un especialista en Geriátría.</p> <p>Sin embargo, en la propuesta "Fortalecimiento de la atención integral a la persona adulta mayor en la Red Nacional de Servicios de Salud y la transformación del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, 2017" aprobado por Junta Directiva Artículo 13°, acuerdo segundo de la sesión N° 8915, celebrada el 13 de julio de 2017, propone dotar de un especialista en Geriátría y Gerontología para este Hospital en el año 2018.</p> <p>De acuerdo a la figura anterior, la Institución cuenta con un listado de especialistas por nivel de complejidad, ya que su organización en redes de servicios lo que significa es que los especialistas se distribuyen en diferentes establecimientos en los que se atiende la misma población, en el caso del Hospital Tomás Casas Casajús, la población es atendida, además de en este Centro, en la Subred del Hospital Escalante Pradilla y en el Hospital San Juan de Dios como establecimiento de máxima resolutiveidad.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Sobre este particular, esta Contraloría General se permite señalar que, el Hospital Tomas Casas Casajús se encuentra aproximadamente a 80 km del Hospital Escalante Pradilla, mientras que para llegar al Hospital San Juan de Dios la distancia es aproximadamente 200 Km, en esas condiciones, hay adultos mayores que no tendrían la condición física ni la facilidad económica para trasladarse, igual caso podría presentarse para la especialidad de Urología, razón por la cual resulta importante que se valore la problemática planteada y ese es, precisamente, el objetivo que busca el comentario planteado en el párrafo 2.9, del presente informe.</p> <p>No obstante, resulta oportuno reiterar que este Órgano Contralor no pretende mediante el desarrollo de la presente auditoría solicitar recursos para los hospitales, pues es una decisión en la que deben intervenir varios actores, considerando además la estrategia de la CCSS para mantener un servicio oportuno y accesible para los pacientes que así lo requieran, por los medios que la CCSS considere más factibles, teniendo presente la relación costo-beneficio.</p>		

Nro. Párrafos	2.11
Observaciones Administración	<p>Es importante revisar este tipo de afirmaciones sobre "un crecimiento de la demanda superior a lo que ha crecido la capacidad del hospital", y en particular, sobre estos dos nosocomios, ya que al revisar los datos estadísticos del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, y en particular, en el cuadro N°45, se identifica que estos nosocomios en los periodos 2015 y 2016 no alcanzaron niveles de ocupación superiores al 80%.</p> <p>Con lo cual, es importante analizar el caso particular, de cada centro aquí referido.</p> <p><u>Hospital de Tomas Casas:</u></p> <p>1- Su población del periodo 2011 al 2015 creció únicamente un 4.8%, manteniendo Porcentajes de Ocupación de 68-70%, por lo que respetuosamente, bajo ninguna forma se podría sostener (afirmar) que haya ocurrido un incremento de la demanda por encima de la capacidad instalada.</p> <p>2- Como dato adicional la disponibilidad de camas del hospital tuvo un crecimiento de 32 camas (en el año 2005) a 50 camas (en el año 2009), lo que corresponde a un incremento de capacidad de hospitalización de un 56.3%.</p> <p>Nuevamente no puede afirmarse que la demanda haya crecido más que la capacidad del hospital.</p> <p><u>Hospital de Golfito (Manuel Mora Valverde):</u></p> <p>1- Su población en el periodo 2011 al 2015 creció únicamente un 4.8%, manteniendo porcentajes de ocupación de 66-78%, por lo que tampoco se podría afirmar que ha ocurrido un incremento de la demanda por encima de la capacidad instalada.</p> <p>2- Como dato adicional las camas del hospital tuvieron un ajuste de 75 camas (en el año 2005) a 58 camas (en el año 2009). Lo que ha ocurrido es un ajuste de la capacidad instalada sobredimensionada en función de la demanda de internamiento de parte de la población.</p> <p>En este sentido, es fundamental aclarar que la Institución se organiza en redes de servicios considerando demanda de servicios, acceso y posibilidades de desplazamiento, entre otros y por ello no a todos los centros les corresponden todos los especialistas, se adjunta perfil de especialidades por nivel de complejidad, el cual es revisado anualmente para determinar necesidades de cambios, por lo que se constituye en una norma para la dotación de especialidades, en el documento se puede observar los especialistas que corresponden a hospitales periféricos como el Hospital Dr. Tomás Casas y el Hospital Manuel Mora Valverde.</p> <p>En relación al crecimiento de la demanda, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud ha finalizado recientemente el estudio de oferta y demanda del Hospital Manuel Mora Valverde y se evidenció en el mismo que la demanda de servicios se mantienen, es decir no se comprueba en el análisis de la Dirección de Proyección que haya crecimiento significativo en la demanda, además una particularidad de este hospital es que su población adscrita es únicamente la que corresponde al Área de Salud de Golfito.</p>

¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>En relación con lo indicado por la administración sobre este particular, resulta importante destacar que los aspectos señalados no son los únicos que determinan la demanda de un servicio de hospitalización, el cual es el que se evalúa en el presente informe, pues los datos mostrados por esa Administración en su comentario corresponden a una demanda potencial, además debe considerarse la población indirecta que atiende cada hospital; en cuanto al estudio de referencia sobre oferta y demanda, debe señalarse que el mismo fue emitido con información del periodo 2011-2012.</p> <p>En ese orden de ideas, es oportuno citar el porcentaje de ocupación por Servicio, el cual se utiliza en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, emitida por la Dirección Compra de Servicios de Salud de la Gerencia Médica. Dicho indicador, según la información del cuadro N° 72 suministrado por el Hospital Manuel Mora, en el Servicio de Medicina fue de 118% para el 2016 y del 122% en el 2015, además según lo señalado por ese hospital mediante oficio DGHGMMV-0981-17, existe un proyecto que se encuentra en revisión de la Gerencia Médica, debido a que los espacios en ese hospital son reducidos y hay limitación para su ampliación, comentario que a su vez se confirma en la reseña citada para ese hospital en el sitio web de la CCSS.</p> <p>En ese mismo sentido, el Hospital Tomas Casas mostró un crecimiento en los egresos hospitalarios de un 16% entre los periodos 2015 y 2016, principalmente en el Servicio de Medicina. Aunado a lo anterior, ambos hospitales presentan incrementos en la cantidad de exámenes de laboratorio, principalmente el Hospital Tomas Casas con un 22% entre los años 2015 y 2016, según el cuadro 18, emitido por el Área de Estadística de Salud de la Gerencia Médica.</p> <p>Por las razones expuestas, este Órgano Contralor mantiene lo señalado en el párrafo de marras, pues prevalece mostrar la necesidad de fortalecer los hospitales de la Zona Sur, considerando los atributos de equidad, disponibilidad y accesibilidad a los servicios hospitalarios.</p> <p>No obstante, para efectos de brindar mayor claridad sobre este particular, el presente párrafo dentro de la versión final de la presente auditoría, se leerá de la siguiente manera:</p> <p>“2.11. Por otra parte, los hospitales que presentan las deficiencias de infraestructura y especialistas, es decir el Manuel Mora Valverde y el Tomás Casas Casajús, muestran un crecimiento de la demanda de algunos servicios como el de Medicina, superior a lo que ha crecido la capacidad del hospital, lo que a su vez puede aunarse a su ubicación en la Zona Sur, pues aunque la CCSS, ha realizado esfuerzos por mejorar la situación que se presenta en esos hospitales, lo cierto es que se requiere un fortalecimiento integral de la región.”</p>		

Nro. Párrafos	2.12		
Observaciones Administración	Es importante resaltar, que en el informe se toma en consideración el estudio de "Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense del Seguro Social Proyección: 2006-2017", sin embargo actualmente la Institución utiliza un estudio técnico actualizado elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud "Determinación de necesidades de dotación de Médicos Especialistas".		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	Sobre este particular, resulta importante mencionar que la información considerada para la revisión de esta área se encontraba vigente conforme al alcance temporal de la auditoría (2015-2016), no obstante el equipo de fiscalización se dio a la tarea de revisar el segundo estudio citado, como parte de las pruebas elaboradas durante el desarrollo de la auditoría, llegando a la misma conclusión sobre las especialidades que requieren fortalecerse en el II Nivel de Atención, razón por la cual dentro de la versión final de la presente auditoría se mantiene el comentario de cita.		

Nro. Párrafos	2.13		
Observaciones Administración	En cuanto a las especialidades antes referidas, se debe de tener claridad que la categoría de los hospitales de segundo nivel de atención está conformada por nosocomios regionales, periférico 1, 2 y/o 3, y conforme el siguiente cuadro, identificar si le corresponde o no, la dotación de las especialidades antes referidas.		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Las especialidades mencionadas, corresponden a una determinación de necesidades elaborada por la Gerencia Médica en conjunto con sus direcciones, por lo anterior, lo que este Órgano Contralor presenta en el comentario de marras es un extracto de esos resultados, para el II Nivel de Atención, consecuentemente no corresponde determinar si se dota o no de estas especialidades a los hospitales.</p> <p>Así las cosas, igual que en comentarios anteriores, se reitera que esta Contraloría General no pretende abordar la asignación de médicos especialistas al hospital, pues el objetivo es presentar una necesidad que debe ser atendida por la CCSS de la manera que considere más factible en beneficio de los pacientes.</p>		

Nro. Párrafos	2.34		
Observaciones Administración	En relación a la disminución de la producción de CMA en algunos hospitales en los años citados en su gran mayoría obedeció a asuntos de renovación de la infraestructura de salas de operaciones que disminuyo en forma transitoria la capacidad productiva de estos centros (GM-S-27925-2017), y por ende impacto en forma negativa en todas las modalidades de producción quirúrgica, incluida la ambulatorio. Otros centros experimentaron disminución debido a pérdida de recurso humano sea porque el especialista que se tenía se pensiono (sic) o el que estaba era de contrato por retribución, en estos casos la institución ha tomado previsión para las		

	<p>sustitución de los mismos o cualquier otro que participe en el proceso de los servicios quirúrgicos.</p> <p>Otro elemento que impacta sobre la cirugía ambulatoria y la hospitalaria no ambulatoria, han sido los eventos derivados por violencia, como los accidentes de tránsito y los eventos asociados a violencia urbana, que al aparecer en forma fortuita y emergente, muchas veces con un buen número de pacientes por atender, lo anterior, impacta lo programado y lo desplaza pues estos casos deben ser atendidos en forma urgente.</p> <p>La institución y especialmente la Gerencia Médica tiene como prioritario el desarrollo y fortalecimiento de la CMA, tal es que se reactivó la Comisión Institucional de CMA, que está trabajando en temas como la actualización de la normativa técnica, la elaboración de un plan de fortalecimiento de la CMA y el monitoreo de un indicador específico sobre cinco padecimientos críticos, realizables por CMA y que son parte de las listas de espera (colecistectomía, hernias, salpingectomía, varices, retiro de material de osteosíntesis).</p>		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Sobre este particular, esta Contraloría General considerando los comentarios señalados por esa Administración, agrega dentro de la versión final de la presente auditoría, la nota de referencia Nro. 18 en los siguientes términos:</p> <p>“18 Según lo indicado por la Gerencia Médica, las disminuciones mostradas en la Cirugía Ambulatoria, en algunos casos corresponden a asuntos de renovación de la infraestructura de salas de operaciones que disminuyó en forma transitoria la capacidad productiva, así como la pérdida de recurso humano”.</p>		

Nro. Párrafos	2.36
Observaciones Administración	<p>En el documento, Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025, reconociendo las ventajas de las modalidades de atención ambulatoria, en uno de sus lineamientos estratégicos, propone fortalecer y extender de manera creciente y sostenida, las acciones preventivas y de promoción de la salud, así como las modalidades no convencionales de cuidado intrahospitalario, tales como: "hospitalización de día", "cirugía ambulatoria", "internamiento en el hogar" y otras que prevengan, reduzcan o sustituyan el uso de las camas hospitalarias.</p> <p>Según la propuesta Fortalecimiento de la atención integral a la persona adulta mayor en la Red Nacional de Servicios de Salud y la transformación del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes. Caja Costarricense del Seguro Social, 2017 aprobado por Junta Directiva; el Hospital de día se define como: Unidad cuya actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes atendidos en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnóstico y/o tratamiento, rehabilitación funcional, entre otros, que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.</p>

	<p>Ofrecer a la persona adulta mayor una opción de tratamiento especializado enmarcado dentro del concepto de recuperación funcional alternativa al servicio de hospitalización con la finalidad de mantener su bienestar físico, psíquico, social y funcional sin modificaciones importantes en su entorno.</p> <p>Esta intervención debe ser rápida y el tratamiento precoz, con el objetivo de prevenir un ingreso hospitalario (Modificado de: Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Madrid, 2009 y Caja Costarricense del Seguro Social. Prototipo Servicios de Geriátrica. San José, 2011).</p>		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Considerando los comentarios señalados por esa Administración en torno a esta temática, esta Contraloría General, dentro de la versión final de la presente auditoría, incorpora la nota de referencia Nro. 21, donde se indica lo siguiente:</p> <p>“21. El documento “Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025”, reconoce las ventajas de las modalidades de atención ambulatoria, y propone en uno de sus lineamientos estratégicos, fortalecer y extender de manera creciente y sostenida, las acciones preventivas y de promoción de la salud, así como las modalidades no convencionales de cuidado intrahospitalario”.</p>		

Nro. Párrafos	2.40		
Observaciones Administración	<p>Sobre este punto, es importante indicar que en la prestación de servicios de salud, es delicado, la definición tacita (sic) de estándares para la atención de las diferentes patologías y con ello, determinar días promedio ideales de ocupación, ya que cada paciente presenta condiciones diferentes y propias de su estado de salud y patología.</p> <p>Por otra parte, si se cuenta con estándares para la atención de diferentes patologías, lo cual, no incide directamente en la estancia del paciente en los servicios de salud, pero si ordena y protocoliza la prestación de servicios de salud, conforme las normas y protocolos. Por ejemplo HIN 1 o en el caso de Ebola y el Cólera en que se giran lineamientos específicos a los diferentes Hospitales.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>En relación con este particular, esta Contraloría General, considera que el comentario de marras, no corresponde o se encuentra directamente vinculado con el tema tratado en el párrafo 2.40, razón por la cual éste se estaría manteniendo dentro de la versión final de la presente auditoría, en los mismos términos que en su borrador.</p> <p>No obstante, dada la importancia del comentario, este Órgano Contralor considera oportuno señalar que en el cuerpo del informe no se menciona un promedio de días ideales para la atención de una patología, considerando que eso depende de múltiples variables, además los protocolos en esencia no incluyen tal contenido, lo que se pretende con lo comentado en los párrafos 2.17 a 2.27 es lograr un estándar mínimo que oriente la atención de los pacientes, que a su vez contribuya con la toma de</p>		

	<p>decisiones por parte de los médicos y como auxilio profesional en caso de dudas.</p> <p>Lo anterior, en nuestro criterio, se logra por medio de la emisión de protocolos, según la definición y los criterios citados en los párrafos 2.22 y 2.23, acción que además fue señalada por los Directores de Hospitales como buenas prácticas que inciden en la estancia de los pacientes.</p>
--	--

Nro. Párrafos	2.53		
Observaciones Administración	<p>Aclarar que en Costa Rica se define persona adulta mayor a aquella de 65 años y más según la Ley 7935 o Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (C.R año 2000). El concepto se refuerza en lo expresado en la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) "Persona mayor": Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.</p>		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>En relación con este particular, la aclaración señalada por la CCSS, fue considerada en los papeles de trabajo de la presente auditoría por parte del equipo fiscalizador, no obstante partiendo de una posición conservadora se mantuvo el criterio definido por la OMS, criterio que además fue utilizado en algunas ocasiones en el estudio "Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología para la Caja Costarricense de Seguro Social".</p> <p>Asimismo se identificó que en el documento realizado por la CEPAL, "Derechos de las personas mayores, Retos para interdependencia y autonomía, 2017" se incluye el criterio de los 60 años para América Latina y el Caribe, fundamentado en que Chile, Costa Rica, Cuba y Panamá presentan la mayor sobrevivencia a los 60 años, con valores que oscilan entre 23 y 26 años, razón por la cual el equipo de fiscalización considero oportuno incluir la población de los 60 años en adelante.</p> <p>Sin embargo, dada la solicitud de aclaración solicitada por esa Administración y en apego a lo señalado en la Ley N°. 7935, se ajusta la nota de referencia 23 dentro de la versión final de la presente auditoría, para que se lea:</p> <p>"23. Se consideran adultos mayores a los de más de 65 años, de conformidad con lo señalado en el artículo 2, definición persona adulta mayor de la Ley N° 7935".</p> <p>Asimismo se ajusta el párrafo 2.56, de la presente auditoría, para que se lea de la siguiente forma:</p> <p>"2.56. Entre los años 2015-2016, 10 hospitales del II Nivel presentaron un incremento de los egresos hospitalarios correspondientes a la PAM. El gráfico 3 muestra el detalle de los hospitales con esa condición."</p> <p>Además se ajustó el gráfico 3 para respaldar lo señalado en el párrafo 2.56 sobre la</p>		

	cantidad de hospitales que presentaron variaciones en los egresos de la PAM entre los años 2015-2016.
--	---

Nro. Párrafos	2.58			
Observaciones Administración	<p>Conforme se incrementa la longevidad, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que un grupo de la población adulta mayor llega a edades avanzadas con buen estado de salud.</p> <p>La principal causa de hospitalización en este grupo de edad es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los procedimientos de cadera que ocuparon la cuarta causa en el 2001, una década después ocupan la segunda posición, lo cual ejemplifica el cambio en el perfil epidemiológico asociado a la transición de demográfica, a mayor envejecimiento poblacional, mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas.</p> <p>El número de estancias ha crecido en un 10% en la década, el costo en dólares ha crecido 250%. El índice de complejidad (compara la casuística del hospital con la casuística del estándar) y el de funcionamiento (compara el patrón de estancia del Hospital respecto al estándar), muestran que las atenciones de personas adultas mayores que requieren de hospitalización están siendo cada vez más complejas y requiriendo de más días de estancia (CCSS). Informe de evaluación 2014. Prestación de Servicios de Salud. Áreas de Salud, Hospitales y Centros especializados. San José, julio 2015)</p> <p>Un porcentaje de personas mayores, carecen de red de apoyo o están en condición de abandono en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social. Según la Ley 7935, la reubicación de estas personas en organizaciones de bien social le corresponde al CONAPAM; sin embargo, ya sea por falta de espacio en Hogares de ancianos o falta de presupuesto de ese ente rector, las estancias posteriores a egresos aumentan significativamente en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, con el consiguiente riesgo de infecciones intrahospitalarias y accidentes.</p>			
¿Se acoge?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">Sí <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;">No <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Parcial <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>		
Argumentos CGR	<p>En cuanto a este particular, esta Contraloría General, tomando en consideración los comentarios realizados por esa Administración, agrega, dentro de la versión final de la presente auditoría, la nota de referencia Nro. 25, que indica lo siguiente:</p> <p>“25. Según lo señalado por la Gerencia Médica, la principal causa de hospitalización en este grupo de edad es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Aunado a lo anterior, resalta el cambio en el perfil epidemiológico asociado a la transición de demográfica, ya que a mayor envejecimiento poblacional, mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas”.</p>			

Nro. Párrafos	2.59		
Observaciones Administración	Las personas adultas mayores, solo por el hecho de serlo, no puede catalogarse en su totalidad como población en riesgo social.		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Sobre este particular, dada la observación planteada por esa Administración, y con el fin de brindar mayor claridad sobre el tema de marras, esta Contraloría General procede a modificar el presente párrafo dentro de la versión final de la presente auditoría, para que se lea de la siguiente forma:</p> <p>"2.59 Si bien es cierto, la población en riesgo social, además de una parte importante de la población de adultos mayores, la conforman también los niños y las madres adolescentes, que igual pueden generar estancias prolongadas, mientras se coordina con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), lo cierto resulta ser que la mayoría de los casos corresponden a los adultos mayores, según lo señalado por los Directores Generales y el personal médico durante las visitas de campo realizadas por esta Contraloría General".</p>		

Nro. Párrafos	2.61		
Observaciones Administración	<p>Incluidas en el Capítulo 7: "Agenda de implementación de la propuesta Fortalecimiento de la atención integral a la persona adulta mayor en la Red Nacional de Servicios de Salud y la transformación del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes. CCSS, 2017" aprobado por Junta Directiva Artículo 13 °, acuerdo segundo de la sesión N° 8915, celebrada el 13 de julio de 2017.</p> <p>Enunciado 3: La Caja Costarricense del Seguro Social armonizará la prestación de los servicios de salud y pensiones, según demandas de las personas adultas mayores, asegurando desde un enfoque de derechos, una atención de calidad y con visión de excelencia, específicamente en la Estrategia 3.a Adaptación de los servicios de salud a las necesidades de las personas adultas mayores, considerando su entorno, condiciones demográficas y epidemiológica, acciones 3.a.2 Elaboración de propuesta de "Fortalecimiento de la atención a la PAM en los diferentes niveles de atención 3.a.3 Avance en la implementación de la propuesta de "Fortalecimiento de la atención a la PAM en los diferentes niveles de atención.</p> <p>La agenda de implementación incluye a los tres Niveles de Atención, y con ello, se contempla en la propuesta de "Fortalecimiento de la atención integral a la persona adulta mayor en la Red Nacional de Servicios de Salud y la transformación del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes. CCSS, 2017" aprobado por Junta Directiva Artículo 13°, acuerdo segundo de la sesión N° 8915, celebrada el 13 de julio de 2017.</p> <p>Además, el Plan de Acción de la Política en mención, incluye el enunciado N° 10 que La Caja Costarricense del Seguro Social establecerá los mecanismos para la administración, seguimiento y evaluación de la "Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor", que permita la mejora continua, el aprendizaje y</p>		

	la rendición de cuentas. Y en la Estrategia 10.a. refiere la conformación del Consejo Intergerencial integrado por un representante de cada gerencia, el PNAPAM y la asesoría permanente del HNGG, para articular los mecanismos de administración, seguimiento y evaluación de la política.		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Considerando los comentarios señalados por esa Administración en torno a este particular, esta Contraloría General incorpora dentro de la versión final de la presente auditoría, la nota de referencia Nro. 27, en los siguientes términos:</p> <p>“27. El Plan de Acción de la Política en mención, incluye el enunciado N° 10 que establece los mecanismos para la administración, seguimiento y evaluación de la Política citada, que permita la mejora continua, el aprendizaje y la rendición de cuentas”.</p>		

Nro. Párrafos	4.4		
Observaciones Administración	Conforme lo elementos solicitados en esta disposición se considera necesario un periodo adicional de 6 meses para su atención, con lo cual, se propone como fecha de atención: 29 de marzo de 2019, 30 de setiembre de 2019 y 29 de marzo de 2020.		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	<p>Se acoge la solicitud planteada por la CCSS, dado el contenido y necesidad de contar con un diagnóstico robusto sobre la problemática en los 4 hospitales señalados.</p> <p>De forma tal que la presente disposición dentro de la versión final de la presente auditoría se plantea de la siguiente forma:</p> <p>4.4 Elaborar un diagnóstico de los hospitales Dr. Tony Facio Castro, San Francisco de Asís, Manuel Mora Valverde y Tomás Casas Casajús, considerando la problemática indicada y una propuesta de acciones correctivas que incluya los responsables y plazos. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 28 de setiembre de 2018, una certificación, donde se haga constar que dicho diagnóstico y la propuesta de acciones correctivas fue elaborado. Además, se deberán remitir a este Órgano Contralor informes semestrales sobre el avance de las acciones correctivas implementadas al 29 de marzo de 2019, 30 de setiembre de 2019 y 29 de marzo de 2020, de conformidad con los puntos 2.1 al 2.16 de este informe.</p>		

Nro. Párrafos	4.8		
Observaciones Administración	Esta disposición no procede, ya que actualmente la Institución está siendo sujeto de un proceso de reestructuración conforme lo instruido en el artículo 11° de la sesión N°8915 del 13 de julio de 2017. Se adjuntan los informes existentes a este nivel.		
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>

Argumentos CGR	En relación con este particular, y en razón de la coyuntura que vive la CCSS sobre la reestructuración, y debido a que este proceso está considerando a las Direcciones Regionales y su rol dentro de la Gerencia Médica, esta Contraloría General omite la presente disposición, bajo el entendido de que dicha reestructuración tendrá como uno de sus resultados definir y fortalecer el rol de las Direcciones, conforme las normas y manuales organizacionales.		
Nro. Párrafos	4.10		
Observaciones Administración	Esta disposición no procede, ya la Institución en la sesión N°8915 y en particular, en el artículo N° 13 celebrada el 13 de julio de 2017, aprobó el plan de trabajo aquí referido. Se adjunta oficio N°53 .052 y el plan y la política aprobada a este nivel en la CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL.		
¿Se acoge?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos CGR	En relación con este particular, la Política y el Plan de Acciones de marras fue debidamente revisado por el equipo de fiscalización en las etapas previas a la emisión del informe, además dicha revisión quedó documentada en los papeles de trabajo. No obstante, es criterio de este Órgano Contralor que se requiere especificar de qué manera se abordará la problemática en el segundo nivel, partiendo de los compromisos plasmados en dichos documentos. Así las cosas, resulta necesario que la CCSS complemente la política y plan de acciones existente, con acciones concretas, conforme las necesidades que se presentan en el II Nivel de Atención, tal y como se observa en el caso de los Hospitales Nacionales, los especializados, EBAIS y Áreas de Salud. De ahí que, en la versión final de la presente auditoria se mantiene la presente disposición.		