



## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio se realizó de acuerdo al Plan Anual Operativo 2015 de la Auditoría Interna, con el fin de evaluar la gestión técnico-administrativa del Servicio de Emergencias del Hospital de San Juan de Dios.

Los resultados de la evaluación determinaron que existen aspectos de mejora en la gestión administrativa del Servicio, ante debilidades en el proceso de planificación, definición de métricas y programación de las labores del servicio y coordinación con los centros de salud de la red adscritas al Hospital San Juan de Dios.

Se procedió con el análisis de los indicadores de gestión del Servicio los cuales debieron de recabarse mediante consulta al Sistema de Información Hospitalaria SIH, ya que la información con la cual se gestiona actualmente en el Servicio es con el boletín estadístico, siendo esta muy general, evidenciándose diferencias en los registros, producción mensual sobre hojas de puerta abiertas, así como en la determinación de tiempos en pacientes que registran larga estancia y pacientes reincidentes.

Se identifica la ejecución de un modelo de clasificación de emergencias (TRIAGE), sin embargo la documentación de este es inexistente, y que deben de ser solventadas para un mejor control interno y mecanismos de divulgación y capacitación en el personal.

Por otro lado, se concluye que la gestión administrativa del Servicio, debe fortalecer la cultura de rendición de cuentas de la gestión y producción del Servicio en tiempos determinados, considerando las supervisiones de las actividades asistenciales de los profesionales médicos, disminuyendo así la posibilidad de que se materialicen riesgos en la atención directa a los pacientes.

Es importante que la Administración realice un análisis profundo sobre la demanda que es atendida en el Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, considerando los lugares o servicios de donde provienen, así como los centros de salud del primer y segundo nivel que más están remitiendo casos a esta Unidad, y así poder establecer las estrategias correspondientes para disminuir la saturación del Servicio, y brindar una mejor atención al paciente en la solución de los problemas de salud que estos presentan.

Este Órgano de Fiscalización ha solicitado a la Gerencia Médica, se lleven a cabo las acciones correspondientes para mejorar la coordinación entre centros de salud del primer y segundo nivel y el Hospital San Juan de Dios, para crear una estrategia de atención de urgencias, así como la correspondiente capacitación de los profesionales médicos de estas unidades a fin de que agotar las posibilidades terapéuticas antes de ser enviados al tercer nivel de atención.

Asimismo, se le solicita a la Jefatura del Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, la verificación de las estancias prolongadas, los pacientes reincidentes, el fortalecimiento de las supervisiones asistenciales de los médicos y realizar las gestiones correspondientes para disponer de un mejor control de la producción del Servicio mediante mecanismos automatizados con información confiable y oportuna.



**ASS-67-2016**  
**24-05-2016**

**ÁREA SERVICIOS DE SALUD**

**EVALUACIÓN ESPECIAL SOBRE ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL:  
SERVICIO DE EMERGENCIAS**

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS U.P. 2102**

**ORIGEN DEL ESTUDIO**

La evaluación se realizó en cumplimiento del Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud 2015, Estudios Integrales Gerenciales, Servicio de Emergencias.

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la gestión técnico-administrativa realizada por las autoridades del Hospital San Juan de Dios, en el área de Emergencias, con la finalidad de verificar el sistema de control interno, cumplimiento del marco normativo y aprovechamiento de los recursos disponibles.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

**ALCANCE**

El estudio comprende la revisión y análisis de las acciones y actividades desarrolladas en el Servicio de Emergencias, en relación con la gestión técnico-administrativa, oportunidad en la atención médica y aspectos de control interno.

La evaluación comprende el período 2014 y primer semestre 2015, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró pertinente.

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

**METODOLOGÍA**

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

- Solicitud de información a la Dirección Médica, Jefatura del Servicio de Emergencias, Recursos Humanos, Área de Estadística en Salud, Contraloría de Servicios, y departamento de Informática.
- Consulta a los siguientes funcionarios de la Institución:



- Dr. Héctor Araya Zamora, Director General CAIS Desamparados.
  - Dra. Mylena Quijano Barrantes, Directora General Área de Salud de Hatillo.
  - Dr. Carlos Enrique Salas Sandí, Director General Área de Salud Mata Redonda.
  - Dra. Kathia Herrera Fernández, Directora General, Área de Salud Puriscal – Turrubares.
  - Dr. Alberto Ferrero Aymerich, Director General, Área de Salud Pavas Coopesalud R.L.
- 
- Consulta al Área de Estadísticas en Salud Institucional.
  
  - Inspección física de las instalaciones en las cuales se brinda atención al paciente, en el Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios.
  
  - Entrevista escrita con el Dr. Miguel Ángel Villalobos Chaves, Jefe de Emergencias del Hospital San Juan de Dios.

#### **MARCO NORMATIVO**

- Constitución Política de Costa Rica.
- Ley Constitutiva de la C.C.S.S. N°17.
- Ley General de Salud. N°5395.
- Ley General de la Administración Pública. N°6227.
- Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. N°8239.
- Ley General de Control Interno, N° 8292.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales, N° 1743-SPPS.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento del expediente de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social<sup>1</sup>.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría en el Sector Público.
- Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas. Decreto ejecutivo N° 30694-S.
- Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de División Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Área de Salud Colectiva, Subárea Vigilancia Epidemiológica, 2011.

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

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley

---

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



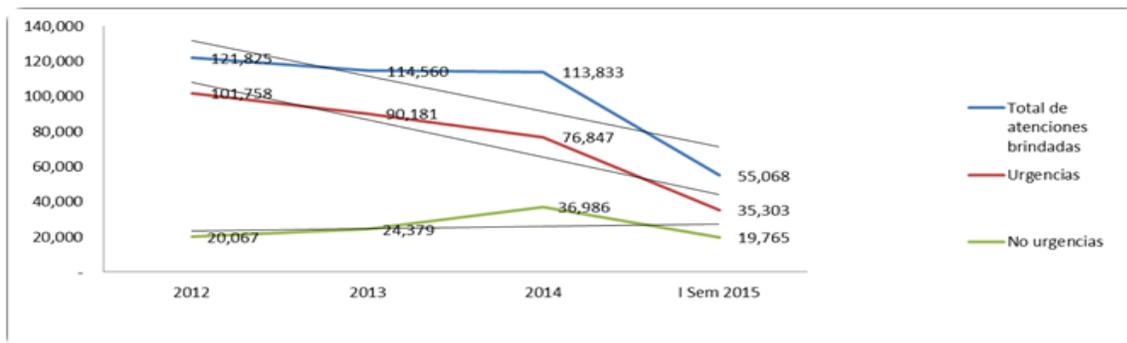
**Cuadro 1**  
**Camas disponibles en Emergencias**  
**Hospital San Juan de Dios, 2015**

ESPECIALIDAD	CAMAS
Medicina	16
Cirugía	8
Total	24

Fuente: Área de estadísticas en salud, CCSS.

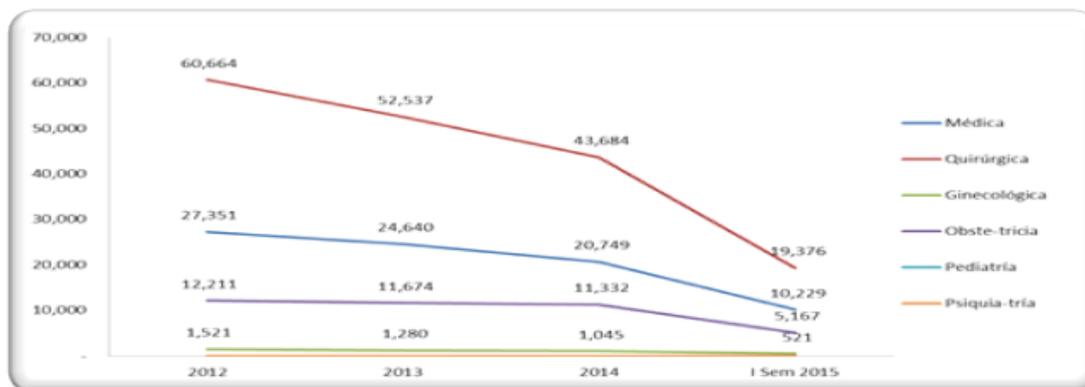
Sobre el total de urgencias atendidas se observó lo siguiente para los años 2012 al I semestre de 2015.

**Cuadro 2**  
**Total de urgencias y no urgencias atendidas en el**  
**Hospital San Juan de Dios del 2012 al I semestre del 2015.**



Fuente: Departamento de Estadística Hospital San Juan de Dios.

**Cuadro 3**  
**Cantidad de Urgencias por Especialidad Atendidas en el**  
**Hospital San Juan de Dios, del 2012 al I Semestre del 2015.**



Fuente: Departamento de Estadística Hospital San Juan de Dios.



En lo referente a la cantidad de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización, el 69% de los usuarios consultaron en el servicio de Emergencias, en contraposición al 27% que accedieron por consulta externa como se ilustra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4**  
**Cantidad ingresos por área**  
**Hospital San Juan de Dios, a mayo del 2015.**

Servicio	Total General	Área de Ingreso		
		Consulta externa	Urgencias	Nacimiento
<b>Total General</b>	<b>10521</b>	<b>2891</b>	<b>7225</b>	<b>405</b>
Medicina	2,344	740	1,604	0
Cirugía	3,744	1,020	2,724	0
Oncología	397	328	69	0
Ginecología	602	416	186	0
Obstetricia	2,991	357	2,634	0
Neonatología	443	30	8	405

Fuente: Departamento de Estadística Hospital San Juan de Dios.

## HALLAZGOS

### 1 SOBRE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se determinó la existencia de oportunidades de mejora en la gestión administrativa y análisis estratégico del Servicio de Emergencias, que inciden en la toma de decisiones para el desarrollo de las labores en la unidad. Dentro de los aspectos evidenciados se encuentran los siguientes:

#### 1.1 PLAN PRESUPUESTO Y LA DEFINICIÓN DE METAS

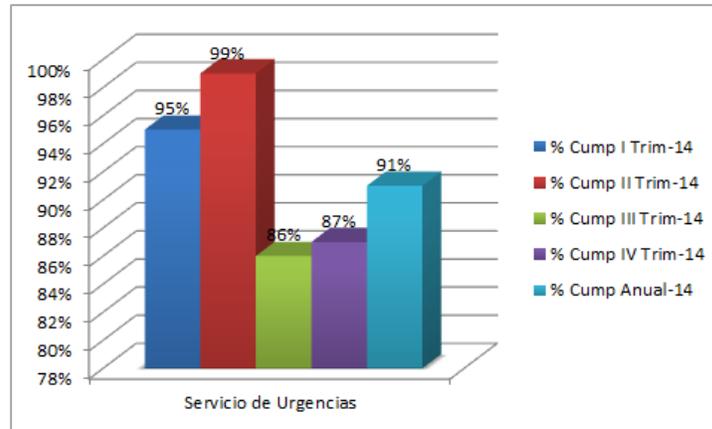
Se determinó que el Hospital San Juan de Dios dispone del Plan Presupuesto, en donde se definen metas para el Servicio de Emergencias, sin embargo se observan incumplimientos de estas, y una disminución en los porcentajes de logro, si se compara con los resultados de años anteriores.

Al respecto, en enero del 2015 se presentó el seguimiento anual del plan presupuesto del año 2014, el cual en su apartado de descripción de logros, describe lo siguiente para el servicio de emergencias:

*“Respecto a los otros Servicios, tanto en Odontología como en Urgencias la producción lograda se encuentra dentro de los rangos aceptables, gracias a los esfuerzos internos por mantener una producción constante y de calidad. La eficiencia de ambos servicios se puede apreciar en las Tabla 6 y 7, así como en los gráficos 9 y 10.”*

Al analizar las tablas y gráficos mencionados se observa lo siguiente:

**Figura 1. Porcentaje de cumplimiento de Metas Plan Presupuesto  
Servicio de Emergencias  
Hospital San Juan de Dios  
2014**

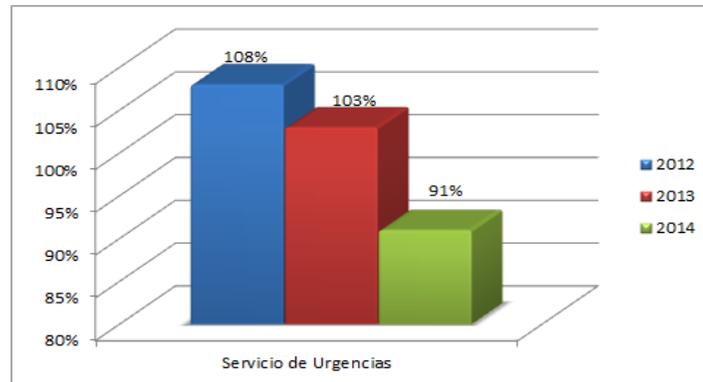


Fuente: Seguimiento Anual del Plan Presupuesto 2014

En la figura 1, se observa que el cumplimiento de la meta definida para consultas en el servicio de Emergencias fue del 91%, siendo el II Trimestre el que presentó un mejor comportamiento, al identificarse un 99% de cumplimiento.

Sin embargo al comparar con años anteriores, se identifica una disminución en el cumplimiento de las consultas atendidas en el Servicio de Emergencias pasando de un 108% de cumplimiento en el 2012 a 91% en el 2014, lo que representa en los tres años una diferencia de 17 puntos porcentuales, como se observa en el siguiente gráfico:

**Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de Metas Plan Presupuesto  
Servicio de Emergencias  
Hospital San Juan de Dios  
2012-2014**



Fuente: Seguimiento Anual del Plan Presupuesto 2014



Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su artículo 3.3 “Vinculación con la planificación institucional”, señala:

*“La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y en consecuencia, de los riesgos correspondientes.*

*Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos.” (El resaltado no es del original)*

Lo descrito, referente al comportamiento de esta meta evidencia que el proceso de planificación presenta oportunidades de mejora, en lo referente a la definición de metas y la supervisión de este proceso, lo que ha ocasionado una ejecución inferior a la pactada en el Plan Presupuesto del Hospital, que se refleja en la disminución en el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en comparación con los años 2012 y 2013.

Estos comportamientos tan variables de un periodo a otro, limita la certeza de que la definición de las metas en los distintos ejercicios anuales, faciliten la medición del avance cumplimiento y logro de objetivos organizacionales planteados.

## **1.2 INDICADORES INCORPORADOS EN EL PLAN PRESUPUESTO**

Se observaron inconsistencias en los datos de los indicadores incluidos en el informe de cumplimiento de metas, en relación con el valor definido en el instrumento<sup>2</sup> del plan presupuesto.

En el mes de agosto del 2015, se presenta el I seguimiento semestral del plan presupuesto 2015, en el cual se menciona que el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas para el Servicio de Urgencias fue del 96.6%; sin embargo al analizar el instrumento del plan presupuesto del Hospital, llama la atención que los datos varían en relación con el reporte de cumplimiento de metas, por cuanto para el indicador de pacientes “en observación”, en el reporte se registra un cumplimiento del 81.4%, siendo que el indicador de gestión refleja un 75,2%.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el en el capítulo IV, numeral 4.4, Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información, refiere:

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

Lo descrito evidencia una insuficiente supervisión al proceso de registro y cumplimiento de las metas con sus respectivos ajustes, lo que afecta la confiabilidad de la información generada en los diferentes instrumentos que se utilizan para la revisión de los porcentajes de ejecución, afectando la eficiencia en la toma de decisiones.

---

<sup>2</sup> Herramienta en Excel



Tal situación implica que el sistema de control interno implementado, no ha garantizado la disposición de información consistente acerca de la gestión de los servicios.

## **2 INDICADORES DE PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

Se determinó que no se dispone de análisis periódicos de indicadores de la gestión del Servicio, con el fin de verificar el comportamiento o tendencias de variables relacionadas con la atención de pacientes, patologías, tiempos de respuesta, entre otros, por lo que el control y análisis de indicadores se limita a la información contenida en el boletín estadístico, aun cuando el Hospital dispone de un sistema automatizado llamado SIH (Sistema de Información Hospitalaria), que entre otros, brinda los siguientes informes que podrían ser utilizados como insumo para el análisis de la gestión:

- Información de pacientes registrada en la Hoja de Urgencias donde se dispone de fecha y hora de ingreso, egreso y tiempo de estancia, así como tipo de aseguramiento.
- Atenciones por tipo, clasificados en urgencias, no urgencias, observación, fallecidos, y choque.
- Datos por horas de atención, donde se incluye cantidad de hojas cerradas el día de atención, día posterior, u hojas sin cerrar.
- Información de pacientes que no registran cierre de las hojas de atención, por ende acumulación en el registro de horas de atención.

En este sentido, el boletín estadístico emite el cuadro #17, sobre la atención de urgencias, que si bien es cierto incluye información sobre el total de atenciones y lo clasifica por total de urgencias y no urgencias, así como el tipo de urgencia a saber, médica, quirúrgica, ginecológica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica u odontológica, no brinda información más detallada para monitorear y establecer estrategias sobre la gestión.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su artículo 1.2 b “Exigir confiabilidad y oportunidad de la información”, indica:

*“Se debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comunique con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.”*

La ausencia de análisis de indicadores se ve reflejada en la inexistencia de informes periódicos sobre el estado del servicio, que sean instrumento para comunicar a la Dirección General u otros entes, el comportamiento real en la atención de pacientes en el Servicio de Emergencias, tendencias de morbo-mortalidad, entre otros, y disponer de información suficiente acerca de la gestión de la unidad. Si bien es cierto actualmente se dispone del Sistema de Información Hospitalaria, en el cual se incluye un módulo de Emergencias, este no es utilizado con el fin de analizar estratégicamente los resultados del Servicio.

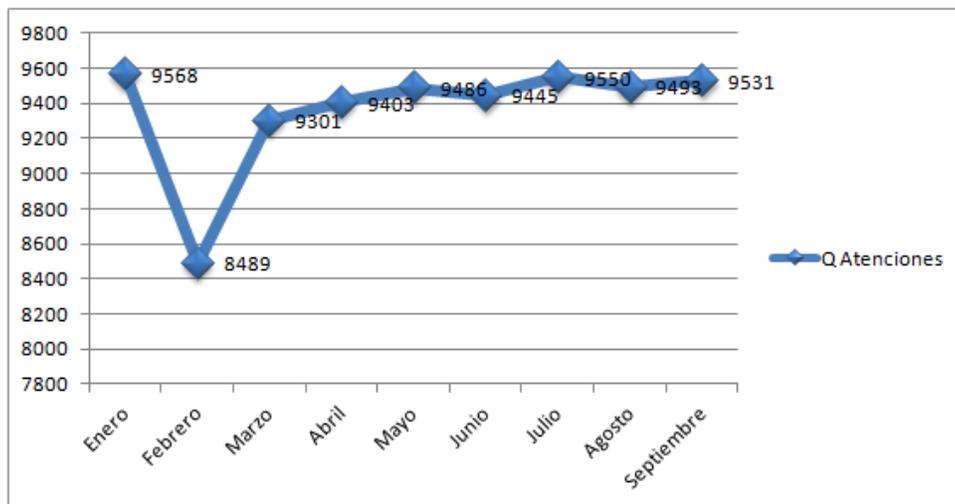
La ausencia de un análisis detallado de indicadores claves de la gestión del Servicio de Emergencias, puede ocasionar que no se disponga de toda la información necesaria, que sustente la toma de decisiones oportunas y la definición de acciones de corto y mediano plazo, relacionadas con la gestión del servicio y la atención de los usuarios.

### 3 ANÁLISIS DE ATENCIONES BRINDADAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se evidenció que no se disponen de análisis referentes a las atenciones brindadas en el servicio a su cargo, mediante el cual se identifiquen aspectos como demandas estacionales, franjas de horario con mayor afluencia de pacientes, incidencia del lugar de residencia y de pacientes con mayor cantidad de ingresos en el servicio.

Al respecto, para el periodo de enero a setiembre del 2014 se registraron un total de 84,266 hojas de atención de urgencias, con un promedio de 9.363 hojas por mes, siendo febrero el periodo en el cual se registraron menos atenciones, con 8.489 hojas de puerta, como se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1. Cantidad de casos ingresados por mes  
Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios  
Enero - Setiembre 2015**



Fuente: Reportes Sistema de Información Hospitalaria SIH.

Asimismo, se identifica que de 12 medio día a 6 de la tarde es la jornada donde existe una mayor demanda de pacientes, seguido del turno de las 6 de la mañana a 12 medio día, por lo que es un indicador que debe de ser considerado por la jefatura del Servicio a la hora de realizar la programación del recurso humano y la distribución de horarios ordinarios y no ordinarios, tal y como se observa en el cuadro 5:

**Cuadro 5  
Total de ingresos de pacientes por horas en el  
Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios  
Enero - Setiembre 2015**

Jornada	Número de Hojas
12 Mn a 6 Am	7,455
6 Am a 12 Md	24,074
12 Md a 6 Pm	31,070



6 Pm a 12 Mn	21,667
<b>Total</b>	<b>84,266</b>

Fuente: Reportes Sistema de Información Hospitalaria SIH.

Al respecto la Ley General de Control Interno en su capítulo II, artículo 13 establece:

*“Artículo 13.—Ambiente de control. En cuanto al ambiente de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:*

*b) Desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado, orientados al logro de resultados y a la medición del desempeño, y que promuevan una actitud abierta hacia mecanismos y procesos que mejoren el sistema de control interno.*

*c) Evaluar el funcionamiento de la estructura organizativa de la institución y tomar las medidas pertinentes para garantizar el cumplimiento de los fines institucionales; todo de conformidad con el ordenamiento jurídico y técnico aplicable.”*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su punto 5.1 “Sistemas de Información” refiere:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información, los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas.”*

También en su punto 5.6 “Calidad de la información”, especifica:

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

Además en el punto 5.9 “Tecnologías de información”, indica:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben propiciar el aprovechamiento de tecnologías de información que apoyen la gestión institucional mediante el manejo apropiado de la información y la implementación de soluciones ágiles y de amplio alcance. Para ello deben observar la normativa relacionada con las tecnologías de información, emitida por la CGR.13 En todo caso, deben instaurarse los mecanismos y procedimientos manuales que permitan garantizar razonablemente la operación continua y correcta de los sistemas de información.”*

Este tipo de análisis no es llevado a cabo por los responsables del Servicio de Emergencias, ante la ausencia de una cultura administrativa de recopilación de información y posterior análisis, aun cuando existe un sistema que posee reportes con información de los pacientes atendidos en el Servicio, el cual contiene información importante que podría ser utilizada realizar el análisis requerido para la correcta toma de decisiones y mejora de los procesos.



La limitación en la obtención de datos de forma correcta y diligente, que brinden indicadores esenciales a las autoridades del Servicio y del hospital, para su posterior análisis, afecta la oportunidad en la información disponible para la toma de decisiones relacionadas con la planificación y la organización de las actividades, así como la gestión de los procesos en beneficio de los pacientes.

#### 4 ATENCIÓN DE CONSULTAS NO URGENTES Y LA COORDINACIÓN CON LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

El Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios en el periodo 2014 registró 113.833<sup>3</sup> atenciones, de las cuales un 68% (76.847) fueron catalogadas como urgentes y un 32% (36.986) como no urgentes, sin identificarse de donde provienen estos pacientes y sin evidenciar estrategias claras para el abordaje de este tipo de consultas, en donde se coordine con los centros médicos de la red de servicios del Hospital, para analizar las acciones a implementar en la disminución del 32% de atenciones registradas como no urgentes.

Además se documentó de la revisión de 212 hojas de urgencias en donde se brindó atención asistencial a usuarios el 24 de setiembre del 2015 y que no requirieron internamiento, donde el 16% de los casos (34) fueron consultas clasificadas como nivel V “en donde la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas o ser referido al centro de salud de adscripción del usuario”. Al respecto, se verificó la presencia de 12 casos de pacientes referidos del primer, segundo o el mismo tercer nivel de atención.

De los pacientes referidos y que consultaron al servicio de emergencias del H.S.J.D., se documentó lo siguiente:

- Usuarios que son referidos para colocación de insulina.
- Control por dengue.
- Valoración de urocultivos.
- Tratamientos de dolores crónicos (talangia de 4 meses de evolución)
- Usuario referido por fractura de cadera, que al ser valorado en el servicio de emergencias del H.S.J.D se le documenta lumbalgia.
- Pacientes que consulta para que se le realice cambio de sonda Foley.
- Estreñimiento.
- Se documentaron referencias en blanco, en las cuales no se indica el motivo por el cual fue referido el paciente.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales, en el artículo 60, dispone:

*“(...) Serán servicios de emergencia aquellos...; que atenderán no solo las emergencias que surjan entre los enfermos Hospitalizados, sino también las de origen extra Hospitalario a cualquier hora del día.”*

*Artículo 62. El Servicio de Emergencias tiene por objeto:*

*a. La atención integral e inmediata, sin discriminación alguna, de enfermos que por accidente o enfermedad lleguen al establecimiento y cuya atención no pueda ser postergada (...).”*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su artículo 1.2 C “Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”, establecen:

<sup>3</sup>Según cuadro 17 del boletín estadístico



*“El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.”*

Además en su inciso 4.2 A “Integración a la Gestión” refiere:

*“Las actividades de control diseñadas deben ser parte inherente de la gestión institucional, e incorporarse en ella en forma natural y sin provocar menoscabo a la observancia de los principios constitucionales de eficacia, eficiencia, simplicidad y celeridad, y evitando restricciones, requisitos y trámites que dificulten el disfrute pleno de los derechos fundamentales de los ciudadanos.”*

Si bien la aplicación del actual modelo de clasificación TRIAGE, ha colaborado en una mejor distribución de los pacientes según su gravedad, no existe una identificación formal sobre los lugares de proveniencia de estos pacientes, por lo que esta situación, genera que no se realicen acciones en conjunto con los centros de salud de la red perteneciente al Hospital San Juan de Dios, para establecer estrategias y así poder tratar estos pacientes en el primer o segundo nivel de atención.

La ausencia de una coordinación entre el Hospital San Juan de Dios y los centros de salud pertenecientes a la red, específicamente en el tema de las atenciones en emergencias puede ocasionar una saturación en el Servicio, considerando los casos no urgentes, situación que eventualmente puede incidir en los tiempos de resolución y la oportunidad para la atención de los usuarios en las unidades que les corresponde, según lugar de adscripción.

## 5 SOBRE LOS EGRESOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, PRODUCTO DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

Se determinó que el 70% de los egresos de pacientes hospitalizados (7.225), corresponden a usuarios que ingresaron por el servicio de emergencias y el 30% a pacientes de Consulta Externa, como se observa en el cuadro 9.

Situación que llama la atención debido a que los pacientes con una emergencia consultan por patologías cada vez más complejas y requieren de una cama para ingresar a salón en hospitalización.

En recorrido del 23 de noviembre del 2015, se documentó en el área de medicina de emergencias, aglomeración de pacientes, y ocupación total de las 14 camas disponibles, factor que se agrava considerando las patologías por las cuales es atendido el usuario.

**Cuadro 9. Producción de Egresos por servicio y por área de ingreso  
Hospital San Juan de Dios, 2015.**

Servicio	Total General	Área de Ingreso		Porcentaje de atención por área de ingreso	
		Consulta externa	Urgencias	Consulta externa	Urgencias
Total General	27061	7784	18355	28.76	67.83
Medicina	5,865	1,897	3,968	7.01	14.66
Cirugía	9,876	2,922	6,954	10.80	25.70



Oncología	1,064	879	185	3.25	0.68
Ginecología	1,602	1,085	517	4.01	1.91
Obstetricia	7,602	896	6,706	3.31	24.78
Neonatología	1,052	105	25	0.39	0.09

Fuente: Departamento de Estadística, H.S.J.D

El Reglamento General de Hospitales Nacionales establece lo siguiente:

*“Artículo 60 (...) Serán servicios de emergencia aquellos(...); que atenderán no solo las emergencias que surjan entre los enfermos Hospitalizados, sino también las de origen extra Hospitalario a cualquier hora del día.*

*Artículo 62. El Servicio de Emergencias tiene por objeto:*

*a. La atención integral e inmediata, sin discriminación alguna, de enfermos que por accidente o enfermedad lleguen al establecimiento y cuya atención no pueda ser postergada (...).*

*Artículo 73.-Cuando las facilidades de organización y recursos de un Hospital lo permitan, podrán agregarse al Servicio de Emergencias camas de emergencia para hospitalización transitoria. Tal disposición deberá ser previamente aprobada por la Dirección General de Asistencia, con base en las necesidades v recursos que justifiquen tal medio.*

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su artículo 1.2 C “Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”, establecen:

*“El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.”*

Además en su inciso 4.2 A “Integración a la Gestión” refiere:

*“Las actividades de control diseñadas deben ser parte inherente de la gestión institucional, e incorporarse en ella en forma natural y sin provocar menoscabo a la observancia de los principios constitucionales de eficacia, eficiencia, simplicidad y celeridad, y evitando restricciones, requisitos y trámites que dificulten el disfrute pleno de los derechos fundamentales de los ciudadanos.”*

Lo anterior obedece a que en las actividades de planificación a nivel Institucional y en el centro de salud, no se ha considerado de manera eficiente el impacto y complejidad de las patologías a tratar en el servicio de emergencias, así como el crecimiento de la demanda en los demás servicios de ese nosocomio.

Al respecto, dicha situación limita la capacidad instalada en el servicio de hospitalización para atender los pacientes que han sido programados de la consulta externa. Lo cual eventualmente puede afectar las listas de espera, incrementar los costos de atención, y propiciar que el estado de salud del paciente se agrave y por consiguiente sea el servicio de emergencias la puerta de ingreso para ser tratado por su padecimiento.



## 6 RED DE APOYO AL SERVICIO DE EMERGENCIAS

La Red de apoyo del Hospital San Juan de Dios está constituida principalmente por las siguientes áreas de salud de la Región Metropolitana: CAIS Desamparados, Área de Salud Hatillo, Área de Salud Mata Redonda, Área de Salud Puriscal-Turrubares y Área de Salud Pavas (Coopesalud R.L.).

Al realizar un análisis de la capacidad de apoyo se determinó lo siguiente:

- Existen 3 Áreas de Salud que disponen de servicios de emergencias con funcionamiento 24 horas diarias de lunes a domingo (CAIS Desamparados, Área de Salud Hatillo y Área de Salud Puriscal- Turrubares), un área de salud que labora de 6 am a 10 pm de lunes a domingo (Mata Redonda) y una 12 horas de lunes a viernes (7am- 7pm) (Área de Salud Pavas Coopesalud R.L.).
- La atención en los servicios de emergencias en las 5 áreas de salud citadas es otorgada en horario ordinario por médicos generales, quienes en su mayoría no disponen de cursos de capacitación como: CREC, RCP Básico, ATLS, entre otros; o en su defecto se encuentran vencidos o desactualizados.
- Dichas unidades carecen de médicos especialistas de planta o de apoyo que coadyuven a mejorar la resolutivez de las patologías por las cuales consulta el paciente y maximicen el uso de los recursos existentes.
- Se determinó que el CAIS de Desamparados y el Área de Salud de Hatillo son las únicas que disponen de servicios de apoyo completo (laboratorio, rayos x, farmacia) durante la jornada en que brinda atención asistencial; sin embargo frecuentemente el equipo de rayos X de Hatillo se encuentra dañado o fuera de servicio. En el caso del Área de Salud Puriscal- Turrubares a pesar de que brinda atención médica 24 horas, después de las 10 p.m. se carece del apoyo de los servicios de laboratorio y farmacia, situación que agrava la toma de decisiones por parte del profesional de salud y aumenta el número de traslados, en el caso de rayos X este deja de brindar el servicio posterior a las 4 p.m., por su parte, el Área de Salud Pavas carece de servicio de Rayos X.
- Sobre las líneas de comunicación entre el Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios y las Áreas de Salud adscritas, se evidenció que no se dispone de una directriz o lineamientos orientados a la aplicación de guías de atención, protocolos de referencia, contra referencia y/o acompañamiento por parte del tercer nivel o viceversa, además no existe un proceso de retroalimentación con la finalidad de documentar la calidad de la atención brindada por el personal médico que refiere y contra refiere, que eventualmente funcione como base para la toma de decisiones y que garanticen una adecuada y oportuna utilización de los recursos.
- Sobre la cantidad de traslados registrados en el 2014, por los servicios de emergencias de las Áreas de Salud, al servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios y que fueron consideradas por los médicos tratantes del primer o segundo nivel de atención como patologías urgentes, se evidenció que las áreas de salud que más pacientes refirieron son:

**Cuadro 6**  
**Total de pacientes atendidos y referidos por las áreas de Salud**  
**adscritas al Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, 2014.**

Área de Salud	Cantidad de atenciones Urgentes	Cantidad de Traslados al H.S.J.D.	Porcentaje de Referencias al H.S.J.D.
CAIS Desamparados	46.682	8.516	18.2
Área Salud Hatillo	74.324	2.666	3.58
Área de Salud Mata- Redonda	4.444	636	14.31
Área de Salud Puriscal- Turrubares	27.446	4.368	15.91
Área de Salud Pavas (Coopesalud R. L.)	21.518	2.778	12.91

Fuente: Áreas de Salud, Área Estadísticas en Salud, CCSS.

El documento denominado: “Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas” menciona en relación a la red de servicios:

*“La red de servicios se define como el conjunto de instituciones, públicas y privadas, de diferentes niveles de atención y grados de complejidad, organizadas en función de la relación de oferta y demanda de servicios de salud; del perfil epidemiológico de la población que habita en una área geográfica determinada; de la capacidad resolutoria de las instituciones de salud que se ubican en la zona; y de la relación costo-efectividad derivada de la atención de los problemas de salud, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de una población determinada, mediante la prestación de servicios en las áreas de promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación”.*

El Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, menciona en relación a la Red lo siguiente:

*“Artículo 13:*

*(...) Los establecimientos de salud estarán articulados entre sí en redes de oferta de servicios según niveles de atención, capaces de ofrecer cobertura universal con servicios en el primer nivel de atención y acceso escalonado a los niveles de mayor complejidad, según resulte apropiado a la necesidad del usuario.*

*Artículo 43*

*(...) son funciones básicas de los Hospitales, las siguientes:*

*3. Coordinar actividades con los centros de mayor y menor complejidad en la red de servicios de salud y con los comités que representan a las comunidades.*

*4. Participar activamente en el proceso de referencia de pacientes (...).”*

Una insuficiente coordinación, supervisión, comunicación y apoyo por parte de las autoridades de los centros asistenciales adscritos al hospital de referencia y viceversa, ocasiona que los servicios y atención asistencial se brinden de manera fraccionada, aspecto que influye en el trabajo en Red y por ende, en el uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles.

La situación antes descrita afecta la prestación eficiente y eficaz de los servicios asistenciales que se brindan al usuario, pues de existir una Red de Apoyo debidamente articulada y coordinada, se pueden establecer niveles



óptimos de atención, referencia y contrarreferencia, con el fin de tratar las patologías que presentan los pacientes, de acuerdo a su complejidad sin que desmerite la prestación asistencial o se saturen las unidades de mayor nivel resolutivo.

## **7 SOBRE LAS ATENCIONES BRINDADAS EN EL SERVICIO**

Con el objetivo de obtener los datos ingresados en el momento de la confección de las “hojas de puerta”, cuando el paciente solicitó atención en el Servicio de Emergencias, se realizó consulta al Sistema de Información Hospitalaria (SIH), considerando el periodo de enero a setiembre del 2015, determinándose lo siguiente:

### **7.1 DIFERENCIAS EN EL REGISTRO DEL TOTAL DE ATENCIONES DE PACIENTES EN EL SERVICIO**

Se presentan diferencias en los datos totales de los reportes por “tipo de atención” del SIH<sup>4</sup>, si esta información se compara con el reporte de “pacientes por mes” del mismo sistema; por cuanto en el sistema se registra que de enero a setiembre se ejecutaron 84,266 hojas de puerta; sin embargo, en los reportes de pacientes clasificados por tipo de atención se totaliza un monto de 101,113 atenciones, lo que representa una diferencia de 16,847 hojas. Similar situación sucede con el reporte de “hojas de puerta abiertas y hojas de puerta cerradas”, por cuanto este reporte totaliza un dato de 84,370 hojas en ese periodo de tiempo, existiendo una diferencia de 104 hojas de puerta.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su artículo 4.4 “Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información”, establece:

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

Además, en el artículo 5.4 “Gestión Documental” indica:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional, mediante la que se ejerza control, se almacene y se recupere la información en la organización, de manera oportuna y eficiente, y de conformidad con las necesidades institucionales.”*

Así mismo, el citado cuerpo normativo en su artículo 5.6 “Calidad de la información” refiere:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo.”*

Es criterio de esta Auditoría, que lo descrito evidencia que el sistema de información es alimentado con datos incorrectos, y que el proceso de registro presenta debilidades. Lo descrito implica que no se ha garantizado un sistema de control interno que propicie el cumplimiento de los objetivos de dicho sistema, en cuanto a la disposición de información consistente, confiable y oportuna sobre la gestión de los servicios brindados.

<sup>4</sup> Sistema de Información Hospitalaria



No disponer de un control estricto y detallado de la cantidad de atenciones que se brindan en el Servicio de Emergencias, limita el análisis y monitoreo de la gestión de la unidad, debido a la ausencia de información confiable sobre la cantidad de casos que se atienden por día; asimismo, existe el riesgo de no detectar posibles situaciones irregulares ante la ausencia de registros de atención reales.

## 7.2 REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN HOJAS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Se verificó la omisión de datos en las hojas de atención de Urgencias, a partir de la revisión de una selección de 212<sup>5</sup> hojas de atención de urgencias, correspondientes al 24 de setiembre del 2015, verificando que no se registró la siguiente información:

- Lugar de adscripción (24% de las hojas revisadas)
- Clasificación de la urgencia, en 1 caso
- Fecha de ingreso, en 1 caso
- Hora en que se inició la atención, 14% de los casos
- Fecha de egreso (2%)
- Hora de egreso (14%)
- Diagnóstico de egreso, 3 casos
- Destino del usuario 10%
- Firma del profesional de salud al egreso del usuario, 4 casos
- Nombre del profesional médico que atiende al usuario 9%
- No se anota código del profesional médico que atiende al usuario 7%

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

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

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

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

<sup>5</sup> No se consideran hojas de internamiento u hospitalización.



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

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

La Ley General de Control interno, artículo 16, establece:

*“Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiendo esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativas y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada”.*

La situación descrita tiene relación con débiles mecanismos de supervisión y control, los cuales permitan detectar dichas inconsistencias, además la falta de cuidado por parte del personal médico que labora en ese servicio.

La omisión y registro de información en el documento oficial, constituye una debilidad de control interno, lo cual a su vez limita establecer las responsabilidades de los actos de los profesionales que intervienen en el proceso de atención médica, y eventualmente expone a la institución a situaciones de carácter legal, el omitir los antecedentes clínicos del usuario afecta una futura consulta que requiere de dicha información.

## **8 PACIENTES DE LARGA ESTANCIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS REGISTRADOS EN EL SIH<sup>6</sup>.**

Se determinó que del 1 de enero al 30 de setiembre de 2015, 358 pacientes registraron una estancia de más de 8 días en el Servicio, y 244 más de 15 días, de acuerdo con la información almacenada en el sistema SIH (Ver anexo A para detalle), sin evidenciarse la implementación de análisis y/o estrategias para el abordaje de esta situación y reducir las estancias prolongadas en el Servicio de Emergencias.

Al analizar las hojas de atención de urgencias por tiempos de duración entre la hora de ingreso y egreso, se identifica que un 39% de los pacientes duran entre 1 y 4 horas en la atención, y un 22% duran entre 4 a 8 horas, el 19% de los pacientes son atendidos en menos de una hora tal y como se observa en el cuadro 2, sin embargo estos datos podrían no ser confiables, debido a errores de registro en las fechas de egreso del paciente:

---

<sup>6</sup> Sistema de Información Hospitalaria



**Cuadro 7**  
**Total de pacientes según estancia en el Servicio de Emergencias**  
**Hospital San Juan de Dios**  
**Enero - Setiembre 2015**

Tiempo de Estancia	Número de hojas	%
menos 1 hora	16375	19%
1 a 4 horas	32971	39%
4 a 8 horas	18531	22%
8 a 16 horas	7559	9%
16 a 24 horas	2157	3%
más 1 día	6017	7%
más 8 días	358	0%
más 15 días	244	0%
otros	8	0%
<b>TOTAL</b>	<b>84220<sup>7</sup></b>	<b>100%</b>

Fuente: Reportes Sistema de Información Hospitalaria SIH.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales en el artículo 73 establece:

*“Artículo 73.-Cuando las facilidades de organización y recursos de un Hospital lo permitan, podrán agregarse al Servicio de Emergencias camas de emergencia para hospitalización transitoria. Tal disposición deberá ser previamente aprobada por la Dirección General de Asistencia, con base en las necesidades v recursos que justifiquen tal medio.*

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

Los datos expuestos pueden ser causa de un mal manejo del sistema de información, error humano, y/o error de procesamiento por parte del sistema, sin embargo al no disponerse de un mecanismo que controle las horas de estancia de los pacientes, se limita la detección y medición de los casos.

La ausencia de mecanismos de control del tiempo que permanecen los pacientes en el Servicio de Emergencias, dificulta la gestión y disposición de espacios, con la consecuente afectación al usuario en términos de comodidad y calidez, además que el hacinamiento puede implicar que no se realice el proceso de atención con la calidad y seguridad requeridas.

## 9 REINCIDENCIA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se verificó que para el periodo de enero a setiembre del 2015, se atendieron 84.266 personas en el Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, en donde se identifican pacientes policonsultantes, con ingresos de más de 25 veces en ese periodo, sin que se evidencie que se hayan detectado por parte de la Administración, con el fin de brindar seguimiento y desarrollar una estrategia para agotar las posibilidades terapéuticas a sus enfermedades.

<sup>7</sup> Los 46 restantes se deben a datos erróneos en las fechas de registro.



Al respecto, los 8 pacientes que registran mayor cantidad de consultas en el Servicio de Emergencias del centro hospitalario son los siguientes:

**Cuadro 8. Pacientes con mayor cantidad de ingresos al Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios Periodo 2014**

Cédula	Número de veces
501430680	48
111130083	39
15119217	33
108100387	31
104920180	28
900890440	26
111670312	25
104220510	25

Fuente: Reportes Sistema de Información Hospitalaria SIH.

La Ley 8239, Deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, en su artículo 4 "Deberes", establece:

*"Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes:*

*(...)*

- b) Cumplir las instrucciones e indicaciones que les brinde, en forma adecuada, el personal de salud.*
- c) Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.*
- d) Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud. (...)"*

El Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 17 "De la atención integral a la salud", indica:

*"La atención integral a la salud comprende:*

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación*
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica*
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria*
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos*
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete*
- f) Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.*
- g) Asistencia social, individual y familiar."*

Además, en el artículo 78, De las obligaciones y responsabilidades de los asegurados, en el punto g) señala:

*"g) Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia."*



Lo descrito se debe a la ausencia de mecanismos para la identificación de pacientes reincidentes en el servicio de Emergencias, que permitan estudiar y analizar los casos críticos, con el fin de tomar acciones en relación con la referencia al paciente hacia un servicio o nivel, en el cual se le pueda brindar una atención y solución a su patología, reduciendo la asistencia reiterativa a este servicio y favorecer el flujo de usuarios.

Considera esta Auditoría que es importante crear los mecanismos necesarios para atender esta situación, con el propósito de canalizar adecuadamente la atención que debe recibir el paciente y garantizar que los recursos disponibles se utilicen de la forma adecuada.

Lo descrito, en cuanto a que no se realice un abordaje y detección de pacientes reincidentes en el Servicio de Emergencias, afecta la atención de otros usuarios que acuden por un padecimiento urgente, esto debido a que parte de esos pacientes presentan patologías que pueden ser vistas en el primer o segundo nivel de atención, o bien en las distintas especialidades de consulta externa, evitando la saturación del servicio de emergencias y que el recurso humano del Servicio sea destinado dentro de la medida de lo posible, exclusivamente para la atención de casos urgentes.

## **10 SOBRE EL TRIAGE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

Se verificó la implementación de un sistema de clasificación TRIAGE<sup>8</sup> funcional (Triage estructurado) en el Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, sin embargo no se evidencia exista documentación que refleje su formalización, funcionarios responsables, encargados de la ejecución, cronograma de implementación, y revisión del impacto en la atención y oportunidades de mejora detectados.

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

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su artículo 1.2 c “Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”, indica:

*“El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.”*

La Jefatura del Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios ha omitido establecer medidas de control interno que permitan documentar la gestión y ejecución del TRIAGE en el Servicio, con el fin de evidenciar los mecanismos de implementación y la medición del éxito de este.

No disponer de mecanismos formales de implementación y medición del éxito en la aplicación de un proceso de clasificación como el TRIAGE, que tiene un impacto esencial en la prestación de servicios de urgencias, y afecta la oportunidad y calidad de la atención, implica que la retroalimentación acerca del funcionamiento de dicho proceso no es la óptima, limitando la disposición de información de la gestión.

<sup>8</sup>El TRIAGE es el método de selección y clasificación de pacientes que ingresan al servicio de urgencias donde se debe brindar una valoración rápida y ordenada para identificar enfermedades que requieran atención médica inmediata de aquellas que puedan esperar.



## 11 RENDICIÓN DE CUENTAS POR PARTE DE LA JEFATURA

No se evidenció que se documente formalmente la rendición de cuentas por parte de la jefatura del servicio de Emergencias, de manera que se verifiquen las acciones y resultados obtenidos en un periodo, considerando el cumplimiento de metas, la producción del Servicio a cargo, supervisión ejercida, entre otros aspectos importantes para la evaluación de la gestión como jefatura de la unidad.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en su artículo 4.5.1 "Supervisión constante", establece:

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

La situación descrita obedece a la ausencia de mecanismos de evaluación formales de la gestión, implementados por la jefatura del servicio y/o Dirección General, en la cual se establezcan métricas con base en las metas definidas y la producción de la unidad, limitándose a las herramientas de medición básicas que tiene la institución como la evaluación del desempeño, PAO y los informes estadísticos.

El no disponer de un instrumento formal de la evaluación de la gestión de jefatura del Servicio, que analice los índices de productividad, control de indicadores, tiempos de respuesta, acciones ejecutadas ante situaciones presentadas, puede ocasionar debilidades de control interno, con relación a las métricas con las cuales debe o puede medirse la gestión del Servicio, especialmente en términos de eficiencia y eficacia.

## 12 PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Se determinó que la jefatura del Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, no dispone de un programa de supervisión, orientado a valorar las actividades asistenciales realizadas por el personal de salud a su cargo.

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

*Artículo 28.*

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

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

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

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

*Artículo 66.*

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



El Manual Descriptivo de Puestos, para Profesionales en Ciencias Médicas, señala para el perfil del puesto de Médico Jefe 3, (puesto actual del Jefe del Servicio de emergencias), como una de sus funciones primordiales: "...organizar, coordinar y supervisar las actividades médicas, además de evaluar los métodos de trabajo y realizar los cambios o modificaciones que considere pertinentes, a fin de lograr una mayor eficiencia, y llevar controles variados de las actividades y procesos de la unidad..."

Debilidades en los mecanismos de control y supervisión por parte de la jefatura de servicio, hacia las actividades desarrolladas por los profesionales en salud, obedece a la falta de instrumentos de evaluación que permitan determinar la calidad en la atención.

Los programas de control de la calidad en la atención médica, como instrumentos contribuyen a garantizar el manejo clínico de los pacientes, y que estos se desarrollen de conformidad a los estándares técnicos requeridos, además los actos clínicos deben generarse de acuerdo a las necesidades de salud de los pacientes, situación que impacta en la calidad, eficiencia y eficacia del servicio brindado a los usuarios.

### 13 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

De la revisión de 212 hojas de atención de urgencias, pertenecientes a pacientes atendidos el 24 de setiembre del 2015, se comprobó (100% de los casos) el incumplimiento de la normativa institucional relacionada con la prescripción de medicamentos, según lo indicado en las notas de evolución y tratamiento.

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

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

#### *"Capítulo III.*

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

*“Los asegurados tienen derecho a:*

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

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

*“ ...*

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

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

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

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

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

La falta al deber de cuidado por parte de los profesionales en salud, ocasionan debilidades en los registros de medicamentos en el expediente de salud.

El consignar información completa en el Expediente de Salud es responsabilidad del profesional que prescribe medicamentos, y la omisión de datos genera limitaciones al momento de constatar la indicación del fármaco, con la consecuencia de que ante la duda, el profesional en farmacia no dispense el medicamento al usuario, situación que eventualmente repercute en el proceso de recuperación.



En lo referente a la confiabilidad e integridad de la información de la prescripción de medicamentos realizada al paciente, debe existir garantía de que la misma esté completa, y se refleje de manera coherente y veraz en el expediente de salud del usuario.

#### 14 PLANTA FÍSICA

Mediante recorrido realizado en el Servicio de Emergencias el 23 de noviembre del 2015, se determinó que la planta física, presenta aspectos que requieren fortalecerse a fin de ofrecer un espacio adecuado de atención a los pacientes y desarrollo de las labores asistenciales por parte del personal. Dentro de las limitaciones o circunstancias que limitan la atención, en lo referente a la planta física están las siguientes:

- Limitación en la condiciones del consultorio de clasificación de pacientes, pues no existe privacidad para el usuario y médico.
- Condiciones de pintura y existencia de filtraciones en el área de espera (validación de derechos).
- Poco personal de seguridad (solo dos oficiales).
- Aglomeración de usuarios y familiares a la entrada del servicio.
- Bodegas con aglomeración de insumos o estibamiento de cajas con alturas inadecuadas (bodega localizada a la par del área de secretaria – jefatura).
- Aglomeración de pacientes en el área de cirugía, tanto en cubículos como en espacio de valoración.
- Pacientes en pasillos, de los servicios de medicina, cirugía y ortopedia.
- En el área común entre cirugía y ginecología, el acceso a los sistemas para control de incendios están obstruidos por camillas, cajas, y otros elementos.
- En relación con el acceso y salida de pacientes encamados del área de medicina se evidenció que existen dificultades para la movilización de los mismos, debido a la aglomeración de usuarios.

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

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

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

##### *“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones*

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

##### *4.5.1 Supervisión constante*

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



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

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

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

Lo antes descrito refleja debilidades en los procesos de supervisión y control por parte de la administración activa quien no ha garantizado el óptimo funcionamiento y cuidado de los activos institucionales, planta física e insumos, así como el control de vectores, la seguridad del paciente y del personal asistencial.

Las condiciones actuales de infraestructura en el área, limitan la prestación de los servicios, dado que podrían comprometer la comodidad y la bioseguridad del usuario externo e interno, con los consecuentes riesgos asociados al proceso de atención, tratamiento y recuperación, lo cual a su vez podría generar complicaciones que puedan presentarse por la permanencia en ambientes como los señalados, o ante una eventual emergencia.

## **CONCLUSIÓN**

La evaluación de la gestión administrativa y técnica del Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, ha permitido la detección de aspectos que requieren un fortalecimiento desde el punto de vista de la gestión del servicio.

Conviene indicar que una adecuada planificación en la gestión de cualquier servicio, es la base para desarrollar en forma adecuada los procesos y actividades, sobre metas y objetivos claramente definidos, así como métricas y variables para medir su cumplimiento. Si bien es cierto, el servicio registra la información correspondiente al boletín estadístico ésta no es suficiente, por lo que debe de existir una práctica de análisis y evaluación de la información que emiten estos indicadores, con el propósito de generar mediciones periódicas del comportamiento en la atención de los pacientes.

Como parte de este análisis de indicadores, es de gran importancia considerar la cantidad de casos atendidos como “No urgentes” y las acciones que puedan desarrollarse en conjunto con los centros médicos de la Red de Servicios de Salud que corresponde, para de tal forma evitar la saturación del Servicio de Emergencias del Hospital. Así mismo, se debe crear un ambiente de coordinación con los centros médicos pertenecientes a la Red del Hospital, de tal forma que se vea un impacto positivo en la oportunidad de la atención y la resolución de los casos.

Es importante que la administración activa obtenga el máximo provecho de las herramientas disponibles actualmente, por lo que el uso correcto de los sistemas de información puede generar valor agregado en materia de control y toma de decisiones, mediante el análisis de ciertos indicadores que se generen.

Por otro lado, la definición y oficialización de un método estándar de clasificación de pacientes (TRIAGE), colabora con el funcionamiento del Servicio, donde hace que la atención de pacientes sea más ágil y acorde a sus necesidades. La divulgación no solo del TRIAGE sino de todos los procesos y protocolos que se tienen documentados en el servicio, es de gran importancia para estandarizar la atención de pacientes, de tal forma que todo el personal del servicio tenga conocimiento de sus actividades obligaciones y responsabilidades.



Además, sobre la gestión de la Jefatura de Servicio, es importante destacar que debe ejercer una práctica de rendición de cuentas, donde periódicamente se analice los índices de productividad del Servicio, así como las decisiones que se adoptan, fundamentadas en hechos probados y documentados, de tal forma que se identifique no solo los aspectos positivos, si aquellas necesidades que se deben atender, además gestionar la disposición de recursos, que contribuyan en la satisfacción del paciente y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Así mismo es importante que la administración activa mediante instrumentos de evaluación, evidencie la capacidad resolutoria y nivel de atención que se brinda a los usuarios que consultan al servicio de emergencias; además en relación a la infraestructura es una necesidad primordial que se desarrolle un plan de atención con la finalidad de otorgar al paciente un espacio adecuado y confortable para la recuperación de la salud.

Sobre la cantidad de pacientes que se atienden en el servicio de emergencias y la capacidad instalada en el nosocomio, es primordial que las autoridades de ese centro de salud analicen los indicadores de gestión en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencias con la finalidad de optimizar los espacios y tiempos de atención, así mismo se debe coordinar a nivel de la red de atención, que patologías realmente deben de ser referidas al servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios, siendo que esta red dispone de clínicas que brindan atención 24 horas.

## **RECOMENDACIONES**

### **A LA GERENCIA MÉDICA**

1. A partir del hallazgo 4, se requiere que esa Gerencia, en conjunto con las instancias que considere pertinentes valore las alternativas técnico-administrativas y elabore un informe, que consigne las propuestas que permitan fortalecer y consolidar los servicios que brinda la Red SUR, con el objetivo de que el hospital San Juan de Dios oriente sus esfuerzos a la atención de casos estrictamente calificados y Urgentes, efectuando con ello un mejor aprovechamiento de los recursos asignados, considerando la capacidad de resolución y oferta de servicios de las clínicas adscritas al Hospital San Juan de Dios, los indicadores de gestión de la Red de apoyo, la ampliación de oferta del servicio asistencial especializada (Emergencias y Consulta Externa).

**Plazo: 9 meses a partir del recibo del presente estudio, para la emisión del informe solicitado.**

2. Considerando lo descrito en los hallazgos 5 y 14, referentes a la limitación de espacio en los Servicio de Urgencias y en los salones de Hospitalización, coordinar con las instancias que correspondan, analizar la viabilidad y de ser procedente elaborar una propuesta de solución para dotar al Hospital San Juan de Dios, de la infraestructura, camas y el recurso necesario que permita al usuario disponer de un espacio óptimo, para que se le realicen los procedimientos terapéuticos necesarios que contribuyan a la recuperación de su salud.

**Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.**

3. Analice, con el fin de garantizar que todos los profesionales que laboran en los servicios de emergencias, dispongan de los conocimientos actualizados en los cursos de soporte (RCP- CREC), la elaboración de un programa de capacitación que beneficie a la red de atención adscrita al Hospital San Juan de Dios.



**Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.**

**A LA JEFATURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

4. Efectuar un análisis del indicador de las atenciones No Urgentes, así como las referencias recibidas de los centros de salud de la red adscritos al Hospital San Juan de Dios, con el propósito de que se elabore una propuesta de mejora, donde se consideren estrategias dirigidas a la gestión de este indicador, para favorecer el uso eficiente de los recursos dispuestos para la prestación de servicios de salud de emergencias.

Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.

5. Analizar las estancias prolongadas registradas en el hallazgo 8 del presente informe, y desarrollar en conjunto con las Jefaturas de Servicios de Hospitalización, un plan de atención estrategias dirigidas a reducir las estancias en Urgencias.

Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.

6. En forma conjunta con el Centro de Gestión Informática, subsanen lo evidenciado en el hallazgo 7.1, relacionado con las incongruencias con las fechas, horas de ingreso y egreso de los pacientes al servicio documentado en el sistema de información.

Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.

7. Considerando lo evidenciado en los hallazgos 1 y 10, esa Jefatura de Servicio, debe garantizar lo siguiente:
  - a. Documentar en el proceso de planificación del Servicio de Emergencias, mediciones del porcentaje de cumplimiento de las metas, así como análisis de los indicadores de gestión y producción del servicio, con el propósito disponer de elementos que permitan fortalecer la gestión de la unidad.
  - b. Formalizar y documentar el proceso de implementación del TRIAGE, definido por el Servicio de Emergencias, contemplando responsables, líneas de autoridad, actividades y medición de resultados obtenidos en su aplicación.

Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

8. Confeccione e implemente una herramienta o instrumento de evaluación/ supervisión relacionada con los procesos asistenciales llevados a cabo por los médicos del servicio; considerando criterios técnicos y científicos probados o normados por la institución, así como lo relacionado al cumplimiento de la normativa en la prescripción de medicamentos, con el fin de adoptar las medidas correctivas que propicien la mejora continua en la prestación del servicio de salud.

Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

9. Implementar un programa de revisión periódica, dirigido a la verificación del correcto llenado, de los expedientes médicos, en cumplimiento de lo normado en el Artículo 32 del Reglamento del Expediente de Salud.



Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

#### **COMENTARIO DEL INFORME**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense del Seguro Social, los resultados del presente estudio fueron comentados el 02 de mayo del 2016, con la Dra. Virya Castro Acuña, Sub Directora General, Dr. José Miguel Villalobos, Jefe del Servicio de Emergencias, y la Licda. Melissa Lázcara Abarca, Asistente de la Dirección General, todos los anteriores del Hospital San Juan de Dios. Asimismo, el 19 de mayo del 2016 se comentaron los resultados con el Dr. Javier Céspedes Vargas, Asesor de la Gerencia Médica.

#### **ÁREA SERVICIOS DE SALUD**

**Ing. Leonardo Fabio Díaz Porras**  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

**Dr. Luis Diego Fernández Mena**  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

**Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas**  
**JEFE SUBÁREA FISCALIZACIÓN DE LA**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**