



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

AGO-131-2016
01-11-2016

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2016 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna, con el propósito de evaluar los procesos médico-administrativos que se ejecutan en el Área de Salud Santa Cruz y el cumplimiento de la normativa institucional en la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, así como la gestión administrativa en materia de validación y facturación de servicios médicos.

Los resultados obtenidos de la evaluación permitieron evidenciar debilidades y oportunidades de mejora en la gestión, organización, planificación, dirección y control, de las principales actividades médicas y administrativas del Área de Salud Santa Cruz.

En lo que respecta al cumplimiento de programas y objetivos institucionales, se evidenciaron oportunidades de mejora en los indicadores alcanzados, así como en las metas y en las coberturas de atención logradas. En Consulta Externa, se evidenció que existe un limitado aprovechamiento del recurso humano asignado para la atención de pacientes; se deben revisar, analizar y tomar medidas con respecto a los indicadores de gestión, entre otros los referidos al ausentismo, sustituciones, programación de horas médico, así como la optimización en el uso de esas horas.

El Servicio de Emergencias presenta un gran número de consultas por patologías no urgentes, lo que origina aumento de costos, retraso en atención de casos urgentes, saturación del servicio, entre otros; además, no han implementado el sistema "triage" para la atención de los pacientes. En lo referente a Promoción de la Salud, es importante fortalecer ese tipo de actividades a nivel de todos los Ebáis y es necesaria la actualización del ASIS.

Sobre la Atención Primaria en Salud, es importante monitorear la producción de visitas domiciliarias, los rendimientos por ATAP y las actividades de supervisión que se realizan. Asimismo, es preciso que la Administración y Dirección del centro médico ejecuten acciones para habilitar los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico, según los requerimientos del Ministerio de Salud.

Se determinó incumplimientos de la normativa institucional en la aplicación de los procedimientos que se llevan a cabo en la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Área de Salud Santa Cruz, tales como: debilidades de control en el registro de los montos facturados y pagados; pacientes catalogados como no urgencias y no asegurados, los cuales se atienden primero y posteriormente se trasladan a la Oficina de Validación y Facturación; en los períodos en que esa Unidad permanece cerrada, no existe otra Área que valide, facture y cobre los servicios médicos brindados a no asegurados o riesgos excluidos, aunado a la no remisión de facturas a la Sucursal y la falta de liquidación oportuna de las facturas correspondientes a Riesgos Excluidos, son aspectos relevantes que podrían estar afectando las arcas institucionales.

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 1 de 50

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

En virtud de lo expuesto, este Órgano de Control y Fiscalización ha formulado 7 recomendaciones, dirigidas a la Dirección Médica, Jefatura del Primer Nivel de Atención y a la Jefatura de Enfermería del Área de Salud Santa Cruz, con el fin de que se subsanen las debilidades señaladas.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

AGO-131-2016
01-11-2016

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA OPERATIVA DE LA GESTIÓN MÉDICA Y ADMINISTRATIVA DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ, U.E. 2531

TEMAS: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA, U.E. 2599

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2016 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los procesos médico-administrativos que se ejecutan en el Área de Salud Santa Cruz, con el propósito de analizar el cumplimiento de la normativa institucional en la prestación de los servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el cumplimiento del marco legal y técnico en los procedimientos y actividades aplicado por la Administración Activa, para la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención.
- Evaluar la gestión administrativa en materia de validación y facturación de servicios médicos, de conformidad con la normativa institucional.

ALCANCE

- En lo referente a la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, el estudio contempla el análisis del cumplimiento de metas, indicadores y coberturas, rendimientos de la consulta externa y la atención primaria en salud, durante el 2015; Asimismo, la gestión del servicio de emergencias, actividades de promoción de la salud y la gestión administrativa de los servicios de apoyo, durante el primer trimestre 2016; ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- En lo relativo al registro, facturación y pago por prestación de servicios médicos, se revisaron 27 facturas de pacientes no asegurados, emitidas del 2012 al 2015, así como lo correspondiente a Riesgos Excluidos del 2015 al 27 de abril 2016, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se realizaron las siguientes actividades:

- Solicitud de información referente a la planificación operativa y estratégica del Área de Salud, así como de indicadores, cumplimiento de metas y documentación estadística.
- Solicitud y revisión de los siguientes documentos: informes de producción mensual; facturas emitidas a pacientes no asegurados, patronos morosos y al I.N.S.; informes estadísticos mensuales, reporte de lo facturado y cancelado por riesgos excluidos (MIFRE).
- Solicitud de información y criterio a los siguientes funcionarios:
 - Dr. José E. Retana Arias, Director Médico.
 - Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, Jefe del Primer Nivel de Atención.
 - Dra. Sonia Peralta Villagra, Coordinadora del Servicio de Emergencias.
 - Licda. María Mayela Mendoza Elizondo, Administradora Área de Salud.
 - M.Sc. Sunny Chavarría Vega, Jefa de Enfermería.
 - Sra. Iriabel Coronado Dinarte, Encargada de la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Área de Salud Santa Cruz.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno 8292, publicada en La Gaceta 169, del 4 de setiembre de 2002.
- Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 19 de la sesión número 7082, celebrada el 3 de diciembre de 1996.
- Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna CCSS, publicado en La Gaceta 204, del 24 de octubre de 2007 y complementado con Fe de Erratas efectuada en la página 59 de La Gaceta 221, el 16 de noviembre de 2007.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

- Norma para la habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica N° 30700-S, publicada en La Gaceta 183, del 24 de setiembre de 2002.
- Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la Caja Costarricense de Seguro Social y los profesionales en Medicina, Microbiología, Farmacia, Odontología y Psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Unión Médica Nacional y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la CCSS e instituciones afines, aprobadas por la Junta Directiva en la Sesión 7861 del 27 de mayo de 2004.
- Normas de control interno para el Sector Público, emitidas con resolución R-CO-9-2009, del 26 de enero de 2009, publicada en La Gaceta 26, del 6 de febrero de 2009.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, resolución del Despacho Contralor R-DC-064-2014, publicada en La Gaceta 184, del 25 de setiembre de 2014, vigente a partir del 1° de enero 2015.
- Manual de Organización de las Áreas de Salud, aprobado en la sesión de Junta Directiva N° 7571 del 16 de agosto 2001.
- Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, febrero 2006, aprobado por las Gerencias Administrativa, Médica y Financiera mediante oficio N° 8439 del 10 de marzo del 2006, con vigencia a partir del 1° de abril del 2006.
- Manual de Políticas y Normas de los Servicios de Farmacia, enero de 2010.
- Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar, Primer Nivel de Atención, 2014.
- Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, aprobado por la Junta Directiva de la institución en el artículo 45, sesión 8484 del 9 de diciembre 2010.
- Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1 Área de Consulta Externa – Sistema Institucional de Registros y Estadísticas de Salud (SIREDES), agosto 2012.
- Voto Sala Constitucional 16655-05 de las 2:52 pm del 30 de noviembre 2005.
- Oficios: GM-9537-5 del 20 de junio del 2013; GM-S-3373-14 del 12 de mayo 2014; AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 29 de junio 2012.

ASPECTOS NORMATIVOS A CONSIDERAR

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, 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que puedan generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios...”.

HALLAZGOS

1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE METAS, INDICADORES Y COBERTURAS, EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

De conformidad con los resultados de las evaluaciones al cumplimiento de programas y objetivos institucionales en la prestación de servicios de salud, se evidenciaron oportunidades de mejora en los indicadores alcanzados, así como en las metas y coberturas de atención logradas. A continuación el detalle:

- La Dirección de Compras de Servicios de Salud emitió los resultados de la “Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2015”, correspondiente a las metas institucionales definidas en el quinquenio 2014-2018. En dicho informe, donde se analizaron un total de 13 indicadores, establece una medida resumen que compara el desempeño de las áreas de salud a nivel institucional de acuerdo a las intervenciones estratégicas evaluadas por la Dirección de Compras de Servicios de Salud. La medida se denomina “Índice de desempeño de la prestación de los servicios de salud” (IDPSS), con el propósito de que los tomadores de decisiones conozcan el estado de situación de las unidades que conforman el primer nivel de atención e identifiquen áreas de salud prioritarias, a las que se les debe brindar un mayor seguimiento y apoyo; además, como un mecanismo de reconocimiento hacia aquellas que han logrado buenos resultados y que se posicionan como líderes en el desempeño.

En este sentido, el Área de Salud Santa Cruz ocupó el séptimo lugar -de 13- en la Región Chorotega y a nivel nacional el puesto 83 de 104. Hay que mencionar que dicho índice no mide aspectos como la capacidad de gestión, recursos disponibles, ni condiciones de la población.

- Según la evaluación anual realizada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega al Plan-Presupuesto 2015, existen indicadores donde no se logró la meta pactada, específicamente en los programas de:
 - Consultas de atención integral en niños y niñas de 1 a menos de 5 años (A1-04; **67,7%** / A1-05; **61,1%**).
 - Consultas de atención integral en niños y niñas de 5 a menos de 10 años (A1-06; **46,7%**).
 - Vacunación (A1-20; **77,6%**).
 - Consultas de atención integral del adolescente de 10 a menos de 20 años (A1-21; **36,8%**).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- Actividades especiales en la mujer adulta (A1-29; **63,8%**)¹.
- Se evidencia bajos porcentajes de cobertura en los programas institucionales del 2015, a saber²:
 - Atención integral en niños menores del 10 años (**43,9 %**).
 - Atención integral del adolescente de 10 a menos de 20 años (**18,8 %**).
 - Atención integral al hombre y la mujer adulta a menos de 65 años (**33,1 %**).
 - Atención integral al adulto mayor (**70,2 %**).
 - Atención integral a la población en general (**35,6 %**), inclusive, presentaron un descenso en ese año (2015) con respecto al 2014.

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“Ese año se evaluaron los EBAIS Buenos Aires y el EBAIS Villarreal, el primero es concentrado ubicado en el distrito central y otro es desconcentrado, ubicado en la zona costera de Santa Cruz. Es criterio de esta jefatura que el bajo resultado se relaciona con:

- *La baja realización de las pruebas de laboratorio por problemas de acceso de la población, ya que por ejemplo el EBAIS de Villarreal en ese año no contó con sangrado en el puesto, esta situación la presentan los EBAIS de Lagunilla, Cuajiniquil, Ortega y Cabo Velas. Además el servicio de laboratorio estuvo saturado por los pacientes de dengue y chikungunya.*
- *Un alto porcentaje de pacientes crónicos que no tienen una condición de aseguramiento definida, lo que les impide llevar un control óptimo de su enfermedad, y el servicio de validación es insuficiente para valorar los estudios.*
- *Baja eficacia del medicamento utilizado para tratar las dislipidemias, incluso señalado por los mismos especialistas institucionales.*

Estas bajas coberturas se relacionan con: Insuficiente oferta de atención; Problemas de accesibilidad por pobreza; La actividad de validación de derechos en la que se otorga cobertura por el estado es muy débil en nuestra área ya que se cuenta con solo un funcionario, en algunos casos las personas no asisten por el simple hecho de no tener el recurso para desplazarse; Crecimiento poblacional Santa Cruz es una de las áreas regionales con mayor crecimiento poblacional; Aunque parezca una contradicción ante los problemas de oferta institucional han proliferado servicios privados a los acude la gente de clase alta y media. Aumento en los tiempos administrativos para cobros de viáticos, con el propósito de cumplir con aspectos normativos y recomendaciones de la auditoría, aspecto que resta tiempo a la consulta. La oferta se ha visto afectada por el aumento de las solicitudes de pensión que requieren la programación de consultas para valoración de protocolos, afectando los espacios de consulta para los otros grupos etarios.

¹ Ver anexo 1.

² Ver anexo 2.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Además de las causas generales durante el 2015 se presentó una severa epidemia de dengue y chikungunya que desplazó la oferta hacia la morbilidad. Al igual que en el indicador anterior las coberturas también se han visto afectadas por:

- Aumento en los tiempos administrativos para cobros de viáticos, con el propósito de cumplir con aspectos normativos y recomendaciones de la auditoría, aspecto que resta tiempo a la consulta.*
- La oferta se ha visto afectada por el aumento de las solicitudes de pensión que requieren la programación de consultas para valoración de protocolos, afectando los espacios de consulta para los otros grupos etarios”.*

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, aprobado en la sesión de Junta Directiva N° 7571 del 16 de agosto 2001, establece en el apartado 3.1.4., que el Director de un Área de Salud es el funcionario responsable de la misma, el cual conduce el desarrollo de los procesos, debiendo orientar las actividades a la consecución de las metas y los objetivos, en función de la atención oportuna, eficiente y efectiva de la población adscrita y tiene a su cargo el personal que labora en el área en forma concentrada o desconcentrada.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el capítulo III, sobre las Normas de Valoración de Riesgos, señalan:

“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”.

En virtud de lo manifestado por la Dirección del centro médico, el incumplimiento de metas podría obedecer, en primera instancia, a una limitada capacidad instalada, así como a la presencia de factores externos y de forma imprevista que está fuera del control de las autoridades del Área de Salud. Sin embargo, es criterio de esta Auditoría que existen debilidades en la planificación y/o programación, así como de seguimiento y monitoreo permanente, que permita detectar desviaciones y efectuar modificaciones de manera oportuna.

El incumplimiento de los objetivos propuestos, no asegura que se esté brindando los servicios de salud a la comunidad de manera eficiente, eficaz y con la oportunidad esperada, así como un uso de los recursos económicos de forma ineficaz.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

2. SOBRE LA GESTIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2.1 Promedio de consultas por hora

Analizada la información estadística del Área de Salud Santa Cruz para el año 2015, se determinó que hay Ebáis donde el promedio de consultas por hora no alcanzó el parámetro institucional establecido (5 pacientes por hora), según se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Área de Salud Santa Cruz
Promedio de consultas por hora - EBAIS
2015

Ebáis	Horas Utilizadas	Total de Consultas	Promedio de consultas por hora	Cumple (Si / No)
Cartagena 2	1.624	6.711	4,13	No
Cartagena 1	1.653	6.958	4,21	No
Buenos Aires	1.512	6.429	4,25	No
Santa Cecilia	1.447	6.144	4,25	No
Corobicí	1.252	6.748	5,39	Si
Cuajiniquil	1.438	4.944	3,44	No
Ortega	1.183	4.152	3,51	No
Tulitas	1.510	5.556	3,68	No
Villareal	1.631	6.104	3,74	No
Santa Bárbara	1.438	5.396	3,75	No
Cabo Velas	1.409	5.499	3,90	No
Lagunilla	1.334	5.225	3,92	No
Veintisiete de Abril	1.699	6.692	3,94	No
Total	19.130	76.558	4,00	No

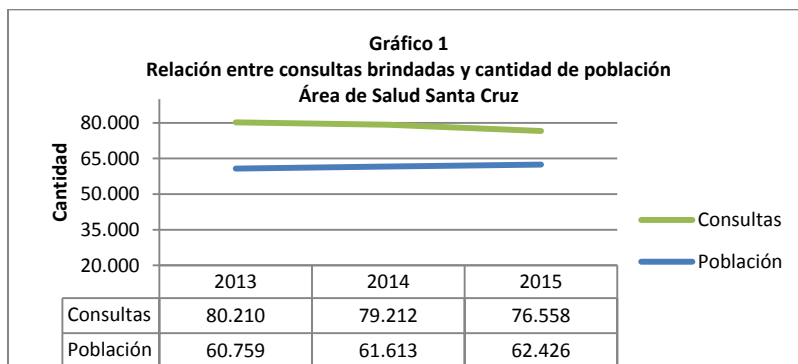
Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.

De acuerdo con la información anterior, el Ebáis Corobicí fue el único que cumplió con el parámetro de 5 pacientes por hora. Por su parte, 4 Ebáis (30 %) presentaron un promedio de 4 consultas y los restantes 8 equipos (62 %) estuvieron entre las 3 consultas por hora. Cabe mencionar que para el 2015 ninguno de los Ebáis utilizaba al 100 % el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, lo cual daba oportunidad de reducir el parámetro y atender 4 pacientes por hora.

Aunado a lo anterior, se evidencia que no hay relación entre la cantidad de consultas que se otorgaron durante los últimos años y la cantidad de población adscrita al Área de Salud Santa Cruz. A continuación el detalle:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105



Fuente: Informe Estadístico – REDES.

Se observa que la cantidad de consultas brindadas en el Área de Salud disminuyó un 5 % del 2013 al 2015, lo que equivale a 3.652 consultas menos comparando esos dos años y por el contrario, la población ha aumentado en un 3 % en dicho período, aproximadamente.

La Caja Costarricense de Seguro Social desde el 2004, estableció en el artículo 108 de las “Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la Caja Costarricense de Seguro Social y los profesionales en Medicina, Microbiología, Farmacia, Odontología y Psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Unión Médica Nacional y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la CCSS e instituciones afines”, que se debían atender cinco pacientes por hora en consulta externa o consulta ambulatoria, considerando para ello que un paciente nuevo equivale a dos pacientes subsecuentes.

Según el Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1 Área de Consulta Externa – Sistema Institucional de Registros y Estadísticas de Salud (SIREDES), Capítulo IV Horarios, define lo siguiente:

“4.1 Horas Programadas (HP): Es la parte de las horas contratadas con el profesional en salud que designa la Dirección Médica o la Jefatura de Consulta Externa, para la atención de las personas en las diferentes modalidades de consulta definidas en este catálogo.

Este horario debe comunicarse a la coordinación de citas, por la jefatura de consulta externa, para la apertura de las respectivas agendas y asignación de citas.

Debe considerarse si, en razón de las HP, al profesional le asiste el derecho al tiempo para alimentación (café en la mañana, almuerzo y café en la tarde), a efecto de no programarle pacientes en ese lapso.

A la hora de totalizar las HP debe restarse el tiempo que le corresponda al profesional para su alimentación (máximo una hora en horario de 7am a 4 pm). Ejemplo: Horario programado 7am a 3pm = 7:00 horas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

4.2 Horas utilizadas en consulta externa (HU): Son las horas efectivamente utilizadas por el profesional en salud en la atención directa de las personas incluidas en su agenda de citas. Se obtiene al restar a la hora de finalización de la consulta externa, la hora de inicio de la misma. Al totalizar las horas utilizadas se debe restar el tiempo efectivamente utilizado por el profesional en salud para su alimentación (máximo una hora en horario de 7am a 4pm). Ejemplo: Horario trabajado 7:15am a 3:30pm = 7:15 horas.

Este indicador tiene como objetivo determinar el tiempo “real” promedio utilizado por consultante.

La exactitud con que se registre la hora de inicio (atención del primer citado) y final (finalización de la atención del último citado) de la consulta por el profesional responsable de la misma, es obligación del profesional de salud a cargo de la consulta externa y la verificación del dato, del personal de REDES que labora como recepcionista en la consulta externa”

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“Se ha determinado que en la programación en muchos casos no se registran actividades del EBAIS que no son de consulta y el tiempo utilizado se registra como disponible para la consulta, esto pasó con visitas domiciliarias, dictamen del régimen no contributivo, transporte, docencia, reuniones, etc. El promedio de consultas por hora estimado en el Cuadro 1, basado en el Boletín Estadístico no es el real ya que en el mismo no se restan las horas dedicadas a otras actividades al tiempo de consulta. Por ejemplo del SIIS y del SIAC se logran extraer un total de 3.044,8 horas dedicadas a otras actividades como por ejemplo; ausentismo no sustituido 232 horas, actividades de docencia 47,2 horas, en tiempo administrativo se registran 31,9 horas las cuales se utilizan por ejemplo en revisión de mamografías y papanicolaos, permisos con goce de salario 69,6 h, permisos sin goce 10 h, inasistencia de pacientes 276 h, reuniones 388 h, cita médica 14 h, visita domiciliar 612,8 h, tiempos de traslado a puestos de visita periódica 396 h, cirugía menor 71,2 h, otras actividades (valoración de pensiones, reuniones de comisión) 527,2 h, talleres de estilos de vida saludable 66,4 h y lactancia materna 78 h. Si se le restaran estas horas a las 20.365 que inicialmente se reportaron como de consulta según el informe estadístico, reflejarían un tiempo real de 17.320,2 horas. El promedio de atenciones tomando las consultas por medicina general (76.558) en realidad sería de 4,4 pacientes por hora, haciendo el rebajo de las horas dedicadas a otras actividades y de pacientes ausentes que no lograron sustituirse”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Debilidades en el registro de las actividades, aunado a oportunidades de mejora en la planificación, control y gestión del tiempo de consulta asignado a algunos de los Ebáis, son probablemente las causas por las cuales en el Área de Salud Santa Cruz no se esté cumpliendo con la normativa institucional en cuanto al número de pacientes vistos por hora, situación que podría estar ocasionando que no se esté brindando una mayor cobertura en la atención médica, además de un aprovechamiento adecuado de los recursos institucionales. Asimismo, la inoportunidad o falta de atención de los asegurados a nivel de Ebáis, podría estar generando el consecuente incremento de consultas médicas en el Servicio de Emergencias.

2.2 Aprovechamiento de las horas programadas y de los cupos para citas por Ebáis

Se determinó que durante el 2015, se presentó una subutilización de 2.217 horas en la Consulta Externa de Medicina General, lo que equivale a un desaprovechamiento del 10 %, en razón de que se programaron 21.347 horas para la atención de pacientes y fueron utilizadas 19.130. Asimismo, con respecto a los cupos³ otorgados para citas, se evidenció que 8 de los 13 Ebáis no lograron cumplir con la cantidad de citas (cupos) de acuerdo con las horas disponibles.

Cuadro 2
Área de Salud Santa Cruz
Horas programadas y cupos esperados versus producción real - EBAIS
2015

Ebáis	Horas Programadas	Horas Utilizadas	Diferencia	Porcentaje	Cupos esperados	Otorgados	Diferencia	Porcentaje	Cumple (Si / No)
Tulitas	1.750	1.510	-240	-14%	8.750	8.187	-563	94%	No
Buenos Aires	1.678	1.512	-166	-10%	8.390	8.507	117	101%	Si
Santa Cecilia	1.611	1.447	-164	-10%	8.055	8.353	298	104%	Si
Corobici	1.602	1.252	-350	-22%	8.010	9.133	1.123	114%	Si
Ortega	1.362	1.183	-179	-13%	6.810	5.666	-1.144	83%	No
Lagunilla	1.487	1.334	-153	-10%	7.435	7.147	-288	96%	No
Cartagena 1	1.842	1.653	-189	-10%	9.210	9.093	-117	99%	No
Cabo Velas	1.555	1.409	-146	-9%	7.775	7.446	-329	96%	No
Santa Bárbara	1.620	1.438	-182	-11%	8.100	7.567	-533	93%	No
Veintisiete de Abril	1.756	1.699	-57	-3%	8.780	8.908	128	101%	Si
Cuajiniquil	1.552	1.438	-114	-7%	7.760	6.656	-1.104	86%	No
Villareal	1.774	1.631	-143	-8%	8.870	8.581	-289	97%	No
Cartagena 2	1.758	1.624	-134	-8%	8.790	8.818	28	100%	Si
Total	21.347	19.130	-2.217	-10%	106.735	104.062	-2.673	97%	NO

Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.

Cupos esperados = 5 por hora.

Cupos otorgados = consultas de pacientes "subsecuentes" más los de "primera vez" (estos últimos equivalen a 2 cupos)

³ Se denomina cupo a la cantidad máxima de espacios disponibles para el otorgamiento de citas durante el horario programado de una consulta externa. El total de cupos se obtiene al dividir el tiempo programado entre el tiempo establecido en la institución para cada cupo.



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Tal y como se observa en el cuadro anterior, no se alcanzó la producción esperada, lo que representó 2.673 cupos menos en el 2015. Además, se puede deducir posibles inconsistencias en la información referente a los cupos otorgados y registrados en el Cuadro Estadístico 11, ya que en 5 de los Ebáis se superó el 100 % de los cupos esperados.

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“Como se señala también en el punto 2.1 el tiempo efectivo dedicado a la consulta no es de 20.365 h (según boletín estadístico), sino de 17.320,2 horas. La diferencia radica en el no rebajo de horas dedicadas a otras actividades, aspecto que puede verificarse directamente en los sistemas de información que se utilizan en el área (SIIS y SIAC). En ese mismo sentido al no registrarse adecuadamente los tiempos de otras actividades fuera de la consulta, de manera sesgada se interpreta que 8 EBAIS no logran cumplir con la cantidad de citas por hora”.

Mediante oficio GM-S-3373-14 del 12 de mayo 2014, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, solicitó a todos los Directores Regionales de Servicios de Salud lo siguiente:

“1. Cada Dirección Regional en conjunto con las Áreas de Salud adscritas, deberá revisar la programación de actividades de los EBAIS, con el objetivo de garantizar que las agendas médicas, se programen en función de maximizar el tiempo en la atención a los usuarios. Asimismo, es responsabilidad del Director (a) Médico de cada Centro, garantizar que los EBAIS de su área de adscripción, ofrezcan el máximo de cupos para la atención médica, según la normativa y lineamientos...”

3. En torno a la distribución del tiempo de la consulta médica, las citas programadas para pacientes prioritarios por sub programas (adultos mayores, embarazadas, hipertensos, diabéticos, niños prioritarios o pacientes con prioridad), no deben superar el 40% de los cupos disponibles por día y las mismas deben darse con la frecuencia según lo normado.

4. Sobre las actividades de promoción y prevención que afecten la disponibilidad de cupos de atención médica de los usuarios, deben de responder al plan de promoción y al perfil epidemiológico del sector, con la debida autorización del Director (a) Médico del Área de Salud.

5. Igualmente, para efectos de la revisión de la programación de los EBAIS que aquí se está solicitando, deberán tomar en consideración el listado de comisiones autorizadas por esta gerencia, mediante la circular GM-S-44112-13 y que el desarrollo de las mismas no deberá afectar la consulta médica, en caso contrario, se deberá revisar el tema con la Dirección Regional respectiva, para su análisis y aprobación...”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
 Apdo.: 10105

La asignación de cupos en la consulta externa se debe realizar con base en lo normado por el artículo 108 de las “Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la caja costarricense de seguro social y los profesionales en medicina, microbiología, farmacia, odontología y psicología”, aprobadas por la Junta Directiva en la Sesión 7861 del 27 de mayo de 2004, que establecen:

“Artículo 108: Número de pacientes atendidos en consulta externa o consulta ambulatoria. El médico asistente de medicina general que labora en consulta externa o consulta ambulatoria, atenderá cinco pacientes por hora... Es entendido que un paciente nuevo equivale a dos subsecuentes...”.

Asimismo, el Reglamento del Seguro de Salud, en el artículo 5°, indica que eficiencia se considera como “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz”.

Lo anterior podría obedecer a una débil supervisión y efectividad con que se administra y gestiona por parte de la Dirección Médica, Jefatura del Primer Nivel de Atención y de la Jefatura de Registros Médicos del centro de salud, de acuerdo al marco normativo mencionado.

El no aprovechar la cantidad máxima de cupos para citas, según las horas programadas, provoca un impacto negativo en los pacientes que esperan ser atendidos, ya sean subsecuentes o aquellos que esperan una oportunidad para recibir atención por primera vez, además, incide en una plétora en el Servicio de Emergencias al no encontrar el usuario cupo en el Ebáis.

2.3 Campos disponibles no otorgados a los pacientes

Según verificación realizada por esta Auditoría y reporte emitido por el Sistema de Identificación, Agendas y Citas SIAC, fue posible detectar espacios disponibles para citas con médicos de la Consulta Externa que no fueron otorgados. En la prueba realizada se eligió los 4 Ebáis ubicados en la Sede de Área (Tulitas, Corobicí, Santa Cecilia y Buenos Aires), la semana del 1º al 5 de febrero 2016, reflejando los siguientes resultados:

Cuadro 3
Ebáis ubicados en la Sede del Área de Salud Santa Cruz
Campos disponibles no otorgados a pacientes
Del 1º al 5 de Febrero 2016

Ebáis	Lunes 01	Martes 02	Miércoles 03	Jueves 04	Viernes 05	Total No otorgado	Total Disponible	Porcentaje No Otorgado
Buenos Aires	0	1	4	1	2	8	146	5,4 %
Santa Cecilia	6	2	4	4	3	19	166	11,4 %
Tulitas	9	9	11	13	8	50	155	32,2 %
Corobicí	4	14	11	11	11	51	197	25,8 %
Total	19	26	30	29	24	128	664	19,2 %

Fuente: S.I.A.C.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Se evidencia que el 19,2 % de los cupos no fueron otorgados durante esa semana en los Ebáis ubicados dentro de la Sede de Área, siendo Corobicí y Tulitas los que más campos libres presentaron con 51 y 50, respectivamente.

El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REMES) no estuvo en capacidad de suministrar un reporte histórico de todos los campos disponibles identificados, ni de la proporción de éstos que finalmente pudieron ser utilizados, debido a que no dispone de la información completa de manera automatizada. Lo cual pone de manifiesto que tal situación no ha sido objeto de un adecuado estudio de identificación y análisis, a fin de implementar soluciones viables en beneficio de los intereses de la población que espera ser atendida.

Considerando que el costo de la consulta para el primer semestre del 2016 es de ₡23.030,00⁴, se establece que el Área de Salud Santa Cruz incurrió en costos aproximados a ₡2.947.840,00, (dos millones novecientos cuarenta y siete mil ochocientos cuarenta colones netos)- únicamente para 4 de los 13 Ebáis y en la primera semana de febrero 2016-, correspondiente a citas que no fueron otorgadas, con el consecuente impacto negativo en la atención de pacientes que esperan ser atendidos, ya sean subsecuentes o aquellos que esperan una oportunidad para recibir atención en el centro médico por primera vez.

El Reglamento del Seguro de Salud, en el Artículo 5°, en relación con la eficiencia indica que ésta se considerará como *"...la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz"*.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, en el punto 6.9, sobre las funciones generales del Área de Salud Tipo 2, establece:

"6.9.1 Dirección: Controlar y evaluar a nivel macro, los proyectos estratégicos, la productividad, la eficiencia y eficacia de la gestión, con base en los indicadores de resultados de los procesos sustantivos de apoyo directo e indirecto al usuario, con el propósito de lograr el mejoramiento continuo y la calidad en la prestación de los servicios de salud".

Además, en el punto 6.9.2 sobre la atención integral a las personas, se indica: *Atender la consulta externa, de acuerdo con la demanda de los usuarios y su nivel resolutivo, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población.*

⁴ Según Modelo Tarifario – I Semestre 2016.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“El siguiente análisis nos permite concluir que la transferencia tecnológica con la implementación del EDUS produce errores en el registro por el proceso de aprendizaje.

El cuadro 3 refleja un inadecuado manejo de agendas SIAC en los EBÁIS, y que se interpreta como cupos no otorgados cuando en realidad lo que ocurrió en esa semana fue una inadecuada programación de tiempos, por ejemplo; la no programación de los tiempos de alimentación y que por consiguiente quedan como cupos libres, el no registro de otras actividades como por ejemplo valoración de pensiones y el ausentismo no registrado”.

Asimismo, según lo señalado por el Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, Jefe del Primer Nivel de Atención, la problemática de la no utilización de cupos disponibles obedece a la falta de inclusión y registro de actividades fuera de la consulta en los EBÁIS, mala programación de tiempos, entre otros.

Sin embargo se observó que, un factor fundamental que incide negativamente en la administración de esos campos, lo constituye la falta de implementación de efectivos y oportunos mecanismos de regulación, coordinación, evaluación y mejora sistemática entre la Oficina de REMES y los Ebáis a fin de detectar a tiempo los campos disponibles y su apropiada asignación a los pacientes, como parte de las medidas que está obligado a evaluar e implementar esa Área de Salud a fin de hacer un uso eficiente de los recursos con que cuenta para consulta externa.

2.4 Ausentismo de los pacientes a sus citas, su sustitución y costos

El porcentaje promedio de ausentes que no fueron sustituidos durante el 2015 fue del 48 % en el Área de Salud Santa Cruz (2.916 citas no sustituidas), asimismo, el costo de no sustituirlos fue de 63 millones de colones, aproximadamente. A continuación el detalle:

Cuadro 4
Área de Salud Santa Cruz
Citas perdidas y sustituidas - EBÁIS
2015

Ebáis	Citas perdidas	Citas Sustituidas	Citas perdidas no sustituidas	Porcentaje de citas no sustituidas	(*) Costo de pacientes ausentes no sustituidos
Cartagena 2	491	311	180	37 %	€3.894.075,00
Veintisiete de Abril	580	412	168	29 %	€3.634.470,00
Buenos Aires	327	127	200	61 %	€4.326.750,00
Tulitas	442	146	296	67 %	€6.403.590,00
Lagunilla	213	130	83	39 %	€1.795.601,25
Cuajiniquil	297	154	143	48 %	€3.093.626,25
Ortega	347	136	211	61 %	€4.564.721,25
Santa Bárbara	502	235	267	53 %	€5.776.211,25
Corobicí	752	385	367	49 %	€7.939.586,25
Santa Cecilia	501	223	278	55 %	€6.014.182,50

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 16 de 50

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Ebáis	Citas perdidas	Citas Sustituidas	Citas perdidas no sustituidas	Porcentaje de citas no sustituidas	(*) Costo de pacientes ausentes no sustituidos
Cartagena 1	464	287	177	38 %	¢3.829.173,75
Cabo Velas	470	229	241	51 %	¢5.213.733,75
Villareal	687	382	305	44 %	¢6.598.293,75
Total	6.073	3.157	2.916	48 %	¢63.084.015,00

Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.

(*) Costo Consulta Externa = ¢ 21.633,75, según Modelo Tarifario I Semestre 2015.

Un paciente ausente es una persona con cita en consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se haya presentado para su atención y su ausencia es razón suficiente para que el personal de REMES proceda a su sustitución por otra u otras personas, según sea el caso; conforme lo ha validado la Sala Constitucional en el Voto 16655-05 de las 2:52 pm del 30 de noviembre 2005:

“Sobre el fondo. Considera la Sala que no lleva razón los recurrentes en su alegato por cuanto, del diagnóstico efectuado al expediente se desprende que no se ha dado ninguna lesión a los derechos fundamentales de los amparados. Efectivamente, tal y como se desprende del informe rendido bajo juramento por los recurridos y de las probanzas agregadas al expediente, si bien los menores amparados tenían cita a las quince horas del catorce de febrero pasado en el servicio de fisioterapia de la Clínica Solón Núñez y tenían conocimiento de que debían presentarse al menos quince minutos antes de la hora de la cita, también es lo cierto que el día de los hechos, se presentaron después de las quince horas y en consecuencia, por llegar tarde, sus espacios fueron asignados a personas que se encontraban en lista de espera y que requerían ser atendidos en ese servicio. Tal situación, en modo alguno puede considerarse arbitraria o lesiva de los derechos de los amparados sino que, por el contrario, ha sido el producto de una actitud negligente de parte de los recurrentes quienes, a pesar de que tenían conocimiento expreso de que debían presentar a los menores al menos quince minutos antes de la cita programada, lo cierto del caso es que no lo hicieron así pues llegaron sobre las quince horas, con lo cual, perdieron su turno.

En mérito de lo dicho, al no estimarse lesionado ningún derecho fundamental de los amparados, no procede más que la desestimación del recurso, como en efecto se ordena”.

Esta problemática es generada por varios factores, por un lado existe responsabilidad del paciente que no acude a su consulta médica y que no la cancela con antelación; también la posibilidad de que el paciente olvide su cita; otra de las causas se puede atribuir a la falta de estrategias locales efectivas para el recordatorio de las mismas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Además, el no realizar actividades efectivas para la sustitución de pacientes, ocasiona que los cupos no utilizados por la ausencia de asegurados sean desaprovechados y que no se tenga claridad en qué se utiliza el personal médico el tiempo no efectivo en la consulta. Asimismo, referente al bajo porcentaje de sustituciones de la Consulta Externa de Medicina General, se está limitando la posibilidad de atender más cantidad de la población adscrita, ocasionado que ésta se vea obligada a acudir al Servicio de Emergencias para resolver su problema de salud y por defecto aumento en la cantidad de atenciones no urgentes de este Servicio.

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“Una de las causas del ausentismo no sustituido es que esta es un área de grandes distancias, malos caminos y escasos servicios de transporte, por lo que históricamente al paciente se le espera y esto hace que la sustitución no sea suficiente. El cuadro 4 también refleja un inadecuado manejo de las agendas, porque la sustitución del paciente ausente en algunos EBAIS no se realiza en el sistema, la práctica común en algunos EBAIS era que se agregaban pacientes como recargos sin sustituir al ausente, situación evidenciada por el alto número de estos, como puede observarse en el número de recargos del EBAIS de Ortega donde estos alcanzan la cifra de 84, en el EBAIS de Lagunilla donde suman 154, en 27 de Abril con 179, en total se registran en el SIAC 588 recargo que si se suman al total de citas sustituidas, lo que refleja que el porcentaje de nos sustitución fue de un 38%”.

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, Jefe del Primer Nivel de Atención del Área de Salud Santa Cruz, señaló como la causa o justificación de los hallazgos mencionados (2.1, 2.2, 2.3, 2.4) lo siguiente:

“El año 2015 es considerado un año atípico, ya que ocurrieron cambios importantes tanto en el registro de la información como en la forma de brindar la atención en los EBAIS del Área de Salud de Santa Cruz, es en este año donde se inicia la implementación del expediente digital (EDUS), que involucró el cambio del sistema de información del SIIS al SIAC y a su vez el inicio de la implementación del SIES que representa el módulo de atención para enfermería y médico del EDUS. En este proceso debemos reconocer que en la adaptación del módulo SIAC se ha incurrido en inconsistencias y errores en el registro de la información como por ejemplo:

- *La no inclusión y registro de actividades fuera de la consulta en los EBAIS llámese; tiempos de traslados, reuniones, capacitaciones, protocolos de pensión, visitas domiciliarias, entre otros.*
- *El no ingreso de agendas por tardanza en su inclusión al sistema.*
- *Mala programación de tiempos, donde por ejemplo no se incluían los tiempos de alimentación lo que provocó que esos tiempos se reflejaran como cupos libres.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- *Informes estadísticos elaborados con información de dos sistemas diferentes (SIAC y SIIS), ya que en el primer semestre en toda el ASSC se utilizó el SIIS y en el segundo semestre 11 de los 13 EBAIS pasaron al SIAC, manteniéndose el sector de Cartagena con sus dos EBAIS con el SIIS, lo que provocó dificultades e inconsistencias en la consolidación de la información.*
- *En el SIIS la sustitución de ausentes era un procedimiento más elaborado en el SIIS, y eso llevaba a que las funcionarias de REMES prefirieran anotar un recargo en lugar de una sustitución de ausente.*

Una conclusión final de las debilidades observadas en los tiempos de consulta y su producción, se relacionan a la débil capacitación tanto para SIIS como para SIAC, que provocaron que estos sistemas fueran utilizados por las y los asistentes de registros médicos de forma inconsistentes y con grandes vacíos en la justificación de los tiempos programados y utilizados en las consultas. Por eso las propuestas de solución a las debilidades señaladas en este informe, se centran en la capacitación continua en el uso de los sistemas, en el monitoreo y la supervisión de todas las jefaturas involucradas. Gracias por su atención”.

La gestión que realice la Administración para sustituir con otros pacientes los cupos que quedan sin utilizar, es de gran importancia para el mejor aprovechamiento de los recursos involucrados, así como para agilizar la atención de usuarios que se encuentran a la espera de ser atendidos.

2.5 Consulta Externa Especializada

En lo que respecta a la Consulta Externa Especializada (Ginecología, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria), el promedio de consultas por hora no alcanzó el parámetro institucional establecido (4 por hora), según se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 5
Área de Salud Santa Cruz
Promedio de consultas por hora - Consulta Especializada
2015

Especialidad	Horas Utilizadas	Total de Consultas	Promedio de consultas por hora
Ginecología	625	2.030	3,25
Pediatría	1.225	3.555	2,90
Medicina Familiar	1.024	1.890	1,85
Total	2.874	7.475	2,60

Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

El promedio de consultas por hora en el 2015 fue de 2,60 por hora, siendo el de menos la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con 1,85. Además, se muestra que supuestamente se dejó de otorgar 4.021⁵ cupos, a razón de 4 cupos por hora.

Asimismo, durante el 2015 se presentó una subutilización de 317 horas, lo que significa un desaprovechamiento del 10 %, y en consecuencia 1.268 cupos sin otorgar (4 cupos por hora).

Cuadro 6
Área de Salud Santa Cruz
Horas programadas y cupos esperados versus
Producción real - Consulta Especializada
2015

Especialidad	Horas Programadas	Horas Utilizadas	Diferencia	Porcentaje	Cupos esperados	Otorgados	Diferencia	Porcentaje
Ginecología	703	625	-78	-11%	2.812	2.914	102	4%
Pediatría	1.376	1.225	-151	-11%	5.504	5.637	133	2%
Medicina Familiar	1.112	1.024	-88	-8%	4.448	2.871	-1.577	-35%
Total	3.191	2.874	-317	-10%	12.764	11.422	-1.342	-11%

Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.

Cupos esperados = 4 por hora.

Cupos otorgados = consultas de pacientes "subsecuentes" más los de "primera vez" (estos últimos equivalen a 2 cupos)

Por su parte, en lo que respecta a los cupos esperados y otorgados, entre las 3 especialidades registran 1.342 cupos no utilizados durante dicho periodo, para un desaprovechamiento del 11% y donde Medicina Familiar y Comunitaria fue la especialidad que menos campos concedió (35%) según lo esperado.

Además, hubo 850 citas perdidas en dicho período, donde el porcentaje promedio de ausentes que no se sustituyó alcanzó el 70 %, por lo que el costo de no sustituirlos fue de 13 millones de colones aproximadamente.

Cuadro 7
Área de Salud Santa Cruz
Citas perdidas y sustituidas - Consulta Especializada
2015

Especialidad	Citas perdidas	Citas Sustituidas	Citas perdidas no sustituidas	Porcentaje de citas no sustituidas	(*) Costo de pacientes ausentes no sustituidos
Pediatría	438	132	306	70%	¢6.619.927,50
Medicina Familiar	255	95	160	63%	¢3.461.400,00
Ginecología	157	25	132	84%	¢2.855.655,00
Total	850	252	598	70%	¢12.936.982,50

(*) Costo Consulta Externa = ¢ 21.633,75, según Modelo Tarifario I Semestre 2015.

Fuente: Boletín Estadístico - Cuadro 11 - REMES U.E. 2531.

⁵ Horas Utilizadas (2.874) x 4 cupos, menos Total de Consultas (7.475) = 4.021 cupos.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, en el punto 6.9, sobre las funciones generales del Área de Salud Tipo 2, establece:

“6.9.1 Dirección: Dirigir y conducir la planificación integral de los procesos sustantivos para la prestación de los servicios de salud, mediante un enfoque estratégico y orientar la formulación de la programación anual operativa y del presupuesto, con el fin de que se ajusten a las necesidades y los requerimientos de la población adscrita”.

Además, en el punto 6.9.2 sobre la atención integral a las personas, se indica:

“Atender la consulta externa, de acuerdo con la demanda de los usuarios y su nivel resolutivo, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población”.

Al respecto, el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“Las causas del ausentismo y el bajo porcentaje de sustitución son las mismas que en la actividad de atención integral.

Con relación a la subutilización de las 317 horas de acuerdo al análisis de la capacidad instalada durante el año 2015 se tiene que:

-Pediatria tenía 1331 horas disponibles para consulta externa y realizó 3555, lo que da un porcentaje de 2.67 pacientes por hora. De las cuales 2082 son de primera vez, por lo que la mayoría ocupan dos cupos, si se calculan las de primera vez a dos por hora se requirieron 1041 horas y se calculan los subsecuentes que fueron 1473 se ocuparon 368 horas de tal manera que el uso real del tiempo fue de 1409 horas, para un promedio de utilización real superior a la capacidad instalada, por lo que esta producción está justificada.

-Ginecoobstetricia tenía 442 horas disponibles para consulta externa y otorgó 2030 consultas, esto da un promedio por hora de 4.5 superior a la norma, a pesar de que 884 de estas atenciones fueron de primera vez.

-Medicina de Familia: En esta especialidad había 1000 horas disponibles para la consulta externa y se otorgaron 1890 consultas, para un promedio de 1.89. Esta es una nueva especialidad en el Área y se debe mejorar el registro ya que muchas de estas consultas fueron atenciones al grupo familiar, por lo que una consulta equivalía a una hora”.

Lo anterior es consecuencia a debilidades en la planificación, control y supervisión -ejercida por parte de las autoridades del centro médico- en la gestión realizada en la consulta externa especializada, situación que genera un impacto negativo en los pacientes que esperan ser atendidos por los especialistas, así como un uso deficiente de los recursos institucionales.



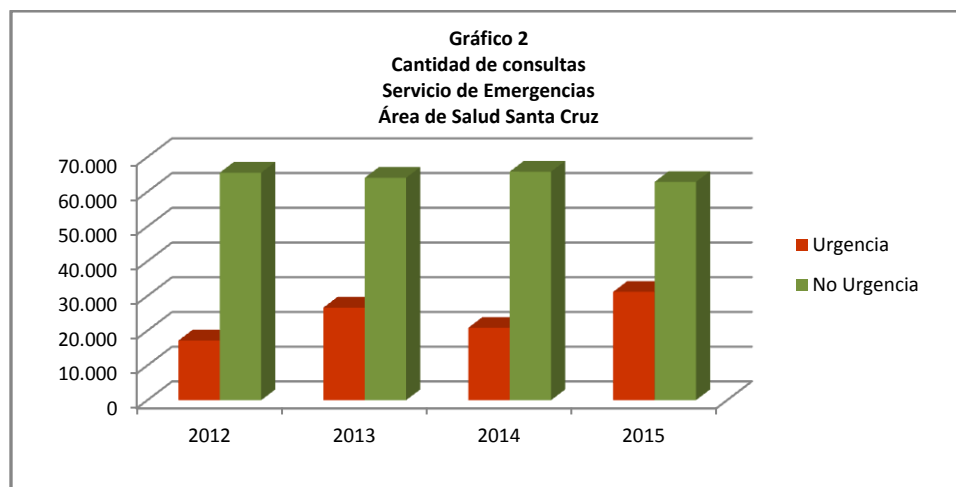
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

3. SOBRE LA GESTIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se determinaron debilidades y oportunidades de mejora en el Servicio de Emergencias del Área de Salud Santa Cruz, las cuales se mencionan a continuación:

3.1 De las atenciones brindadas en el Servicio de Emergencias

De acuerdo con los datos estadísticos del Área de Salud Santa Cruz, la cantidad de consultas catalogadas como “No Urgentes” se ha mantenido por encima de las 62 mil consultas entre el 2012 y el 2015. Por su parte, las consultas “Urgentes” han promediado las 24 mil atenciones durante dicho periodo. La relación es de un 73 % (No Urgentes) contra un 27 % (Urgentes).



Fuente: Informe Estadístico – REDES.

Con el objetivo de conocer la principal causa de consulta en el Servicio de Emergencias del Área de Salud Santa Cruz, se evidenció que el mayor porcentaje corresponde a no urgencias de pacientes con infecciones en vías respiratorias superiores, que a criterio de esta Auditoría, dicho problema de salud podría ser controlado o disminuido a través de adecuados programas de prevención de enfermedades a nivel del área y que la atención de dichos pacientes debió ser en la Consulta Externa de cada uno de los Ebáis.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, aprobado en la sesión de Junta Directiva N° 7571 del 16 de agosto 2001, establece los siguientes criterios:

“3.2.2 Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Los diferentes tipos de organización que se diseñen para la operación de las Áreas de Salud, deben disponer de los recursos necesarios para la atención de la problemática en salud desde el primer nivel de atención, con el fin de garantizar en forma oportuna la prestación de los servicios de salud a la población.

3.2.3. Servicio al Cliente:

La organización de las Áreas de Salud debe facilitar la prestación óptima de los servicios de salud con criterios de equidad, de calidad, de confiabilidad, de oportunidad y con un enfoque de servicio al cliente.

3.2.4. Eficiencia:

La organización debe estar orientada al logro de los objetivos y las metas institucionales, mediante una utilización racional de los recursos disponibles, con el fin de satisfacer las necesidades y las expectativas de salud de la población”.

Entre los factores que podrían estar incidiendo en la cantidad de pacientes que ingresan por Emergencias, está la prestación de servicios médicos a usuarios no asegurados, los cuales acuden por ese medio a sabiendas de que serán atendidos sin que medie o cubra alguna modalidad de aseguramiento (La Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos labora de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a jueves y de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. los viernes). Además, al desaprovechamiento –por parte de los médicos de los Ebáis ubicados en la Sede de Área– de las horas programadas y utilizadas en la jornada ordinaria, así como la falta de un mecanismo efectivo de sustitución de estos pacientes, por los ausentes en la consulta externa.

Lo anterior incide negativamente en el desarrollo de las actividades sustantivas del Servicio de Emergencias, además, refleja que los usuarios no están accediendo al primer nivel de atención y que la optimización de los recursos disponibles en la consulta externa no es la ideal. Por otra parte, se está dejando de percibir recursos económicos por servicios médicos brindados a usuarios no asegurados.

3.2 Sistema de clasificación de pacientes y usuarios policonsultantes

Se determinó que no se ha implementado un sistema de clasificación de pacientes triage⁶ y consecuentemente algunos pacientes tienen consultas reiteradas -en su mayoría no urgentes- en el Servicio de Emergencias, lo cual refleja riesgos ante el inoportuno abordaje integral a los padecimientos de salud en esos asegurados.

⁶ El triage es un sistema que permite clasificar a los pacientes que concurren a un servicio de urgencia de acuerdo con la gravedad de su condición.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

En oficio GM-9537-5 del 20 de junio del 2013, la Gerencia Médica indicó al respecto sobre el sistema de “Triage” lo siguiente:

“La Gerencia Médica, tiene pleno conocimiento de la importancia de los Servicios de Emergencia de la institución, de la cantidad de trabajo que realizan y del impacto en la atención de los usuarios, que se derivan de las acciones efectuadas en estos, lo anterior se suma a los análisis efectuados, donde se evidencia la necesidad de utilizar un Sistema de Clasificación de pacientes, (triage) que ayude con evidencia científica a clasificar y atender con prontitud los pacientes que así lo ameriten, sin que por esto, se deje sin atención a algún paciente (...), Posterior a un análisis de los diferentes sistemas de triage existentes a nivel mundial y en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, se determinó que los recomendados son aquellos con cinco niveles de priorización, por lo que se ha definido la utilización del Sistema de Triage CTAS, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, debido a que cumple con los requerimientos para ser implementado en los Diferentes servicios de emergencias a nivel institucional; dentro de la posibilidad y capacidad instalada de cada unidad (...).”

La Dra. Sonia Peralta Villagra, Coordinadora del Servicio de Emergencias del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“En estos momentos no se realiza una clasificación de pacientes. Se está a la espera de la capacitación en el tema. Por parte de enfermería se realiza algún tipo de precalificación.

Se han identificado pacientes policonsultantes, pero no se tiene una lista como tal. Hay un paciente llamado Rufino Fajardo Fajardo, el cual ha consultado más de 400 veces en los últimos 5 años. Estos pacientes son remitidos a la especialidad correspondiente (Medicina Familiar / Pediatría).”

La situación descrita obedece a que las autoridades del centro médico no han implementado un procedimiento adecuado para la valoración y clasificación de pacientes, que permita brindar una atención acorde a los recursos de la unidad; considerando el primer contacto con los pacientes que acuden al servicio; de manera que el proceso de clasificación sea eficiente y eficaz.

Asimismo, la cantidad de pacientes que recurren al Servicio de Emergencias de manera constante, y que en algunos casos tienen un limitado número de consultas a nivel de Ebáis, podría representar riesgos para la salud de la población ante eventuales diagnósticos y tratamientos tardíos, con el consecuente costo económico para la institución.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

3.3 Guías de atención

Se determinó la carencia de normalización técnica actualizada, avalada y debidamente socializada en el Servicio de Emergencias.

El documento denominado “Metodología para la Elaboración de Guías de Atención y Protocolos”, publicado por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, las Guías de Atención, hace referencia a los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y aplicación a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud de la Institución. Estas guías tienen como finalidad asegurar la calidad de las intervenciones en salud, así como definir la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención a los pacientes.

La carencia de lineamientos técnicos actualizados y avalados para la atención médica, obedece a debilidades en la gestión que se lleva a cabo en el servicio; situación que evidencia la falta de herramientas que faciliten el cuidado del paciente a través del cumplimiento de instrucciones técnicas.

La práctica asistencial en los Servicios de Emergencias sin el respaldo de una guía de atención validada, técnica y científica, podría ocasionar el desmejoramiento en la estandarización de la calidad de la atención a los pacientes, lo cual coloca en eventuales riesgos legales a la Institución.

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se determinó que 7 (54 %) de los 13 Ebáis del Área de Salud Santa Cruz, no tienen definido realizar un proyecto formal en promoción de la salud durante el 2016, el cual esté incluido en el programa que coordina la Comisión Local de Promoción de la Salud, lo anterior a pesar de que se asignaron 4 horas mensuales a cada Ebáis para actividades en promoción de la salud. Los Ebáis mencionados son los siguientes: Tulitas, Buenos Aires, Santa Cecilia, Corobicí, Cabo velas, Santa Bárbara y Veintisiete de Abril.

Únicamente los Ebáis de Cartagena 1, Cartagena 2, Villarreal, Ortega, Lagunilla y Cuajiniquil, así como los Servicios de Trabajo Social, Odontología y la propia Comisión Local de Promoción de la Salud, planificaron la realización de un proyecto.

Existe una Comisión Local de Promoción de la Salud debidamente conformada, coordinada por el Lic. Albín Angulo, Profesional de Trabajo Social. La comisión dispone de un plan de trabajo y de un programa que incluye los diferentes proyectos en promoción de la salud que se desarrollaran en el Área de Salud Santa Cruz durante el año.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
 Apdo.: 10105

Según el Manual de Organización y Funcionamiento de las Área de Salud tipo 2, en el punto 6.3.1. Objetivo General:

“Otorgar a los clientes integrales de salud en el primer y segundo nivel de atención con calidad, eficiencia, confiabilidad, humanismo y oportunidad, con énfasis en la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación, la investigación y la docencia, para satisfacer las necesidades (con enfoque de riesgo de salud) de la población adscrita”.

Así también, dentro sus objetivos específicos señalan:

“Establecer procesos de prevención y promoción de la salud, para mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad”.

La promoción de la salud constituye un proceso de ejecución de acciones concretas que proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud, e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar a las personas. El hecho de que algunos Ebáis no evidencien acciones en promoción de la salud, a pesar de que se les asigna 4 horas mensuales, podría limitar el facilitar a la población la capacitación y educación necesaria para que asuman la responsabilidad de mejorar y controlar su salud, generando un cambio en la calidad de vida de los individuos y mejorando los indicadores de salud en nuestro sistema, entre otros aspectos.

4.1 Sobre el Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS)

Se determinó que el Área de Salud Santa Cruz dispone de un “Análisis de Situación Integral en Salud”, no obstante, los datos contenidos en el documento por medio de los cuales se planifican las actividades a realizar son del año 2007, por lo que dicho documento no contiene los índices de salud que se han generado desde esa fecha hasta el 2015 (8 años). En este sentido, los problemas priorizados por el Área de Salud en sus diversas dimensiones biológica, ecológica, socioeconómica y salud se basan en datos del año 2007, situación que requiere especial atención por parte de las autoridades locales, en virtud de los eventuales cambios en los indicadores de salud de la población.

Ejemplo de lo anterior se observa en las principales causas de consulta externa que en su momento se habían definido en el ASIS 2007 y los datos más recientes (2015), proporcionados por Registros y Estadísticas de Salud (REDES):

Grupo Poblacional	Causas de Consulta	
	2007 (ASIS)	2015
Menores de 10 años	1. Crecimiento y Desarrollo 2. Asma 3. Sobrepeso 4. Infección de vías respiratorias 5. Otitis media aguda	1. Atención Integral 6 meses a menos de 24 meses 2. Atención Integral. Menores de un año 3. Eutrofia 4. Infección vías respiratorias



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
 Apdo.: 10105

Grupo Poblacional	Causas de Consulta	
	2007 (ASIS)	2015
		5. Atención Med. No Especf.
De 10 a menos de 20 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección de vías respiratorias 2. Síndrome dispéptico 3. Gastroenteritis viral 4. Farigoamigdalitis aguda 5. Infección urinaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen Des. Adolescente 2. Atención Med. No Especf. 3. Faringitis aguda 4. Examen de Laboratorio 5. Estado del embarazo
De 20 años a 64 años masculino	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes Mellitus 3. Obesidad 4. Dislipidemia 5. Lumbalgia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes Mellitus 3. Obesidad 4. Dislipidemia 5. Lumbalgia
De 20 años a 64 años femenino	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes Mellitus 3. Embarazo 4. Dislipidemia 5. Obesidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Papanicolau 3. Atención anticoncepción 4. Diabetes Mellitus 5. Obesidad
65 años y más	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes Mellitus 3. Estreñimiento 4. Artrosis 5. Gonalgia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial 2. Tamizaje del Adulto Mayor 3. Diabetes Mellitus 4. Obesidad 5. Dislipidemia

Del cuadro anterior se evidencia que, las principales causas de consulta en menores de 10 años y los de 10 años a 20 años, han cambiado del 2007 en comparación con las registradas en el 2015. Para el resto de los grupos poblacionales los datos se mantienen muy similares.

El Análisis de Situación en Salud (ASIS) es una actividad necesaria en el Primer Nivel de Atención, que tiene como propósito identificar las características socio-psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

Cabe mencionar que el ASIS es un insumo fundamental para la formulación del Plan de Promoción de Salud, por lo que el ASIS debe actualizarse y con ello elaborar dicho plan de conformidad a las condiciones actuales de morbi-mortalidad de la población.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

La Organización Panamericana de la Salud -OPS-, define ASIS de la siguiente manera:

“...identificación de intervenciones por parte de los diferentes actores sociales sobre los problemas de salud identificados, lo cual constituye el fin último del ASIS. [...] cabe destacar que el ASIS es un proceso continuo, por lo que una vez identificados los grupos de riesgo, se puede investigarlos en forma más precisa, con el fin de llegar a un análisis más profundo sobre las causas de los problemas de salud y sus determinantes. El ASIS de base puede ser modificado sobre la marcha, al recolectarse nueva información “Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. (OPS, 1999) ASIS (Concepto)”.

Mediante oficio DDSS-1411-13 del 26 de setiembre 2013, el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director Desarrollo Servicios de Salud, informó al Dr. Anner Angulo Leiva, Director Regional de Servicios de Salud Chorotega, es ese momento, sobre la periodicidad para la elaboración y actualización del Análisis Integral en Salud:

“Para responder a su solicitud de información lo hacemos teniendo en cuenta que la Guía avalada institucionalmente para la formulación del Análisis de Situación es la denominada “Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación en Salud en el marco Estratégico Local de Servicios de Salud”, la cual fue aprobada por el concejo de Presidencia Y Gerentes el día 12 de noviembre del año 2005, (DPI-394-12).

En este sentido y completando la información faltante, se define que una vez elaborado un ASIS este deberá actualizarse cada dos años con la información disponible y verificable”.

El análisis de la situación de salud constituye uno de los instrumentos más importantes en la gestión de la salud local, principalmente en el proceso de planificación, por lo que basarse en información antigua para su elaboración, podría generar que las actividades desarrolladas se fundamenten en una proyección que eventualmente puede haber sufrido cambios importantes.

Debilidades en la actualización del ASIS incidirían sensiblemente en la planificación estratégica a ese nivel, ya que se constituye en el elemento base, estableciendo las prioridades y disponiendo de los recursos locales en función de ellos.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Aunado a lo anterior, destaca la necesidad de conocer la evolución de los problemas y necesidades de salud de la población, a fin de determinar si el desempeño de los Ebáis y del Área de Salud en general están colaborando en la mejoría, reducción o eliminación de los problemas y necesidades de salud detectados.

5. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

5.1 Análisis de la producción de visitas domiciliarias

Las visitas efectivas que realizaron los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) del Área de Salud Santa Cruz durante el 2015, no alcanzó el parámetro definido en la normativa institucional, donde establece que dicho indicador debe corresponder al mayor porcentaje de las visitas efectuadas.

Según el Cuadro Anual Estadístico No.20, en el 2015 se realizó un total de 31.835 visitas (9.633 efectivas / 4.620 no efectivas / 17.582 seguimientos), por lo que el porcentaje de visitas según tipo⁷ fue el siguiente: 30 % visitas efectivas, 15 % visitas no efectivas y seguimientos de un 55 %.

La información estadística del centro médico contabiliza un total de 14.400 viviendas habitadas. Para el 2015 se programó en el Plan-Presupuesto realizar 11.520 visitas domiciliarias efectivas de 1º vez (80 % de las viviendas habitadas) y se logró efectuar 8.316, lo que corresponde a un logro del 72 % de lo pactado.

Cabe mencionar que según el Cuadro Anual Estadístico No.20, se registraron 3.570 casas cerradas, eso corresponde a un 25 % del total de viviendas habitadas.

El Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar Primer Nivel de Atención, sobre los indicadores de resultado en el punto 7.2.10.1.1, señala:

“El dato del volumen de producción por tipo visita, orienta a la toma de decisiones sobre la utilidad del tiempo del ATAP, cuyo balance siempre deberá reflejar un mayor peso en las actividades relacionadas con la visita efectiva, una producción que oriente a lo contrario llamaría al análisis específico de las clasificaciones de las visitas de seguimiento y visitas no efectivas, para argumentar eventuales bajas de coberturas de visita domiciliar por la situación epidemiológica, o para un reorganización de la estrategia de visitas, hacia una que garantice una optimización del recurso, dirigida hacia su actividad sustantiva la cual es la visita domiciliar efectiva”.

⁷ Visitas (según tipo) realizadas / Total general de visitas x 100. Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar Primer Nivel de Atención, pág. 53.





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

La M.Sc. Sunny Chavarría Vega, Jefa de Enfermería del Área de Salud Santa Cruz, analizó el punto anterior y manifestó lo siguiente:

“Durante el año 2015, se realiza visita a un 92 % de los hogares que según balance están habitados 14.400, sin embargo, de estos un 25 % (3.570) están cerrados por la dinámica familiar laboral, por lo que no se logra acceder a una visita efectiva, siendo estos sólo a un 72 %. Como lo vemos en los porcentajes de casas cerradas y la visita efectiva, el porcentaje es de un 97 % del recorrido que los funcionarios han dedicado en las visitas, sin embargo, para nuestro cantón no es un secreto de que las familias buscan laborar en diferentes ambientes, por lo que se encuentran en los colegios, comercios e instituciones. Por lo que, a pesar de que los hogares están cerrados, se han visitado los diferentes escenarios y poder así educar y complementar esquemas de vacunas, orientar a las mujeres sobre el Papanicolaou e igualmente las vacunas por la estrategia de visita domiciliar por prioridad se le da cobertura a las vacunas de los niños, seguimiento puntual a las embarazadas. Para este 2016 se estará confeccionando un panfleto para poderle dejar a cada familia se la casa cerrada lo básico que debe vigilar en su salud”.

Lo anterior puede obedecer a debilidades en el proceso de visita domiciliar implementado, aunado a oportunidades de mejora en la supervisión y evaluación de las actividades, situación que provoca un incumplimiento del marco normativo mencionado y de la estrategia de atención primaria definida institucionalmente.

5.2 Análisis del rendimiento del ATAP

El personal de Enfermería a cargo de los ATAP, M. Sc. Sunny Chavarría Vega (Jefatura) y Licda. Marjorie Zúñiga Rosales (Supervisora), no realiza el análisis del rendimiento de cada funcionario, con el objetivo de verificar el cumplimiento en el número de visitas por día que establece la normativa.

Según el Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar Primer Nivel de Atención, punto 7.2.5, se establece que un ATAP debe programar como días destinados a visitas domiciliarias efectivas un mínimo de 150 días en el año, basado en previa programación anual, y que el rendimiento diario de ese funcionario será de 8 a 10 visitas diarias, según clasificación de la visita.

Aunado a lo anterior, ese mismo marco normativo señala en el punto 7.2.10.1.3:

*“El rendimiento del ATAP seguirá siendo medido con la unidad de la visita domiciliar, pero no sólo la efectiva, sino todo el volumen de visitas que realiza.
El análisis de los promedios, será un indicador más para comparar los promedio por cada tipo de visita, de manera que puedan observarse fenómenos como el de que, aunque el ATAP tenga un promedio considerable de visitas por día, su promedio de visitas efectivas sea bajo, de esta forma no se debe penalizar el rendimiento del funcionario si no el rendimiento de la estrategia, la planificación del trabajo y el ineficiente uso de los recursos”.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Lo descrito obedece a debilidades en las actividades de supervisión y evaluación que realizan los titulares del Servicio de Enfermería, con el fin de garantizar una eficiente ejecución de las tareas que ejecutan los ATAP, de conformidad con la normativa que regula la gestión del programa de visita domiciliar en el primer nivel de atención.

5.3 Cobertura de sectores por ATAP

Se determinó que existen sectores del Área de Salud Santa Cruz, donde no se logra la cobertura total de atención primaria durante el año, debido a que la concentración de viviendas asignadas por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria ATAP es mayor a lo que dicta la norma.

De acuerdo a una priorización y análisis⁸ realizado por el Dr. Diego Alfaro Álvarez, Supervisor Regional de Enfermería de la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, para el 2016 existe la necesidad de dotar 3 códigos nuevos para los Ebáis Corobicí, 27 de Abril y Cabo Velas. A continuación el detalle:

Cuadro 8
Cobertura y necesidades de ATAP
Área de Salud Santa Cruz
2016

Ebáis	Tipo de Área	No. Localidades	Población	Viviendas	Viviendas por ATAP según norma	ATAP Actuales	Necesidad de ATAP
Cabo Velas	Rural	16	6.718	2.602	500	2	1
27 de Abril	Rural	27	5.476	2.334	500	3	1
Corobicí	Semiurbana	17	5.810	2.042	450 a 600	2	1
Total						7	3

Fuente: Elaboración propia – Datos suministrados por la Supervisión Regional de Enfermería y el Área de Salud Santa Cruz.

Cabe mencionar que mediante oficio DAGP-0694-2015, del 25 de junio 2016, el Lic. Guillermo Abarca Agüero, Director de Administración y Gestión de Personal, remitió al Dr. Manuel León Alvarado y a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Administrativo y Médica, respectivamente, un informe de “Requerimientos y Necesidades de Reemplazo para los Asistentes Técnicos de Atención Primaria ATAP”. En dicho documento⁹ se define una proyección de requerimiento de ATAPS a nivel nacional para los siguientes cinco años (2016 al 2020), donde para la Región Chorotega se estima una necesidad de 208 funcionarios para el 2016 y actualmente se dispone con 162, por lo que el faltante a este año es de 46 ATAPS, entre ellos los tres del Área de Salud Santa Cruz.

⁸ Corresponde a solicitud planteada por parte de la M. Sc. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de Presidencia Ejecutiva, a la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, mediante correo electrónico del 16 de febrero 2016.

⁹ El documento es una propuesta para establecer los indicadores para identificar las brechas de plazas existentes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

El Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar, Primer Nivel de Atención, define lo siguiente:

“2.1.1 Área rural: constituida por un conjunto de 10 a 16 localidades o barrios, comprendidas en un radio de acción de 100 Km cuadrados, que cubre aproximadamente 500 viviendas con 2000 a 2500 habitantes, cada localidad o barrio. (Garro, 1989, p.18)

2.1.2 Área urbana, semi urbana y urbana marginal: conformada por un conjunto de manzanas que representan la totalidad o una porción de un barrio, cubre de 450 a 600 casas para una población de 2500 a 3000 habitantes. (Garro, 1989, p.18)”.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, en lo que respecta al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el punto 3.2.10, establece que:

“Para el adecuado funcionamiento de los modelos de organización, se debe considerar la redistribución de los recursos humanos, cuando sea necesario, los aspectos restrictivos de crecimiento de la plantilla de puestos, la poli funcionalidad de los cargos, la conformación de equipos de trabajo permanentes y temporales, la identificación de la responsabilidad y la complejidad de las actividades que se desarrollan en las Áreas de Salud, según su ubicación en los modelos establecidos”.

Lo anterior es atribuible a la carencia y necesidad de recurso humano en Atención Primaria, tal y como lo indica el informe técnico emitido por la Dirección de Administración y Gestión de Personal, situación que no asegura una intervención oportuna de los asegurados y se estaría frente a una población probablemente desprotegida en el escenario familiar y comunitario.

5.4 Supervisión a los ATAP

Para el 2015 se programó realizar 52 supervisiones a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria ATAP, 2 por cada funcionario en el año. No obstante lo anterior, se registran únicamente 39, lo que representa un 75 % de cumplimiento, entre supervisiones directas, indirectas, de trabajo escolar, cadena de frío, otras. Adicionalmente, de los 26 ATAP a quienes se les programó la supervisión, hubo 6¹⁰ funcionarios que no se les realizó ninguna supervisión.

El Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar, Primer Nivel de Atención, establece en el punto 7.2.10 sobre la supervisión y evaluación del proceso a nivel local, lo siguiente:

“El (la) Profesional de Enfermería es quién está a cargo del servicio y de los procesos que competen a la ejecución de las actividades de los ATAP, por tanto este profesional dará cuentas de la calidad de los registros, de la calidad de la visita in situ, de la producción de los funcionarios, de la cobertura y el rendimiento de la estrategia, mediante el uso de indicadores de proceso, de resultados y del análisis continuo de la información”.

¹⁰ Cristina Álvarez, Greivin Gutiérrez, Roberto Castro, Wilberth Guevara, Mario Gutiérrez, Yahaira Fernández.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Debilidades en las actividades de supervisión realizadas al personal de ATAP en el Primer Nivel de Atención, podría no asegurar el ofrecer una atención domiciliaria con calidad y calidez a través del apoyo, educación y orientación a las personas que se les brinda el servicio.

6. HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO (FARMACIA Y LABORATORIO CLÍNICO) POR PARTE DEL MINISTERIOS DE SALUD

Se determinó que los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico ubicados en la sede de área, no disponen con los permisos de habilitación emitidos por el Ministerio de Salud.

El Manual de Políticas y Normas de los Servicios de Farmacia, emitido por la Gerencia Médica en enero 2010, señala en el apartado 5.1, referente a las políticas de organización, lo siguiente:

“Los servicios de farmacia de la Caja Costarricense del Seguro Social están bajo la responsabilidad de la Jefatura del Servicio y los profesionales farmacéuticos, de acuerdo con el horario de funcionamiento del servicio, contando con los servicios de habilitación, de operación y regencia en sujeción a las leyes, reglamentos y normas vigentes en el Sistema Nacional de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Asimismo, la Norma para la habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica N° 30700-S, establece la obligatoriedad y requisitos para realizar el trámite de solicitud de habilitación y funcionamiento por parte del Ministerio de Salud.

Dicha situación es producto del rezago en la infraestructura que sufre el Área de Salud Santa Cruz, así como a la falta de intervención oportuna por parte de la Administración para solventar y ofrecer las condiciones mínimas necesarias que exige el Ministerio de Salud como ente rector, lo anterior, si tomamos como ejemplo que la Dirección Médica, mediante oficio sin número del 27 de diciembre 2004, solicitó desde ese momento al Dr. Julio Quirós Ruiz, Director del Área Rectora del Ministerio de Salud en Santa Cruz, la habilitación del Servicio de Farmacia, sin embargo, a la fecha no se ha obtenido dicho permiso.

Lo anterior genera incumplimiento a la normativa que regula dicha actividad, además, no garantiza que se cumplan las condiciones básicas para una prestación de servicios con calidad, seguridad, estructura y recursos suficientes, para la atención de los asegurados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

7. SOBRE LA GESTIÓN EN VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

7.1 Sobre los registros por facturación de servicios médicos e informes estadísticos

Se determinó debilidades en el registro de los montos facturados y pagados por prestación de servicios médicos a personas no aseguradas, de riesgos excluidos (I.N.S.) y por facturación a patronos morosos.

En el caso de pacientes no asegurados de pago directo, en los informes estadísticos mensuales que emite la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, no se registra el monto de lo recuperado ni del pendiente acumulado. Esta Auditoría revisó las facturas (27) emitidas del 2012 al 2015, determinando una facturación de ₡879.240,00 (ochocientos setenta y nueve mil doscientos cuarenta) y una recuperación de ₡105.675,00 (ciento cinco mil seiscientos setenta y cinco), lo que corresponde a un 12 %.

Por su parte, según el reporte que emite el Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), durante el 2015 se facturó ₡3.017.723,00 (tres millones diecisiete mil setecientos veintitrés) y lo recuperado de ese monto al 27 de abril 2016 fue ₡1.816.343,00 (un millón ochocientos dieciséis mil trescientos cuarenta y tres), lo que corresponde a un 60 %.

Asimismo, se evidenció que en el Área de Salud Santa Cruz no se factura los servicios de salud otorgados a pacientes asegurados con patrono moroso, inclusive, la Sra. Iriabel Coronado Dinarte, Encargada de la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, no dispone de clave de acceso para el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y así poder registrar dicho rubro.

Por último, se comprobó que dicha oficina remite a la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega un informe mensual relacionado con la facturación al I.N.S., de personas no aseguradas y los casos de Seguro por el Estado, sin embargo, tal y como se mencionó anteriormente, no incluye la información correspondiente a patronos morosos, así como los montos recuperados y del pendiente acumulado en general.

El Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, apartado 9.4.2. "Responsabilidades de la gestión financiera y funciones sustantivas", dispone las siguientes funciones (Áreas de Salud tipo 1 y 2):

"Facturar los servicios de salud otorgados a pacientes no asegurados de pago directo o asegurados con patrono moroso, de acuerdo con la regulación, la normativa establecida, los procedimientos y los cálculos realizados, con el fin de recuperar el valor de la atención médica."



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Facturar los servicios de salud prestados a pacientes cubiertos por los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito, con base en la normativa y los procedimientos vigentes, con la finalidad de recuperar, ante quien corresponda, el costo de la atención.

Registrar las facturas elaboradas por servicios médicos otorgados, de conformidad con las políticas, normativa, los procedimientos establecidos y las herramientas diseñadas institucionalmente, con el fin de realizar el control y seguimiento de los montos a recuperar.

Realizar la gestión de cobro administrativo de las facturas de riesgos excluidos, ante quien corresponda, de acuerdo con la regulación, la normativa técnica y los procedimientos vigentes, con la finalidad de recuperar el valor de la atención y reducir la morosidad”.

El Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, señala en el artículo 52:

“Las Unidades de Validación de Derechos de todos los centros médicos a escala nacional, deben remitir a las Direcciones Regionales de Servicios Médicos en un plazo de diez días naturales, a partir del primer día del mes siguiente, los Informes Estadísticos de Validación de Derechos correspondientes al mes anterior.

En dichos informes debe registrarse toda la información relacionada con facturación al INS, facturación a personas no aseguradas, facturación a patronos morosos, casos de Seguro por el Estado aprobados denegados y otros datos que contemple dicho informe.

Las Direcciones Regionales de Servicios Médicos, remitirán dichos informes a la Asesoría Validación de Derechos, en un plazo no mayor de cinco días naturales, después de finalizado el plazo establecido para su recepción”.

La ausencia de registros o debilidades en los sistemas de información, limitan a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, conocer en forma actualizada, el saldo real acumulado y establecer los montos recuperados en cada uno de los rubros facturados, lo cual podría ser relevante para medir la eficiencia en la gestión de ese despacho.

Lo anterior dificulta a las autoridades del Área de Salud Santa Cruz, establecer un control de los casos pendientes de cancelación y efectivo seguimiento de los montos económicos a recuperar; situación que no permite conocer la colaboración que se brinda en favor de las finanzas de la institución, considerando la cantidad de recursos que destina en la atención de la salud de la población y la baja recuperación de los mismos (€1.974.945,00 pendiente de cobro al 27 de abril 2016, por concepto de pacientes no asegurados y por riesgos excluidos).

7.2 Facturación antes de recibir la atención médica

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 35 de 50

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Se evidenció la atención de pacientes (en Ebáis y Servicio de Emergencias) considerados como no urgentes y en condición de no asegurados, sin que previo a recibir la consulta médica fueran remitidos a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos para el trámite pertinente.

De las 30 facturas revisadas por esta Auditoría (Nº 835241 al Nº 835269 y Nº 320753), en ninguna se logró evidenciar documentalmente que la atención del paciente fue por una condición de urgencia, motivo por el cual no fue trasladado primero a la oficina de Validación.

El Reglamento del Seguro de Salud dispone:

“Artículo 61. De la prestación de servicios a no asegurados. En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución”.

El Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, señala:

“Artículo 48º. De la atención en consulta externa y especialidades.

Cuando se presente un NO ASEGURADO a los servicios de especialidades o consulta externa, se aplicará lo establecido en el artículo 61º del Reglamento del Seguro de Salud, donde se establece la atención inmediata si el caso es de emergencia o el pago previo si esa no es la situación.

En el segundo caso, el paciente debe ser remitido a la Oficina de Validación de Derechos del centro médico, para que se le confeccione una factura y se le realice el cobro de los servicios de manera anticipada.

Si producto de la consulta médica se recomienda la prestación de otros servicios no incorporados en la tarifa, estos al igual que la consulta inicial deben ser facturados y cobrados antes de ser suministrados.

Artículo 49º. De la atención en casos de urgencia.

De acuerdo con lo que establece el artículo 61º del Reglamento del Seguro de Salud, cuando una persona no asegurada se presenta a solicitar atención médica, lo que corresponde es que ésta sea valorada por los servicios médicos para establecer si el padecimiento que presenta es calificado de urgencia o emergencia, caso en el cual la atención es prioritaria y los trámites administrativos son subsecuentes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Posterior a la prestación de los servicios, es responsabilidad de los funcionarios a cargo del registro de la información, coordinar con la Unidad de Validación de Derechos del Centro Médico para que se proceda a la facturación y cobro de los servicios brindados.

Cuando el padecimiento no es catalogado como una emergencia o urgencia, el paciente debe ser remitido a la Unidad de Validación de Derechos del centro médico, para que se proceda con la facturación y el cobro de los servicios. Una vez pagada la consulta de conformidad con lo establecido en el Modelo Tarifario y el Modelo de Costos Hospitalarios vigentes, según corresponda, se debe proceder a sellar las órdenes de medicamentos, exámenes de laboratorio o de gabinete; el resto de los servicios podrán ser brindados previo pago”.

Al respecto, la Sra. Iriabel Coronado Dinarte, Encargada de la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Área de Salud Santa Cruz, manifestó lo siguiente:

“En el Servicio de Emergencias atienden a todos, urgentes y no urgentes, asegurados y no asegurados. Los usuarios en ocasiones ni vienen a la oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, debido a que fueron atendidos y entregadas las recetas”.

Como se ha señalado, las sumas facturadas por casos de pacientes no asegurados entre el 2012 y el 2015, ascendía a ¢879.240,00 (ochocientos setenta y nueve mil doscientos cuarenta), con una recuperación del 12 % del total facturado, lo cual podría deberse, entre otros aspectos, a la aplicación de un procedimiento que aparentemente contribuye a que se den evasiones, debido a la negativa de los pacientes a cancelar suma alguna posterior al recibo de sus atenciones médicas.

La diferencia entre lo facturado y recuperado es una deuda que se va incrementando sin mostrar indicios de recuperación, lo cual desmejora aún más las finanzas institucionales, a la vez que se convierte en una práctica de los demandantes de los servicios médicos que identifican fácilmente las debilidades en la recaudación de ese centro médico, sin que se evidencie un eficiente control por parte de las autoridades del Área de Salud Santa Cruz, de cuántos son los casos que luego de ser atendidos, no pasan luego a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Dicha situación se origina ante la carencia de supervisión efectiva que permita establecer un eficiente procedimiento, de tal forma que los casos no considerados como urgencia, primero sean trasladados a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, para el cobro respectivo o confección de la factura.

Lo citado en este apartado origina riesgos fundamentales que pueden afectar el patrimonio institucional; ya que posterior a la consulta y retiro de medicamentos, en muchas ocasiones el paciente no asiste a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos a formalizar su situación, con lo cual el costo de la atención se convierte en un gasto de difícil recuperación.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

7.3 Facturación de servicios médicos en horario en que la Unidad de Validación está cerrada

Se evidenció que existen personas no asegurados atendidos en el Servicio de Emergencias, los cuales debido a la hora y el día en que efectúan la consulta médica, no se les realiza la facturación por servicios médicos, debido a la no prestación de labores por parte de la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, la cual únicamente brinda servicio de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a jueves y de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. los viernes, quedando descubiertas las funciones que realiza dicha oficina después de esas horas, así como todos los fines de semana y días feriados.

Según información suministrada por el Lic. Marvin Castillo Hernández, Jefe de Registros y Estadísticas de Salud (REDES), durante el mes de febrero 2016 se atendieron 1.149 usuarios no asegurados en el Servicio de Emergencias, lo que representó un costo para la institución de al menos €23.123.625,00 (veintitrés millones, ciento veintitrés mil seiscientos veinticinco), conforme lo establecido en el modelo tarifario del primer semestre 2016; lo anterior considerando que como mínimo se le brindó al usuario la consulta general (valoración) que equivale a €20.125,00 (veinte mil ciento veinticinco). Asimismo, cabe mencionar que en los Ebáis del Área de Salud Santa Cruz, no realizan facturación por servicios médicos brindados a pacientes no asegurados ni a personas con patrono moroso.

El Manual de Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, dispone:

“Artículo 48º. Del objetivo.

Corresponde a estas unidades especializadas, aplicar los procedimientos establecidos en las leyes, reglamentos, convenios y demás directrices relacionadas con el acceso a los servicios de salud”.

“Artículo 50º. De la morosidad.

Cuando en la orden patronal se indique la leyenda PATRONO MOROSO o al consultar los sistemas electrónicos, se determina la morosidad patronal, del trabajador independiente o del asegurado voluntario, se debe emitir una factura de cobro...

En el primer nivel de atención, específicamente en los Ebáis desconcentrados o en las áreas que no cuenten con Unidad de Validación de Derechos, son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar esta facturación”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

El numeral 2.5 de las Normas de Control Interno para el Sector Público establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias y de conformidad con el ordenamiento jurídico y las regulaciones emitidas por los órganos competentes, deben procurar una estructura que defina la organización formal, sus relaciones jerárquicas, líneas de dependencia y coordinación, así como la relación con otros elementos que conforman la institución, y que apoye el logro de los objetivos. Dicha estructura debe ajustarse según lo requieran la dinámica institucional y del entorno y los riesgos relevantes”.

Un aspecto que podría estar afectando las finanzas institucionales, ante la atención médica brindada y no facturada a usuarios no asegurados o de otro tipo, es el hecho de que el personal de Registros y Estadísticas de Salud (REDES), no ejecuta acciones de registro o facturación alguna con dichos usuarios, lo que permitiría a la Institución realizar las gestiones de cobro por los servicios médicos brindados; mientras la Unidad de Validación permanece cerrada.

El dejar de facturar los servicios médicos a pacientes no asegurados durante el período en que permanece cerrada la Oficina de Validación Facturación de Servicios Médicos, podría estar representando una pérdida importante de recursos económicos para la institución. Esto si se toma en cuenta que muchos usuarios acuden por una atención médica, conociendo su condición de no asegurados, pero que serán atendidos sin costo alguno, por no estar laborando el personal de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, situación que les permite evadir el pago de los servicios médicos recibidos.

7.4 Omisión de facturación por servicios médicos en los Ebáis del Área de Salud

Los funcionarios pertenecientes al Servicio de Registros y Estadísticas en Salud (REDES), que laboran en los Ebáis ubicados fuera de la Sede de Área, no realizan facturación alguna a los pacientes atendidos, a los cuales procede realizarles la respectiva factura.

El Manual Normas y Procedimientos de las Unidades de Afiliación y Validación de Derechos, en el artículo 50, señala:

“En el primer nivel de atención, específicamente en los Ebáis desconcentrados o en las áreas que no cuenten con Unidad de Validación de Derechos, son los funcionarios de Registros Médicos los encargados de realizar esta facturación”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Esta situación ocurre ante la carencia de supervisión efectiva, inobservancia de la normativa y toma de decisiones por parte de las autoridades competentes, para poner en práctica la facturación por servicios médicos en los Ebáis, lo que dificulta recuperar al menos parte de los costos económicos en que incurre la CCSS.

7.5 Sobre la remisión de facturas a la Sucursal de la localidad

La Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos no está remitiendo a la Sucursal de Santa Cruz, ni a otras Sucursales (esto porque ellos no clasifican si son de otras Unidades), las facturas no canceladas por concepto de servicios de salud otorgados a los pacientes no asegurados, con el propósito de gestionar el cobro administrativo o judicial a las personas físicas. De acuerdo a la revisión efectuada por esta Auditoría, a continuación se presentan los datos de lo facturado y recuperado por año:

Cuadro 9
Montos facturados y recuperados - No asegurados
Área de Salud Santa Cruz
2012 al 2015

Año	Cantidad de Facturas	Monto Total Facturado	Monto Total Recuperado	Porcentaje Recuperado
2012	1	₡37.850,00	₡0,00	0%
2013	9	₡367.998,75	₡0,00	0%
2014	8	₡234.661,25	₡27.488,75	12%
2015	9	₡238.730,00	₡78.186,25	33%
Total	27	₡879.240,00	₡105.675,00	12%

Fuente: Elaboración propia de Auditoría
Revisión de 30 Facturas de cobro (3 anuladas).

Del cuadro anterior se observa que el porcentaje recuperado fue únicamente del 12 %, esto porque los montos cancelados en dicho período corresponden a usuarios que hicieron sus pagos¹¹ directamente en la Sucursal de Santa Cruz.

El Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, apartado 9.4.2. "Responsabilidades de la gestión financiera y funciones sustantivas", dispone las siguientes funciones (Áreas de Salud tipo 1 y 2):

"Remitir a la Sucursal correspondiente, las facturas no canceladas por los pacientes por concepto de servicios de salud otorgados y riesgos excluidos, conforme con la regulación, la normativa técnica y los procedimientos vigentes, con el propósito de gestionar el cobro administrativo o judicial a las personas físicas o jurídicas".

¹¹ Comprobante Recibo Ingreso Caja: No. 0209100, 0209101, 0209151, 0209301 y 0209302.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Esta situación ocurre ante la falta de información, supervisión efectiva y aplicación de la normativa por parte de los funcionarios competentes, lo que dificulta la gestión cobratoria y la recuperación de adeudos en materia de servicios médicos.

El hecho de no remitir las facturas a las Sucursales, para que esa Unidad las reciba y ejecute las acciones de cobro correspondientes, es un aspecto que puede estar afectando el patrimonio institucional; debido a que no se ejecutan acciones cobratorias que permitan recuperar aquellos montos económicos factibles de recaudar.

7.6 Otorgamiento de incapacidad a pacientes excluidos de los Seguros Sociales

Se determinó el otorgamiento de una incapacidad a una paciente que sufrió accidente de tránsito, sin que se lograra evidenciar que la aseguradora emisora del Seguro Obligatorio Automotor hubiera declinado o rechazado el caso. La boleta de incapacidad No. 0660382Y (1 día – 18/12/2015 – Traumatismo), correspondiente a la paciente A.A.M. cédula 5-0365-0252, fue otorgada por el Dr. Jorge Enrique Gutiérrez Ramos en el Servicio de Emergencias del Área de Salud Santa Cruz.

Mediante circular AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 29 de junio 2012, emitido por el Área Gestión de Riesgos Excluidos y la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, se dispuso del siguiente procedimiento:

“Cuando se esté ante un caso de un paciente que ha sufrido un siniestro, cuya cobertura corresponde en principio al Seguro Obligatorio Automotor, pero la aseguradora emisora de dicho seguro, ha determinado declinar o rechazar el amparar el caso, para determinar la procedencia del otorgamiento de incapacidad se seguirán las siguientes reglas:

- 1. Toda atención médica brindada en la Institución, producto de un accidente de tránsito, en tanto sea riesgo excluido del seguro de salud, deberá ser facturada a la aseguradora.*
- 2. A partir del momento en que ocurre el accidente y dentro del plazo que fija la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres, la víctima o sus familiares deberán dar aviso a la aseguradora sobre el acaecimiento del hecho, o bien, interponer denuncia ante la autoridad judicial competente.*
- 3. Al momento del egreso del paciente de los servicios institucionales, y según el criterio del médico tratante, éste anotará en su expediente clínico los días de reposo recomendados.*
- 4. En caso de que la aseguradora, mediante nota formal, comunique a la víctima que le declina el caso, o rechaza amparárselo, el paciente presentará copia de dicho documento en la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos del centro médico donde fue atendido inicialmente, para lo cual contará con 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de notificación que le haga la aseguradora.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

5. *Con base en la comunicación de rechazo o declinación que el paciente está aportando y en el tanto éste sea un asegurado (a) activo (a) del Seguro de Salud, la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos coordinará con el servicio médico donde fue atendido inicialmente el paciente, para que se le confeccione la incapacidad respectiva, ello de acuerdo a lo señalado en el punto 3 anterior, y según lo que establece el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.*
6. *El médico que otorga la incapacidad deberá anotar en el expediente clínico del paciente que la misma es producto de un accidente de tránsito declinado o rechazado por la aseguradora, anotando la fecha y número del oficio en el que conste ello, así como que los días otorgados corresponden a la recomendación inicial, señalada en el punto 3 anterior.*
7. *En la boleta de incapacidad se marcará la casilla que corresponde a accidente de tránsito.*
8. *En caso de que el paciente sufra una complicación, producto del accidente de tránsito y que ponga en riesgo su vida deberá ser atendido en los servicios médicos institucionales y de requerir más días de incapacidad se le otorgarán de acuerdo al criterio del médico o médicos a cargo.*
9. *En caso de requerir más días de incapacidad por causa del accidente de tránsito y no constituyendo una emergencia o urgencia, el paciente deberá ser valorado nuevamente en el Área de adscripción respectiva”.*

Lo anterior es producto de la inobservancia -por parte del personal competente- a la normativa sobre el manejo de atenciones de riesgos excluidos de los Seguros Sociales, lo que da como resultado un incumplimiento a los lineamientos técnicos en la atención de dichos casos y a una posible afectación al patrimonio institucional por el pago de incapacidades en forma improcedente.

7.7 Liquidación y facturación por Riesgos Excluidos

Se evidenció que la Administración del Área de Salud Santa Cruz no liquida oportunamente las facturas correspondientes a Riesgos Excluidos. Según el “Registro de Facturas por Servicios Médicos” que reporta el Módulo Informático de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE), al 27 de abril 2016 había un total de 56 facturas pendientes por liquidar, para un total de ₡1.907.141,00 (un millón, novecientos siete mil ciento cuarenta y uno). Ejemplo de lo anterior es que la Administración tardó hasta 2 años y 8 meses en liquidar la factura 253120151200225989-1, donde tiene fecha de depósito el 26/04/2013 y fecha de liquidación el 13/01/2016, por un monto de ₡34.029,00 (treinta y cuatro mil veintinueve).





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Asimismo, se evidenció la existencia -en la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos- de 100 casos (al 22 de abril 2016) pendientes de ingresar al MIFRE para facturar por Riesgos Excluidos (38 por Seguro Obligatorio de Automóviles SOA y 62 por Seguro Riesgos del Trabajo SRT).

El Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de Salud, apartado 9.4.2. "Responsabilidades de la gestión financiera y funciones sustantivas", dispone las siguientes funciones (Áreas de Salud tipo 1 y 2):

"Facturar los servicios de salud prestados a pacientes cubiertos por los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito, con base en la normativa y los procedimientos vigentes, con la finalidad de recuperar, ante quien corresponda, el costo de la atención.

Registrar las facturas elaboradas por servicios médicos otorgados, de conformidad con las políticas, normativa, los procedimientos establecidos y las herramientas diseñadas institucionalmente, con el fin de realizar el control y seguimiento de los montos a recuperar.

Coordinar con las unidades correspondientes del Nivel Central y Sucursales, la conciliación y descargo de las cuentas contables por facturación de servicios médicos, de acuerdo con las normas y procedimientos institucionales vigentes, con el fin de contar con información confiable y actualizada de las sumas pendientes de cancelación".

La situación descrita es ocasionada por la carencia de supervisión efectiva por parte de las autoridades de esa Unidad Ejecutora, así como, por falta de gestión oportuna en el registro de la información, tanto para las cuentas correspondientes a riesgos excluidos que se han facturado ante el Instituto Nacional de Seguros y de la facturación que se ha realizado (localmente) a los usuarios No Asegurados, situación que incide en los registros institucionales.

El hecho de no realizar liquidaciones oportunas, ni gestión cobratoria sobre las facturas por servicios médicos prestados por la institución, es una situación que no solo violenta los controles que deben existir sobre ese tipo de adeudos, sino que también se puede estar afectando el patrimonio institucional.

CONCLUSIONES

El Director del Área de Salud es el funcionario con la máxima autoridad en el establecimiento; bajo su responsabilidad se encuentra la planeación, organización, integración del personal, dirección, control y coordinación del centro médico, para obtener con los recursos humanos, económicos y materiales asignados, el mejor rendimiento económico y social. En este sentido, es de suma importancia que el proceso de planificación, así como las acciones que se ejecuten, estén orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y en consecuencia al cumplimiento de los objetivos institucionales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

En lo que respecta a la Consulta Externa, considera esta Auditoría que la productividad de los Ebáis y especialidades del Área de Salud Santa Cruz, debe ser abordada y examinada de manera inmediata y exhaustiva, en razón de que actualmente los datos analizados no garantizan que se esté realizando un aprovechamiento óptimo del tiempo contratado del personal médico ni de los recursos existentes, lo anterior en virtud de que se demostró que durante el 2015 presuntamente se dejaron de atender 11.085 pacientes subsecuentes en los Ebáis (2.217 horas por 5 pacientes) y 1.268 pacientes subsecuentes en la Consulta Externa Especializada (317 horas por 4 pacientes), debido a la cantidad de horas no utilizadas. Asimismo, 3.514 la cantidad de pacientes que estuvieron ausentes (2.916 en los Ebáis más 598 en la Consulta Especializada) y que no fueron sustituidos, es decir, en total aproximadamente 14.599 pacientes más que pudieron ser atendidos en ese centro médico.

Uno de los problemas que enfrenta el Servicio de Emergencias del Área de Salud Santa Cruz es el gran número de consultas por patologías no urgentes, lo que origina aumento de costos, retraso en atención de casos urgentes, saturación del servicio, entre otros, situación atribuible a que este tipo de consulta constituye un mecanismo para evadir la afiliación al sistema y conseguir exámenes y medicamentos sin ninguna contribución a la institución, así como debilidades en el aprovechamiento de la oferta de servicios en la Consulta Externa. Además, se evidenció que en el Área de Salud Santa Cruz no han implementado el sistema triage para la atención de los pacientes que son atendidos en el Servicio de Emergencias, y tampoco se han ejecutado acciones para disminuir la cantidad de casos considerados “No Urgentes”.

En lo referente a Promoción de la Salud, es importante fortalecer ese tipo de actividades a nivel de todos los Ebáis del Área de Salud. Asimismo, es necesaria la actualización del ASIS, en el cual se identifiquen los problemas de salud de la comunidad, además de contribuir a la toma de decisiones y a la gestión del centro médico.

Se considera de vital importancia considerar los indicadores de proceso y de resultados, así como el análisis de la información que se genera producto de la atención primaria en salud, con el propósito de monitorear la producción de visitas domiciliarias, los rendimientos por ATAP y las actividades de supervisión que se realizan.

La falta de permisos para la habilitación de los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico, no certifica que se disponga de las condiciones y requisitos básicos para brindar un producto de calidad al usuario, según lo normado y dispuesto por el ente rector en salud.

Debilidades de control en el registro de los montos facturados y pagados por prestación de servicios médicos a personas no aseguradas, de riesgos excluidos (I.N.S.) y por facturación a patronos morosos, dificulta a las autoridades del Área de Salud Santa Cruz tener un panorama de la situación real y con ello tomar las decisiones más acertadas para recuperar los montos adeudados por estos conceptos. Además, la evaluación realizada permitió identificar la existencia de pacientes catalogados como no urgencias y



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

no asegurados, los cuales se atienden primero y posteriormente se trasladan a la Unidad de Validación, aspecto que contraviene la normativa establecida; en los períodos en que esa Unidad permanece cerrada, no existe otra Área que valide, facture y cobre los servicios médicos brindados a no asegurados o riesgos excluidos, aunado a la no remisión de facturas a la Sucursal y la falta de liquidación oportuna de las facturas correspondientes a Riesgos Excluidos, son aspectos relevantes que podrían estar afectando las arcas institucionales.

Por último y con base a los hallazgos en el presente informe, se evidencia debilidades en la gestión, así como oportunidades de mejora en los procesos médico-administrativos que se ejecutan en el Área de Salud Santa Cruz, situación que dificulta garantizar que el centro médico esté utilizando sus recursos de manera óptima y que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales, mediante la implementación y seguimiento de actividades de control.

RECOMENDACIONES

AL DR. JOSÉ ENRIQUE RETANA ARIAS, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1. Revisar y ajustar el proceso de planificación operativa, con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos por dimensión en la “Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud” que realiza la Dirección de Compras de Servicios de Salud. Asimismo, elevar el cumplimiento de las metas definidas en el Plan-Presupuesto (consultas de atención integral en niños y niñas de 1 a menos de 5 años; consultas de atención integral en niños y niñas de 5 a menos de 10 años; actividades especiales en la mujer adulta; otros) y aumentar los porcentajes en las coberturas de atención integral (niños menores de 10 años; del adolescente de 10 a menos de 20 años; al hombre y la mujer adulta a menos de 65 años; adulto mayor; población en general). Para lo anterior, se deberá establecer las medidas de control pertinentes para evaluar y monitorear en forma periódica las metas establecidas **(hallazgo 1). Plazo de cumplimiento: 12 meses.**
2. En conjunto con la coordinación del Servicio de Emergencias, ejecutar las acciones que correspondan para: a) Definir y poner en práctica una estrategia para disminuir el número de consultas por patologías no urgentes; b) Implementar un sistema de clasificación de pacientes, considerando la metodología de “triage” y efectuar las coordinaciones correspondientes con los encargados de los Ebáis; c) Realizar un análisis de los pacientes considerados policonsultantes y ejecutar las acciones que correspondan para asegurar una adecuada atención integral en salud a nivel de Ebáis; d) Se proceda a confeccionar las normas de servicio para la atención de las patologías más comunes que se presentan en el Servicio de Emergencias. Es necesario que una vez confeccionados, los mismos sean avalados por la Dirección Médica, se deje constancia por escrito del recibido conforme de los protocolos y guías de atención por parte del personal en salud, con el fin de garantizar su comunicación e implementación **(hallazgo 3). Plazo de cumplimiento: 6 meses.**



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

3. Que todos los Ebáis formulen y ejecuten proyectos en Promoción de la Salud, los cuales deberán incluirse en el Plan Local y monitoreados por la Comisión Local en Promoción de la Salud. Asimismo, actualizar la información contenida en el Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS) para aquellos aspectos en los cuales se evidencie que se han presentado variaciones importantes, con el propósito de valorar la conveniencia de redireccionar las acciones ejecutadas y que éstas se desarrollen en función de las condiciones que en la actualidad presenta la población del cantón de Santa Cruz **(hallazgo 4). Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
4. En coordinación con las Jefaturas de Farmacia y Laboratorio Clínico, realizar las gestiones correspondientes para obtener la renovación de los permisos de habilitación ante el Ministerio de Salud **(hallazgo 6). Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
5. En conjunto con la Administración y de conformidad con lo evidenciado en el tema de validación y facturación de servicios médicos **(hallazgo 7)**, proceder a realizar las siguientes actividades:
 - Instruir y supervisar a la Encargada de Validación y Facturación de Servicios Médicos para que establezca un procedimiento de registro y control que permita conocer -en forma actualizada- los montos facturados por servicios médicos (pacientes no asegurados, patronos morosos, riesgos excluidos y protecciones con cargo al Estado) y los saldos reales acumulados. Asimismo, remitir mensualmente a la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, los informes estadísticos respectivos, de acuerdo a lo indicado en la normativa vigente.
 - Instruir y supervisar a los funcionarios competentes para que se adopten las medidas que correspondan, de tal forma que los casos definidos como *no urgencia* y *no asegurados* sean remitidos de previo a la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a fin de realizar el procedimiento de facturación anticipado.
 - Establecer el procedimiento correspondiente para que los funcionarios de Registros y Estadísticas de Salud (REDES), que laboran en los Ebáis desconcentrados y en el Servicio de Emergencias, realicen la facturación cuando atiendan a personas no aseguradas, con patrono moroso, de Leyes Especiales y en el caso de Riesgos Excluidos (INS), capturen la información necesaria para que Validación de Derechos pueda realizar la facturación pertinente.
 - Que la Encargada de Validación y Facturación de Servicios Médicos remita a la Sucursal de Santa Cruz y a otras que considere pertinente, las facturas no canceladas por concepto de servicios médicos otorgados a pacientes no asegurados, conforme a la regulación, normativa técnica y procedimientos vigentes, con el propósito que lleven a cabo la gestión de cobro, considerando para ello estipula el punto 9.4.2. del Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero Contable en los Establecimientos de Salud, debiendo esa Unidad de Validación, realizar los procedimientos correspondientes de control y conciliación pertinente con la Sucursal a quien le remitió esas facturas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- Emitir una directriz al personal médico del Área de salud, recordando la obligación de cumplir lo establecido en la circular AGRE-335-2012/CCEI-112-2012 del 29 de junio 2012.
- Que la Encargada de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lleve a cabo la facturación y liquidación oportuna de las facturas correspondientes a Riesgos Excluidos.

Plazo de cumplimiento: 6 meses.

AL DR. LUIS ALONSO MATARRITA RODRÍGUEZ, EN SU CALIDAD DE JEFE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

6. Realizar las acciones que correspondan para optimizar los recursos disponibles y el aprovechamiento de la oferta de servicios en la consulta externa en cuanto a: mejorar los rendimientos y producción de las horas disponibles, disminuir el ausentismo de los usuarios a las citas y fortalecer las medidas para la sustitución de pacientes (**hallazgo 2**). **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

A LA M.SC. SUNNY CHAVARRÍA VEGA, EN SU CALIDAD DE JEFE DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

7. De conformidad con lo evidenciado en el **hallazgo 5** del presente informe: a) Realizar un análisis de las visitas domiciliarias con base a los indicadores de resultados, con el propósito establecer una estrategia que permita aumentar las visitas efectivas. b) Realizar un análisis periódico del rendimiento de cada Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), con el objetivo de verificar el cumplimiento en el número de visitas por día que establece la normativa. c) Cumplir con el programa de supervisiones, con el propósito de que se realice un monitoreo a las labores que realizan los ATAP y se tomen las medidas pertinentes para brindar la cobertura y atención de la población en general en el escenario familiar y comunal. d) Efectuar las gestiones administrativas necesarias para desarrollar la metodología establecida en el “Manual para la elaboración de estudios técnicos de necesidades de recursos humanos”, con el fin de que se proponga ante la instancia correspondiente la necesidad y dotación de códigos. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados de la presente evaluación fueron comentados el 28 de octubre 2016 en el Área de Salud Santa Cruz, con el Dr. José Enrique Retana Arias, Director Médico; Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, Jefe del Primer Nivel de Atención; M. Sc. Sunny Chavarría Vega, Jefe de Enfermería y el Lic. Marvin Castillo Hernández, Jefe de REDES.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Víctor Hugo Ruiz Méndez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías.
JEFE DE SUBÁREA

Lic. Geiner Rolando Arce Peñaranda, Mgtr.
JEFE DE SUBÁREA

Lic. Rafael Ángel Ramírez Solano
JEFE

RRS/GAP/RJM/VHRM/lba





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

ANEXO 1

CONSULTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A MENOS DE 5 AÑOS				
Código	Indicador	Programación	Logro	% Cumplimiento
A1-04	Número de Consultas de Atención Integral primera vez	1.954	1.322	67,7 %
A1-05	Número de Consultas de Atención Integral subsecuentes	3.846	2.351	61,1 %
CONSULTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A MENOS DE 10 AÑOS				
Código	Indicador	Programación	Logro	% Cumplimiento
A1-06	Número de Consultas de Atención Integral primera vez	2.156	1.007	46,7 %
VACUNACION				
Código	Indicador	Programación	Logro	% Cumplimiento
A1-20	Número de adultos mayores vacunados con Neumococo 23 valente	380	295	77,6 %
CONSULTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE DE 10 A MENOS DE 20 AÑOS				
Código	Indicador	Programación	Logro	% Cumplimiento
A1-21	Número de Consultas de Atención Integral primera vez	4.888	1.801	36,8 %
ACTIVIDADES ESPECIALES EN LA MUJER ADULTA				
Código	Indicador	Programación	Logro	% Cumplimiento
A1-29	Número de mujeres de 20 a menos de 35 años con PAP de primera vez en el año	1.000	638	63,8 %



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

ANEXO 2

ATENCIÓN INTEGRAL EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS		
Año	Logro	Cobertura
2011	11.071	167,2 %
2012	4.142	46,7 %
2013	6.249	65 %
2014	4.586	48.5 %
2015	4.158	43.9 %
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE DE 10 A MENOS DE 20 AÑOS		
Año	Logro	Cobertura
2011	5.147	67,4 %
2012	2.679	27,4 %
2013	2.591	24,4 %
2014	2.447	25,1 %
2015	1.801	18,8 %
ATENCIÓN INTEGRAL AL HOMBRE Y LA MUJER ADULTA A MENOS DE 65 AÑOS		
Año	Logro	Cobertura
2011	13.834	51,4 %
2012	14.227	43,3 %
2013	13.005	36,5 %
2014	14.638	39 %
2015	12.658	33,1 %
ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR		
Año	Logro	Cobertura
2011	4.418	105,4 %
2012	3.542	77,8 %
2013	2.675	54,3 %
2014	3.690	75,1 %
2015	3.594	70,2 %
ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN EN GENERAL		
Año	Logro	Cobertura
2011	45.541	100,4 %
2012	24.590	43,8 %
2013	24.520	40,4 %
2014	25.361	41,2 %
2015	22.211	35,6 %