



Al contestar refiérase a: **ID-89288**

**AD-ASALUD-0067-2023**

8 de junio de 2023

Doctor  
Marino Ramírez Carranza, gerente  
**GERENCIA MÉDICA - 2901**

Doctor  
José Miguel Ángulo Castro, jefe  
**Área de atención integral a las Personas**  
**DIRECCIÓN DESARROLLO SERVICIOS DE SALUD -2904**

Doctor  
Pedro González Morera, director  
**DIRECCIÓN RED DE SERVICIOS DE SALUD- 2906**

Estimados señores:

**ASUNTO: Oficio de Advertencia referente al resultado de verificación del abordaje institucional, en caso de abuso sexual a personas menores de edad.**

Esta Auditoría, en cumplimiento de las actividades preventivas y de asesoría consignadas en el Plan Anual Operativo y con fundamento en los artículos 21 y 22 de la Ley General de Control Interno; procedió a visitar centros de salud del país, con el objetivo de verificar el abordaje Institucional ante la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad (en adelante PME y que corresponde a menores de edad entre los 0 a 17 años), código de diagnóstico T74.2, identificando lo siguiente:

## 1. ASPECTOS GENERALES

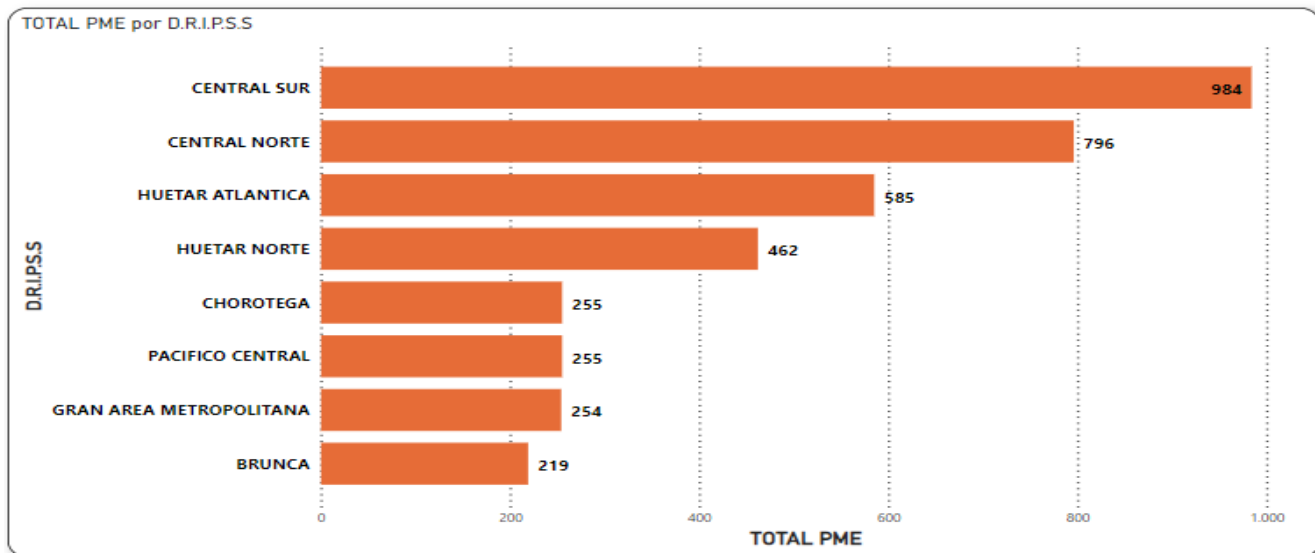
El Código de la Niñez y la Adolescencia (N° 7739), establece que el Estado, será responsable de brindar protección estatal a toda persona menor de edad contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente, de carácter cruel, inhumano, degradante o humillante que afecte su desarrollo integral<sup>1</sup>; lo cual representa, que el resguardo de la PME debe realizarse mediante una coordinación Interinstitucional fortalecida, robusta y oportuna entre todas las Instituciones involucradas (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, Patronato Nacional de la Infancia, Poder Judicial, Ministerio de Salud y otras que designe el Poder Ejecutivo), dada las implicaciones que los actos de violencia en todas sus manifestaciones generan en este grupo poblacional.

<sup>1</sup> Código de la Niñez y Adolescencia, Artículo 13 Derecho a la protección estatal.

Sobre la responsabilidad de la Institución, el código citado detalla que los directores y el personal encargado de los centros de salud públicos o privados, en donde se les brinde servicios a PME, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas<sup>2</sup>. Es por ello que, la Institución ha emitido lineamientos y protocolos para el abordaje de PME atendidas en los diferentes niveles de atención bajo la sospecha de abuso sexual o violencia, recayendo en los Comités de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (en adelante CEINNA) locales, la vigilancia, monitoreo, emisión de recomendaciones, diseño de planes de trabajo estratégicos y el control de registros estadísticos de los casos de violencia que se presenten en todas sus manifestaciones, en los distintos establecimientos<sup>3</sup> de salud<sup>4</sup>.

Esta Auditoría, con el fin de aportar elementos que permitan a la Administración Activa, el fortalecimiento de la prestación de servicios a la PME que se presentan a los establecimientos de salud y se identifique como causa de su atención el diagnóstico “**T74.2 abuso sexual**”, efectuó una revisión de las incidencias por cada D.R.I.P.S.S., identificándose que durante el periodo 2022 la Institución atendió con ese diagnóstico a un total de **3.723 PME en consulta externa y 787 PME en los servicios de urgencias**<sup>5</sup> del país, según se detalla a continuación:

**Gráfico 1**  
**Total de PME atendidas por diagnóstico de Abuso Sexual (T-74.2)**  
**Consulta Externa por DRIPSS<sup>6</sup>**  
**Periodo 2022**



Fuente: Herramienta CUBOS consulta externa

Según se muestra en el gráfico 1, las DRIPSS Central Sur y Central Norte, son las que concentran la mayor cantidad de PME atendidas con diagnóstico de abuso sexual durante el periodo 2022 en los servicios de consulta externa; así mismo, en los servicios de urgencias durante ese periodo, las PME atendidas se concentraron en el Gran Área Metropolitana, según se muestra a continuación:

<sup>2</sup> Código de la Niñez y Adolescencia, Artículo 49º- Denuncia de maltrato o abuso.

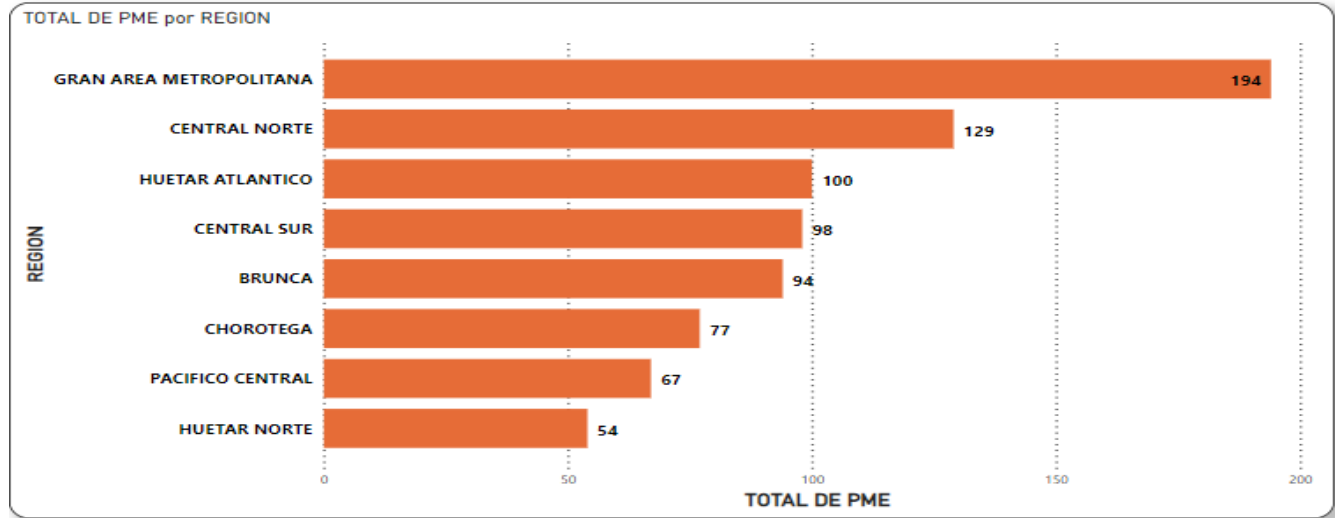
<sup>3</sup> Código de la Niñez y Adolescencia, **Artículo 48 – Comité de estudio del niño agredido**

<sup>4</sup> Manual de Procedimientos Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido - Punto 1.b **Funciones del Comité**

<sup>5</sup> La cantidad de PME detalladas pueden ser atenciones a PME nuevas o subsecuentes que se presentaron en ese periodo.

<sup>6</sup> **Nota del autor:** La Región Gran Área Metropolitana concentra las atenciones recibidas en los hospitales Nacionales y Centros Especializados.

**Gráfico 2**  
**Total, de PME atendidas por diagnóstico de Abuso Sexual (T-74.2)**  
**Urgencias por DRIPSS**  
**Periodo 2022**



Fuente: Herramienta CUBOS Urgencias

En ambas gráficas se identifica que las DRIPSS central norte, central sur y huetar atlántica, presentan la mayor cantidad de PME atendidas con diagnóstico de abuso sexual; sin embargo, es importante destacar que este factor no corresponde necesariamente a un indicador negativo (que sean las regiones donde más eventos violentos contra menores de edad se presenten), sino más bien podría eventualmente generarse ante un proceso de mayor captación por parte de los equipos de salud en los distintos establecimientos.

Al respecto, se determinó que la concentración de casos del Gran Área Metropolitana se presenta en los hospitales Nacional de Niños (10,67 % del total general) y Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres (7,49 % del total general), aspecto vinculado a la disposición de mayores recursos técnicos para el abordaje psicosocial de la persona consultante.

A partir de lo descrito, se considera relevante la valoración integral de esta situación, teniendo en cuenta el riesgo de que no se esté abordando de forma adecuada este proceso en centros de salud que presenten una baja incidencia en la cantidad de PME atendidas, y que se encuentran en zonas de alto riesgo social (bajo índice de desarrollo humano cantonal<sup>7</sup> (IDHc), alto índice de pobreza multidimensional (IPM)<sup>8</sup>, migración, seguridad, etc.).

A continuación, se detalla información de incidencia en centros de salud durante el 2022<sup>9</sup>:

<sup>7</sup> Mide el promedio de los avances en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimiento y un nivel de vida digno.

<sup>8</sup> Mide la pobreza que refleja las múltiples carencias que enfrentan las personas pobres al mismo tiempo en áreas como educación, salud, entre otros.

<sup>9</sup> La información que a continuación se detalla únicamente considera cantidad de PME atendidas, no considera una segmentación de centros de salud en condiciones de riesgo social.

Tabla 1

Unidades con la menor cantidad de PME  
Diagnóstico de Abuso Sexual (T74.2)  
Consulta Externa por DRIPSS  
Periodo 2022

CENTRO DE SALUD	HOMBRE	MUJER	Total
2535 --AREA DE SALUD NICOYA		1	1
2557 --AREA DE SALUD BAGACES		1	1
2318 --AREA DE SALUD SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO	1	2	3
2556 --AREA DE SALUD ABANGARES	1	3	4
2582 --AREA DE SALUD COLORADO	1	3	4
2759 --AREA DE SALUD OSA		4	4
2254 --AREA DE SALUD VALVERDE VEGA		6	6
2553 --AREA DE SALUD MONTES DE ORO		7	7
2758 --AREA DE SALUD CORREDORES	1	6	7
2390 --AREA DE SALUD CORRALILLO-LA SIERRA		8	8

Fuente: Herramienta CUBOS consulta externa

Tabla 2

Unidades con la menor cantidad de PME  
Diagnóstico de Abuso Sexual (T74.2)  
Urgencias por DRIPSS  
Periodo 2022

CENTRO SALUD	HOMBRE	MUJER	NO REPORTA SEXO	Total
2216 --AREA DE SALUD ALAJUELA NORTE	1			1
2233 --AREA DE SALUD BELEN-FLORES		1		1
2235 --AREA DE SALUD NARANJO		1		1
2251 --AREA DE SALUD ATENAS	1			1
2256 --AREA DE SALUD OROTINA-SAN MATEO		1		1
2273 --AREA DE SALUD SAN ISIDRO		1		1
2274 --AREA DE SALUD HEREDIA-VIRILLA		1		1
2276 --AREA DE SALUD ALAJUELA SUR		1		1
2382 --AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL		1		1
2387 --AREA DE SALUD SANTA ANA	1			1
2392 --AREA DE SALUD EL GUARCO	1			1
2553 --AREA DE SALUD MONTES DE ORO		1		1

Fuente: Herramienta CUBOS urgencias

## 2. REVISIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS CEINAA

Esta Auditoría Interna, visitó distintos centros de salud<sup>10</sup>, para efectuar en conjunto con las personas trabajadoras que conforman los equipos CEINAA, una revisión de casos aleatorios, con el objetivo de identificar el cumplimiento de lo establecido en el Manual de Procedimientos: Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS, identificando los siguientes aspectos de mejora:

### a) Fortalecimiento de los equipos CEINAA

El Manual de Procedimientos Gestión del CEINAA<sup>11</sup>, detalla que además de la participación de las disciplinas definidas por parte de la Dirección de los establecimientos de salud, deberá integrarse un representante del Patronato Nacional de la Infancia (en adelante PANI) en todos los niveles de atención, representación de la Unidad Local del Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud (CEN-CINAI) en el primer nivel de atención y Ministerio Público en los centros de salud Nacionales y Especializados; según se establece en el artículo 48 del Código de la Niñez y Adolescencia y el Decreto Ejecutivo N° 30007-S “Reglamento para los Comités de Estudio de Niño, Niña y Adolescente Agredido” artículo 8.

En la revisión efectuada, se verificó que en los CEINAA locales no existía participación de la representación del PANI o CEN-CINAI (principalmente en los comités del primer nivel de atención) pese a las invitaciones emitidas, y que estos han venido incorporándose de manera más activa de forma reciente.

<sup>10</sup> Hospitales Nacional de Niños, Ciudad Neily y San Vicente de Paúl, Áreas de Salud Coronado, Siquirres, Alajuela Norte,

<sup>11</sup> Apartado 1. a “Conformación”

Por otra parte, pese a la frecuencia y casos presentes en algunas unidades, los CEINNAA se reúnen únicamente una (1) vez al mes, lo que podría afectar el abordaje diligente y razonable en la verificación, seguimiento, coordinaciones interinstitucionales, educación, entre otras actividades, que deben efectuarse a todos los casos reportados. Así como, el monitoreo y trazabilidad de las comisiones locales de violencia.

Así mismo, se considera relevante tener en cuenta la importancia de conocer y gestionar la eventual brecha de recursos en los diferentes niveles de atención, principalmente el primer nivel, debido a que todos los casos de violencia identificados y captados por los hospitales son referidos – una vez finalizado el proceso de intervención inicial – al Área de Salud de adscripción, para el correspondiente seguimiento y control, esto pese que algunos de estos centros solo disponen de una única Trabajadora Social para toda la población y un grupo importante no tienen en su planilla profesionales en salud mental (enfermería o psicología), que permita brindar una atención integral a la PME ante los eventos y su entorno.

### **b) Atención del personal médico**

Mediante la revisión de casos con los comités CEINNAA en los centros de salud visitados, se verificó él o la médico tratante que determina la sospecha de abuso sexual (así consignado en la nota y tipificado con el diagnóstico T74.2), no dio inicio al protocolo de atención, sino que efectuó una referencia al servicio de Trabajo Social, para que iniciaran el abordaje correspondiente (referencia a PANI, Ministerio Público u otros servicios asistenciales); al respecto, se evidenciaron casos con lapsos de hasta dos (2) semanas desde que se identificó el evento, hasta el momento que el equipo de Trabajo Social intervino, lo cual limita la oportunidad en la atención y contención de parte de los diferentes actores involucrados en el abordaje integral de la PME.

Sobre el particular, el Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, establece que en caso de considerarse que existe sospecha razonable de maltrato contra PME, los profesionales en medicina deberán emitir referencia-denuncia al Ministerio Público con copia al PANI<sup>12</sup>; acto que deberá efectuarlo la primera persona funcionaria que detecta la situación<sup>13</sup>.

Sin embargo, y pese a lo establecido en la normativa, se evidencian casos en el cuales el profesional en medicina únicamente efectúa la referencia al personal de trabajo social del centro de salud, aludiendo su responsabilidad en la protección de la PME ante la magnitud del evento al que fue sometida, implicando no solamente en el condicionando el disponer de un servicio oportuno; sino también, en salvaguardar la vida de los niñas, niñas y adolescentes.

### **c) Ausencia de notificaciones obligatorias, boleta VE-01, referencia al PANI, Ministerio Público u otros**

Se verificó la existencia de casos de PME que fueron atendidas con diagnóstico de abuso sexual, sin que se observe detalle en el Expediente Digital de la confección de referencias al PANI, Ministerio Público o de la boleta VE-01<sup>14</sup>. Así mismo, se identificó en algunos casos que el servicio de Trabajo Social realiza la boleta de notificación obligatoria VE-01 al percatarse de la omisión por parte del servicio de medicina.

<sup>12</sup> Apartado 1.4 a “Profesionales en medicina”

<sup>13</sup> Apartado 3.4 Referencias y Contrarreferencias (referencia al Ministerio Público, O.I.J y PANI)

<sup>14</sup> Según el apartado 3.7 Notificación Obligatoria

Adicionalmente, otro aspecto detectado es que, en ninguno de los casos que se consideraron en la revisión, se registra la indicación de la referencia al comité CEINNA, para el respectivo seguimiento.

Lo descrito está establecido en el Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia en la Red de Servicios de Salud de la CCSS; en el cual se detallan las intervenciones y acciones a efectuar según el nivel de riesgo<sup>15</sup> ante el escenario de violencia contra PME por lo que su incumplimiento puede ocasionar repercusiones en los sistemas de información epidemiológicos nacionales e Institucionales, a consecuencia de no disponer de información suficiente y confiable para la toma de acciones y decisiones, orientadas en salvaguardar la protección de la salud de esta población.

#### **d) Autorización de egresos hospitalarios por parte del servicio de Trabajo Social**

Este Órgano de Fiscalización realizó consulta a la Licda. Celenia Corrales Fallas, coordinadora nacional de Trabajo Social, acerca de las competencias de las y los profesionales en Trabajo Social, para autorizar el egreso hospitalario con algún familiar de la PME ante eventos o sospecha de violencia, en especial abuso sexual, sin que se disponga de una resolución del PANI; al respecto indicó<sup>16</sup> que el egreso hospitalario se puede autorizar únicamente bajo indicación del PANI. Agregó, además, que el personal de Trabajo Social de los establecimientos de salud no tiene la potestad de descartar una sospecha de abuso que tenga algún otro funcionario (a), por cuanto esa valoración recae exclusivamente en el Ministerio Público.

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia en la Red de Servicios de Salud de la CCSS<sup>17</sup>, detalla lo siguiente:

“(...)

*El egreso hospitalario se realiza con base en el criterio del equipo tratante (medicina, Trabajo Social u otros), las instancias judiciales convocadas (Ministerio Público y OIJ) y la resolución que emita la dependencia del PANI correspondiente cuando se defina al recurso familiar encargado de brindar protección a la PME”.*

A pesar de lo indicado en el citado manual, se evidenciaron casos de atención hospitalaria, en el cual la profesional de Trabajo Social autorizó el egreso de la PME, disponiendo únicamente del informe de intervención social efectuado durante el proceso de valoración en salud y la ausencia de antecedentes familiares de violencia. Por lo anterior, el caso es referido al Área de Salud correspondiente para su valoración y confección de las notificaciones obligatorias (referencias PANI, Ministerio Público, otras especialidades y emisión de boleta VE-01).

Lo descrito implica que eventualmente el personal de Trabajo Social de los hospitales podría estar sobrepasando sus competencias en la atención de casos de violencia en todas sus manifestaciones, asumiendo la institución el riesgo del egreso hospitalario de la PME, sin el criterio de la instancia competente (Patronato Nacional de la Infancia) designada para velar por el resguardo, seguridad y bienestar de los niños, niñas y adolescentes. Por tal razón, es necesario recalcar al personal de los servicios de medicina, que se debe contar con la autorización del PANI para el respectivo egreso y no delegar esa función en los servicios de Trabajo Social.

<sup>15</sup> Apartado 3.1 **Proceso de atención según el nivel de riesgo**

<sup>16</sup> Sesión de trabajo del 27 de abril de 2023

<sup>17</sup> Apartado 3.3 **Criterios de hospitalización (internamiento) y egreso hospitalario**

Así mismo, tales acciones podrían condicionar la prestación de servicios de salud oportunos y un seguimiento integral a la evolución de la PME.

### **e) Seguimiento**

En la presente revisión, se identificaron PME a las cuales el centro de salud correspondiente no brindó una adecuada continuidad en las especialidades de psicología y trabajo social, considerando que, pese a la identificación del diagnóstico de abuso sexual, no se efectuó un seguimiento a las ausencias de las citas subsecuentes programadas, o la revisión de las indicaciones previas del expediente clínico, con el objetivo de verificar si la persona responsable de la PME cumplió con el plan de seguimiento establecido (presentación de referencias a otras especialidades, citas programadas o alguna otra indicación importante).

### **f) Resguardo físico de documentos**

En el desarrollo de la verificación, se detectaron casos de atención a PME generados durante el hackeo Institucional ocurrido en el 2022; siendo necesario solicitar a la Administración Activa la documentación física de respaldo de las atenciones (hojas de urgencias o de evolución); sin embargo, no se aportó la documentación, por cuanto no fue localizada por el personal de los centros de salud revisados.

Lo descrito afecta el seguimiento y abordaje adecuado de la PME en otros establecimientos de salud, a causa de la ausencia de documentos físicos o digitales que respalden el plan de intervención y acciones efectuadas por parte de la Institución en la atención de salud, y el riesgo que esto conlleva ante requerimientos del sistema de Justicia.

### **g) Emisión de referencias en el sistema EDUS**

Durante las sesiones de trabajo realizadas con los comités CEINNAA locales, los integrantes plantearon como aspectos de fortalecimiento del proceso, que la emisión de referencias se pueda realizar de manera simultánea, por cuanto actualmente, a pesar de que se tiene el mismo contenido y se envía a varias instancias (PANI, Ministerio Público, CEINNAA y especialidades internas), deben confeccionarse las referencias de manera individual, lo que implica la inversión de más tiempo y puede generar atrasos en el proceso, por lo cual, se considera pertinente la revisión del riesgo que pueda existir el efectuar estos ajustes y así determinar la viabilidad de su implementación.

### **h) Información de PME divulgada en plataforma institucional WebMaster**

Se verificó que, las alertas emitidas por el PANI son informadas mediante la emisión de correos masivos a través de la WebMaster; al respecto, se incluye en estas comunicaciones, información de las PME, como nombre, número de cédula, datos de salud, entre otros aspectos, misma que es recibida en la bandeja de entrada de todo el personal Institucional que disponga de usuario de red.

Al respecto, esta estrategia de comunicación, si bien está orientada en hacer llegar la información de manera ágil a los centros de salud a los que eventualmente acudiría la PME, implica la exposición de información confidencial a personas trabajadoras que no están involucradas con la prestación directa de servicios de salud. Por lo cual, se considera conveniente valorar la pertinencia de ajustar o filtrar la información divulgada mediante esta estrategia de comunicación por cuanto podría exponer el cumplimiento de lo establecido en el artículo 25 del Código de la Niñez y Adolescencia, relacionado con el Derecho a la Privacidad que tiene toda PME.

### 3. CONSIDERACIONES FINALES

El ordenamiento jurídico establece que la intervención Estatal en los casos de violencia en todas sus manifestaciones corresponde a un conjunto de acciones Interinstitucionales, enfocadas en salvaguardar la protección de la PME. Ante este enunciado la Caja Costarricense de Seguro Social, tiene la responsabilidad de velar por la salud de todas las personas menores de edad, esto mediante servicios oportunos e inmediatos con la simple presunción de estar ante una víctima de abuso o maltrato<sup>18</sup>.

De manera complementaria la Ley 5395 “General en Salud”, define en su artículo 3 que:

*“(...) Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad (...).”*

Así mismo, la Ley 8239 “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”, establece en su artículo 2, que los usuarios tienen derecho entre otros a:

*“(...)*

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

*f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia (...).”*

Producto de la revisión efectuada en los establecimientos de salud, considera esta Auditoría, que el proceso de abordaje y cumplimiento de protocolos y lineamientos en casos de presunción de abuso o maltrato a PME en la Institución, no ha estado acompañado de mecanismos de control robustos que brinden garantía de la eficiencia y eficacia en las gestiones realizadas, dirigidas al resguardo de la salud física como psicosocial de la PME que ha sufrido violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

La falta de alertas y coordinaciones oportunas con otras Instituciones no solo es un aspecto sujeto a mejora, sino también, un proceso que debe ser objeto de seguimiento para cada caso particular, de tal manera que se brinde garantía y protección a la seguridad física del paciente, la cual no solo debe estar orientada a detener los abusos, sino también brindar el acompañamiento profesional que requiere.

En tal sentido, por el riesgo que se ha detectado, las debilidades evidenciadas, y por la alta criticidad que presenta la situación de salud de los niños que han sufrido abusos, el tema amerita una revisión integral y exhaustiva; de los procesos y actividades establecidas, de las normas y lineamientos actuales, de los sistemas de información, de las coordinaciones interinstitucionales y de los procesos de capacitación continua al personal en cuanto a la detección, de tal manera que se brinde un mejor abordaje a todo el proceso y que en los establecimientos de salud se revisen los casos a los efectos de determinar si están siendo abordados de acuerdo a la normativa.

Considerando los riesgos descritos en el presente documento, es relevante que la Institución procure el cumplimiento de los convenios de participación Interinstitucional; así como, el fortalecimiento de los comités CEINNA locales con especial énfasis en las regiones fuera de la gran área metropolitana, orientado en robustecer los procesos de revisión y vigilancia, educación para la promoción y prevención, coordinaciones interinstitucionales, diseño de planes de trabajo y seguimiento, entre otras actividades relevantes orientadas a la protección de la población menor de edad.

<sup>18</sup> Código de Niñez y Adolescencia artículos 1° y 48°





## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

De igual manera, se reitera la conveniencia de valorar el mecanismo de divulgación de las alertas emitidas por el PANI en consideración de la posible exposición de información confidencial de PME a todos los usuarios de la Institución (administrativos y personal de salud), ya sea mediante filtros o listados o a través de los comités CEINNAA; para así, salvaguardar -de proceder- la privacidad de los datos de la PME.

Los aspectos referidos en el presente documento, están asociados a riesgos que, de materializarse podrían impactar no solo en el proceso de atención en salud, sino también la vida de esta población vulnerable (PME), lo que implica la valoración de verificar con los niveles locales, acerca de lo actuado para estos casos durante el periodo 2022 analizado por esta Auditoría, con el objetivo de identificar eventuales inconsistencias o incumplimientos a la normativa técnica vigente, para de ser procedente subsanar y/o gestionar ante las instituciones competentes aquellos casos que sea necesario para abordar cada situación específica.

En virtud de lo anterior, se advierte y previene a esas instancias acerca de lo indicado en el presente documento, con el propósito de atender y gestionar los riesgos identificados por esta Auditoría Interna en la atención en salud de las PME que han sufrido violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

Al respecto, se deberá informar a esta Auditoría Interna sobre las acciones ejecutadas para la administración del riesgo y atención de la situación comunicada, en el **plazo 1 mes** a partir del recibido de este documento.

Atentamente,

### AUDITORÍA INTERNA

M Sc. Olger Sánchez Carrillo  
**Auditor**

OSC/RJS/EAM/MASR/RCR/lbc

- C. Máster Marta Eugenia Esquivel Rodríguez, presidente ejecutiva con cargo de gerente general, Gerencia General -1100.  
Doctor Taciano Lemos Pires, director, hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia – 2101  
Doctora María Eugenia Villalta Bonilla, directora, hospital San Juan de Dios - 2102  
Doctora Olga Arguedas Arguedas, directora, hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera - 2103  
Doctor Douglas Montero Chacón, director, hospital México - 2104.  
Doctor José Miguel Villalobos Brenes, director, hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva - 2105.  
Doctora Carolina Montoya Brenes, directora, hospital Dr. Roberto Chacón Paut - 2305.  
Doctor Roberto Aguilar Tassara, director, Centro Nacional de Rehabilitación – 2203  
Doctor Christian Elizondo Salazar, director, hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres- 2304.  
Doctora Olga Martha Chaves Pérez, directora a.i., Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Región Central Norte- 2299.  
Doctor Albert Méndez Vega, director, Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Región Central Sur -2399  
Doctora Marjorie Obando Elizondo, directora, Dirección Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte- 2499  
Doctor Wilburg Díaz Cruz, director, Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central- 2598  
Doctor Warner Picado Cambronero, director, Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Chorotega -2599  
Doctora Carla Teresa Alfaro Fajardo, directora, Dirección Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica- 2699  
Doctor Luis Carlos Vega Martínez, director a.i., Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Brunca - 2799.  
Auditoría-1111

Referencia: ID-89288