



AGO-150-2019
29-10-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas, con el propósito de evaluar el sistema de control interno implementado y el apego a la normativa establecida para la prestación de servicios del primer nivel de atención y la Consulta Externa del Área de Salud Cariari.

Producto de la evaluación realizada se evidenció que el Área de Salud Cariari presenta debilidades en las actividades que ejecuta en el Primer Nivel de Atención y en la Consulta Externa, relacionados con el cumplimiento de normativa técnica que regula las funciones de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud y Servicio de Psicología, incumplimiento de indicadores de gestión de Consulta Externa de Medicina General, consulta especializada y médica, así como debilidades de infraestructura y condiciones generales en los Puestos de Visita Periódica, entre otros.

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría se evidenció que el Área de Salud Cariari, dispone del documento Análisis Situacional de Salud (ASIS) el cual contiene información de los años 2011 en adelante y hasta el 2015; lo que conlleva la necesidad de iniciar las gestiones correspondientes para su actualización. Además, se determinó que únicamente uno de los 18 EBÁIS del Área de Salud dispone del permiso de habilitación vigente para atender pacientes en el consultorio médico, situación que implica que las acciones desarrolladas por la Administración han sido insuficientes para disponer de estos permisos ocasionando que se presente el riesgo de que se interrumpa la prestación del Servicio.

En el Área de Salud Cariari se evidenció que a pesar de que existe una Comisión de Promoción de la Salud conformada por tres miembros, esta elaboró un Plan de Trabajo 2019 el cual fue avalado por la Dirección Médica de esa Área de Salud enfocado en el cumplimiento de dos fichas técnicas 2019-2023, elaboradas por la Dirección Compra de Servicios de Salud, lo cual ocasionó que las actividades reguladas por el Área de Salud Colectiva de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud se dejaran de programar y ejecutar, generando con esto un incumplimiento de la normativa técnica vigente.

Lo anterior debido a que, de acuerdo con las directrices emitidas por el ente técnico en Promoción de la Salud a nivel institucional (Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Salud Colectiva) y el criterio de la Coordinación Regional de Promoción de la Salud, el Plan de Trabajo debe enfocarse en las funciones oficializadas para las Comisiones de Promoción de la Salud, siendo este de manera bianual y mediante el cual se deben consignar los diferentes proyectos a realizar en la Unidad.



Además, se evidenció la necesidad de fortalecer esa Comisión con miembros de perfiles afines a la ejecución de actividades de promoción de la salud como, por ejemplo: Trabajo Social, Psicología, Enfermería, personal de Atención Primaria, lo anterior, es concordante con lo establecido en los lineamientos institucionales en donde se recomiendan que esta Comisión esté integrada por un equipo multidisciplinario no menor de cinco personas y máximo siete, por cuanto actualmente está conformada por un farmacéutico, un médico general y un informático. Además, que no existe garantía que el Área de Salud Cariari haya elaborado y se encuentre implementando Proyectos de Promoción de la Salud que cumplan con los lineamientos institucionales en esta materia, por cuanto se solicitó al Coordinador de la Comisión suministrar los proyectos de ese centro médico y al finalizar el trabajo de campo de esta Auditoría no se habían remitido, a pesar de varios recordatorios.

Por lo anterior, es criterio de esta Auditoría que se requiere de un esfuerzo importante por parte de la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud, en labores de acompañamiento, asesoría y supervisión de las funciones que desempeña la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, a fin de redireccionar las actividades de promoción de la salud de acuerdo con los lineamientos institucionales y considerando los cambios en los indicadores del plan presupuesto mediante un enfoque de trabajo interdisciplinario.

Por otro lado, se evidenció la necesidad de que la Administración y Dirección Médica realicen acciones de coordinación con las instancias involucradas para disponer de un diagnóstico actualizado de las condiciones actuales en las que se está brindando atención médico en los Puestos de Visita Periódica, en virtud de que a partir de la vista realizada a la comunidad de Tournón así como lo señalado por el Equipo de Apoyo del Área de Salud Cariari, verificándose que la mayoría de estos puestos presentan condiciones inadecuadas para la atención de usuarios debido a que ninguno tiene agua potable, la infraestructura física no es adecuada y no hay privacidad en la atención, no hay inmobiliario adecuado ni suficiente, la mayoría de lugares son muy cerrados y no tienen las condiciones de ventilación adecuadas, entre otros.

En relación con la gestión de la Consulta Externa, se evidenció que, la Dirección Médica no ha divulgado con los profesionales que brindan Consulta Externa el Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8., lo que ha ocasionado que estos tengan desconocimiento de los indicadores que ha diseñado la institución para medir la gestión de los diferentes Servicios que otorgan esa modalidad de atención.

Según la evaluación realizada en el Consulta Externa del Área de Salud Cariari se determinó que se debe mejorar la Programación de las agendas en aspectos como: programación de actividades, vacaciones, capacitaciones y otras que pueden ser planificadas con tiempo como lo establece la normativa vigente, así como la programación de actividades del Servicio de Psicología y la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Respecto al Servicio de Psicología, se evidenció que la programación autorizada por la Dirección Médica para el 2019 presenta debilidades en cuanto a los tiempos de atención de pacientes, tiempo para labores administrativas, falta de espacio para atención de referencias urgentes, ausencia de programación de cupos en modalidad grupal en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas, (SIAC), así como los resultados de los indicadores de gestión de ese Servicio.



Además, se determinó que de manera mensual se programan al Psicólogo del Área de Salud Cariari aproximadamente 14 horas para la revisión de referencias enviadas al Servicio de Psicología para poder asignarles cita, de las cuales se rechazan aproximadamente el 24% debido a que no cumplen con los criterios establecidos a nivel institucional para la disciplina de Psicología. Según la información suministrada por el profesional en Psicología, se revisan en promedio unas 15 referencias por semana y al 28 de agosto de 2019 se habían recibido 448 referencias por EDUS de las cuales se rechazaron 106 por diferentes motivos.

Todas las debilidades descritas anteriormente, son causadas por la falta supervisión técnica y debilidades en la supervisión administrativa efectuada por la Dirección Médica no ha sido efectiva, lo cual causa que se estén programando actividades sin cumplir con lo establecido en las directrices institucionales para los Servicios de Psicología.

En relación con la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari, se evidenció que se suscribió el 18 de julio del 2012 un documento denominado “Acta de entendimiento de Cooperación Interinstitucional Fundación Pro- Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari y Caja Costarricense de Seguro Social- Área de Salud de Cariari”, el cual se utiliza bajo la figura de Convenio; sin embargo, se observaron debilidades como por ejemplo que este documento no está revisado y aprobado por el órgano competente, no cumple con el formato y cláusulas mínimas establecidas y aprobadas por la Junta Directiva de la institución, en el clausulado no se establece cuales funcionarios corresponden a la fundación ni las funciones, deberes y obligaciones laborales y técnicas que les asisten, no se define la jornada laboral que deben cumplir, no se especifican los recursos materiales que aportará la fundación para la atención de los pacientes, entre otras cosas que se detallaron en el presente informe.

Además, se evidenciaron debilidades en la programación de la agenda 2019 del Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos, así como en los resultados de los indicadores de gestión de la Consulta Externa de esa especialidad.

De conformidad con los resultados obtenidos en esta evaluación, se formularon 13 recomendaciones, dirigidas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica y la Dirección Médica del Área de Salud Cariari, de manera que se proceda a establecer las acciones correspondientes a fin de subsanar las debilidades señaladas en el presente informe.



ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EVALUACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y LA GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE SALUD CARIARI

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el sistema de control interno implementado y el apego a la normativa establecida para la prestación de servicios del primer nivel de atención y la Consulta Externa del Área de Salud Cariari.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Evaluar el proceso de control de metas establecidas en el Plan-Presupuesto para el Primer Nivel de Atención.
- ✓ Determinar las actividades de control realizadas por la Comisión de Promoción de la Salud para que los EBÁIS y demás Servicios cumplan las actividades de promoción en el Primer Nivel de Atención.
- ✓ Verificar las condiciones de infraestructura de los Ebais de Campo 5, Los Ángeles y Palmitas, así como de los Puestos de Visita Periódica.
- ✓ Evaluar el cumplimiento de la normativa vigente relacionada con las actividades de la Consulta Externa.
- ✓ Analizar el proceso de programación de las agendas médicas del 2019.

ALCANCE Y NATURALEZA

La evaluación comprende la revisión de las actividades relacionadas con la prestación de servicios de la Consulta Externa durante el I semestre 2018 y I semestre 2019 y el Primer Nivel de Atención durante el I semestre 2019, en el Área de Salud Cariari, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

El estudio se efectuó en concordancia con las disposiciones establecidas en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, R-DC-064-2014, 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 de 2015.



LIMITACIONES

Se solicitó la programación y evaluación de las metas del Plan Presupuesto del I semestre 2019, tanto a la Dirección Médica como a la Administración del Área de Salud Cariari y esta información no fue suministrada en tiempo y forma.

METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- A. Aplicación de cuestionario de control interno al Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari.
- B. Solicitud y revisión del Plan Presupuesto I semestre 2018 y I semestre 2019.
- C. Solicitud y análisis de información estadística, así como los cubos de la Consulta Externa.
- D. Inspección física y verificación de la programación de agendas en los EBÁIS de Campo 5, Los Ángeles y Palmitas.
- E. Visita al Puesto de Visita Periódica de la comunidad de Tournón.
- F. Solicitud de información a la Licda. Leidy Solano Castro, Administradora a.i del Área de Salud Cariari.
- G. Solicitud de criterio técnico a la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología.
- H. Entrevista escrita a la MSc. Silvia Urrutia Rojas, Coordinadora de Promoción de la Salud, Área de Salud Colectiva, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- I. Entrevista escrita a la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.
- J. Entrevista escrita a los siguientes funcionarios del Área de Salud Cariari:
 - Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico.
 - Dra. Irina Dvornichenko Padubnaya, Médico Coordinadora del Equipo de Apoyo.
 - Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo.
 - Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión de Promoción de la Salud.
 - Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos.
 - Licda. Yaneth Fonseca Rodríguez, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud.

MARCO NORMATIVO

- ✓ Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- ✓ Ley General de Control Interno.
- ✓ Normas de control interno para el sector público.
- ✓ Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8.



- ✓ Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines.
- ✓ Reglamento del Expediente Digital Único en Salud.
- ✓ Manual de Organización de las Áreas de Salud.
- ✓ Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos.
- ✓ Metodología de gestión productiva de los Servicios de Salud, 2010 de la Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Normativa de Relaciones Laborales.
- ✓ Catálogo de Definiciones de Actividades de Atención en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- ✓ Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestaciones de servicios de salud que no pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social, emitido por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
- ✓ Oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011 suscrito por el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento, remitido al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud.
- ✓ Oficio GM-18828-2 del 21 de marzo de 2011 suscrito por la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médico en ese entonces.
- ✓ Circular GA-28078-2013 del 26 de agosto de 2013 dictada por la Gerencia Administrativa sobre los Tiempos de alimentación durante la jornada de trabajo.
- ✓ Oficio ARSDT-E-PSIC-0075-19 del 29 de julio de 2019 suscrito por la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología.
- ✓ Oficio GM-SJD-33183-2015 del 13 de julio de 2015 suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico en ese momento.
- ✓ Oficio PE 23.467-12 del 31 mayo 2012, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva en ese entonces.

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

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

ASPECTOS GENERALES

El Área de Salud Cariari se encuentra clasificada en una categoría de Área de Salud Tipo 1 y se ubica en el distrito de Cariari, cantón de Pococí, provincia de Limón, con una población total de aproximadamente 62 410



habitantes¹. Dispone de 18 Ebais y 18 puestos de visita periódica, de los cuales 13 son visitados por el Equipo de Apoyo del Área de Salud² y 5 realizan las visitas el Ebais que tiene adscrita esa población³.

Como se muestra en el siguiente cuadro, el Área de Salud dispone de cuatro médicos de Servicio Social ubicados en los EBÁIS de Palmitas, Porvenir, Barra de Tortuguero 1 y Barra de Colorado y el EBÁIS de Campo 5 es el que presenta la mayor cantidad de población adscrita. A continuación, se observa el detalle de lo descrito:

**CUADRO 1
CANTIDAD DE EBAS POR POBLACIÓN
ÁREA DE SALUD CARIARI
2019**

EBAS	NOMBRE DEL COORDINADOR	PERFIL	POBLACIÓN
Campo 5	Sony Liston Graham Barker	Médico Asistente General	5 577
Cariari 2	Raúl Córdoba Portillo	Médico Asistente General	5 089
La Esperanza	Johanna Jiménez Coto	Médico Asistente General	4 690
Astua Pirie	Carlos Lobo Chaves	Médico Asistente General	4 589
Cariari 1	Hellen Rojas Calvo	Médico Asistente General	4 585
Jardín	Silvia Aguirre González	Médico Asistente General	4 065
Llano Bonito	Kemly Araya Madriz	Médico Asistente General	3 966
Palermo	Katherine Mora Mora	Médico Asistente General	3 802
Caribe	Lisleydi Alemán Rodríguez	Médico Asistente General	3 623
Nazareth	Keyla Afón Velázquez	Médico Asistente General	3 539
Palmitas	Laura Bermúdez Durán	Médico Servicio Social	3 148
Nájera	Randall Alfaro Jara	Médico Asistente General	2 966
Ticabán 2	Pablo José Rodríguez Muñoz	Médico Asistente General	2 798
Ticabán 1	Christian Chérigo Lobo	Médico Asistente General	2 718
Los Ángeles	Maykol Villarreal Baltodano	Médico Asistente General	2 530
Porvenir	César Davis Vásquez Ramírez	Médico Servicio Social	2 004
Barra de Tortuguero	Lorenzo Marín Barboza (1)	Médico Servicio Social	1 817
	Wilfredo Montero González (2) *	Médico Asistente General	
Barra Colorado	Fernando Arias Villalobos	Médico Servicio Social	904
Equipo de Apoyo	Irina Dvornichenko Padubnaya	Médico Asistente General	-
TOTAL			62 410

* El horario de este equipo es el siguiente: martes y jueves de 4:00 p.m. a 10:00 p.m., sábados de 11:00 a.m. a 10:00 p.m., domingos de 12:00 p.m. a 10:00 p.m. y lunes y martes libres.

Fuente: Dirección Médica y Oficina de Recursos Humanos, Área de Salud Cariari.

Promoción de la Salud

A nivel institucional la prestación de servicios de promoción de la salud está organizada por niveles; a saber, en el nivel central se cuenta con un equipo de profesionales ubicados en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, concretamente en el Área de Salud Colectiva, los cuales se constituyen en una instancia que brinda lineamientos técnicos para la organización, conducción, asesoría y evaluación de la promoción de la salud en la CCSS.

¹ Oficio ASC-DM-397-06-19 del 28 de junio de 2019, suscrito por el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari.

² Tournón, Cocotales, Portica, Ceibo, Palacios, Maná, Cocorí, Linda, Vista, Cedrales, Maravilla, Millón, Londres y Santa Rosa.

³ Los EBÁIS de Barra de Colorado, Jardín y Porvenir visitan los PVP de Puerto Lindo, Colorado Norte, Danta, Fortuna y Primavera.



En el nivel regional existe una profesional que facilita los procesos de promoción de la salud; se constituye en una persona que media entre el nivel central y local. Esta persona puede estar acompañada de un grupo de profesionales, con quienes comparte la tarea de supervisión y asesoría de los procesos en el nivel local.

En el primer nivel de atención, específicamente en las Áreas de Salud existen comisiones locales de promoción de la salud, avaladas por la Gerencia Médica para su funcionamiento, mediante oficio GM-S-44112-13 del 26 de noviembre del 2013.

En el Área de Salud Cariari dispone de una Comisión de Promoción de la Salud está conformada por los siguientes miembros:

- ✓ Dr. Dennier Carrillo Soto (Farmacéutico y coordinador de la comisión).
- ✓ Dra. Katterine Mora Mora (Médico General).
- ✓ Ing. Alexis Paniagua Leandro (informático).

La estructura anterior se detalla a continuación:



Fuente: Área Salud Colectiva, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

Consulta Externa

De la información suministrada por la Dirección Médica del Área de Salud Cariari se desprende que jerárquicamente depende de la Dirección Médica y brindan atención los siguientes profesionales:

- 20 médicos generales.
- Un Psicólogo.
- Dos Trabajadoras Sociales.
- Un Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos.

La Gerencia Médica en el 2018 oficializó el “Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8”, con el objetivo de estandarizar una herramienta que permita formalizar estrategias para la gestión de la sobredemanda existente, la cual repercute en el crecimiento de los plazos de atención y el número de citas en las diferentes especialidades tanto médicas como no médicas.



HALLAZGOS

A. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1. DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN PRESUPUESTO

Se determinó la existencia de debilidades de planificación, seguimiento y control en la producción del Área de Salud Cariari durante el I semestre 2018, de conformidad con la revisión de resultados de los indicadores del plan presupuesto, en el siguiente cuadro se muestran los que presentaron un resultado menor a 90 y mayores a 130%:

CUADRO 2
RESULTADO DE INDICADORES DEL PLAN PRESUPUESTO
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018

INDICADOR	PROGRAMADO /MODIFICADO	LOGRADO	% CUMPLIMIENTO
A1-50, Número de sesiones de organización y movilización comunitaria de Trabajo Social	95	29	30.5
A1-26, Número de adolescentes que consultan por primera vez en su período de embarazo	140	88	62.9
A1-41, Número de consultas odontológicas subsecuentes	4 974	3561	71.6
A1-02, Número de consultas de Atención integral primera vez en el año de niños y niñas mayores de 28 días y menores de un año	1377	994	72.2
A1-27, Número de adolescentes en posparto atendidas por primera vez	114	86	75.4
A1-37, Número de mujeres en posparto atendidas por primera vez	558	439	78.7
A1-48, Número consultas individuales de Psicología	390	313	80.3
A1-43, Número de adolescentes de 10 a menos de 20 años con atención odontológica preventiva de primera vez en el año	1 721	1 437	83.5
A1-63, Número de consultas de atención farmacéutica	1 400	1 178	84.1
A1-06, Número de consultas de atención integral primera vez	1900	1607	84.6
A1-04, Número de consultas de atención integral primera vez	2143	1902	88.8
E-06, Número de sesiones de equipo técnico de Trabajo Social	130	186	143.1
A1-32, Número de mujeres con citologías alteradas atendidas	62	108	174.2
A1-33, Número de mujeres con citologías alteradas referidas al segundo nivel	62	108	174.2
A1-24, Número de adolescentes que participan en modalidad grupal	30	66	216.7

Fuente: Plan Presupuesto I semestre 2018.

Como se observa en el cuadro anterior, 11 indicadores presentaron un resultado inferior al 90% y 4 registraron datos superiores al 130%.

Es importante indicar que se solicitó⁴ la programación y evaluación de las metas del Plan Presupuesto del I semestre 2019, tanto a la Dirección Médica como a la Administración del Área de Salud Cariari y esta información no fue suministrada en tiempo y forma.

⁴ Correos electrónicos del 21 y 27 de agosto de 2019.



Mediante oficio PE 23.467-12, del 31 mayo 2012, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva en ese entonces, se remitieron los Parámetros de Evaluación aprobados por el Consejo de

Presidencia y Gerencia, aprobado en la sesión N° 315, celebrada el 7 de mayo de 2012 y publicado en la Web Martes el 31 de mayo de 2012, en donde se indica:

- ≥ 100 % *Meta Cumplida.*
- ≥ 90 , <99 % *Meta con cumplimiento aceptable.*
- ≥ 80 , <90 %, *Meta Parcialmente Cumplida.*
- < 80 %, *Meta Insuficiente.*

Las Normas de control interno para el sector público establecen lo siguiente:

“Normas sobre valoración del riesgo

3.3 Vinculación con la planificación institucional

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

Sobre este asunto el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari, manifestó⁵:

“Se hace seguimiento trimestral en relación con la revisión de expedientes por parte de la dirección, así como los EBAIS remiten a la dirección mensualmente archivo donde reportan sus actividades y porcentaje de eficiencia. Además, mensualmente en el consejo técnico se revisa con REDES quien da un informe sobre las acciones, producción y demás de la consulta externa”.

Al respecto, a pesar de lo indicado por la Administración, lo descrito obedece a debilidades planificación, control y seguimiento de las metas, además, de aquellos factores que ocasionan que las demandas varíen.

La situación expuesta, conlleva a que las metas establecidas no se encuentren ajustadas a la realidad del Área, lo que en consecuencia podría ocasionar que la toma de decisiones de la Administración Activa genere inoportunidad en la prestación de los servicios de salud y, además, se podría estar destinando recursos para asuntos o atenciones contrarios al entorno o no estar cubriendo a la totalidad de la población.

2. SOBRE EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

Se determinó que el Área de Salud Cariari dispone del documento Análisis Situacional de Salud con información de los años 2011 en adelante y hasta el 2015; lo que conlleva a la necesidad de iniciar las gestiones correspondientes para su actualización.

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

⁵ Cuestionario de control interno del 28 de junio de 2019.



“(…) identificación de intervenciones por parte de los diferentes actores sociales sobre los problemas de salud identificados, lo cual constituye el fin último del ASIS. Finalmente, 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) (...)”.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, aprobado por Junta Directiva en el artículo 19 de la sesión N° 7571, celebrada el 16 de agosto del 2001, en las funciones generales de las Áreas de Salud tipo 2; en el numeral 6.9.1 “Dirección” menciona en uno de sus puntos que debe:

“Coordinar las actividades estratégicas, los proyectos específicos y el diagnóstico general de salud del Área, mediante la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios y el cumplimiento de las necesidades y las prioridades de la institución, con el fin de lograr la calidad, oportunidad en la gestión y los objetivos establecidos”.

Sobre este asunto el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari, manifestó⁶:

“En relación con este punto desde que se inició con el SIFF la información de los ATAPS no se ha podido generar ya que los cubos SIFF- EDUS no logran extraer información adecuada. El documento oficial que existe es el último del año 2015(se anexa).

Así mismo ante la preocupación de esta unidad por el faltante del ASIS en visita de la Supervisora Regional de Enfermería Dra. Juliette Edwars el día 15 de abril del 2018 se le hace la consulta sobre esta problemática y detalla que la información no está actualizada que no es segura que no tienen toda la información y que cada área de Salud deberá establecer cómo hacerlo así mismo aprueba a que mi persona pueda utilizar los cubos con las compañeras de enfermería para apoyarlas a valorar que información se puede obtener. (ver copia de folio 66 de libro de actas de dirección médica se anexa)

Al no tener el acceso el día 15 de mayo del 2018 al recibir a supervisora de primer nivel Regional Dra. Hazel Mena se le solicita nos apoye y en sesión con Dra. Dunia Rojas Coordinadora de ATAP de esta unidad y mi persona revisa los cubos y solo se puede extraer total de miembros, total de viviendas y cantidad de fichas con información no confiable ya que por ejemplo da un total de usuarios de la unidad de 112 031 8 (ver adjuntos folios 65 y 66 libro de actas de dirección médica) lo cual no coincide ni con la adscripción.

⁶ Cuestionario de control interno del 28 de junio de 2019.



En virtud de lo anterior esta unidad como mecanismos de control ante la faltante de más datos del ASIS tiene los siguientes controles para cumplir con la finalidad del mismo que es la toma de decisiones basado en la realidad local:

- 1- Cada trimestre la jefatura de enfermería y la coordinación de ATAP en consejo técnico brindan la información del trimestre en consejo técnico donde se analiza las mismas y se toma decisiones en base a los resultados.*
- 2- Cada mes registros médicos (jefatura de REDES) brinda datos del mes anterior de la producción de todos los servicios donde se busca tomar acciones y corregir lo que se presente.*
- 3- Anualmente la dirección actualiza la información del Área de Salud y emite directrices varias.*
- 4- De ser necesario se solicitan informaciones anexas a lo anterior con la finalidad de contar con toda la información del mismo”.*

Según lo manifestado por el Dr. Miles Ramsey, el instrumento se tendrá actualizado en el 2020.

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 podría generar que las actividades desarrolladas se fundamenten en una proyección que eventualmente puede haber sufrido cambios importantes, lo que podría ser un riesgo para las autoridades locales el planear basado en un ASIS desactualizado.

Lo descrito implica que la planificación local de los servicios en salud se efectúe sin disponer de información actualizada acerca de los principales problemas de la población adscrita, afectando la programación de las actividades y decisiones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. SOBRE LOS PERMISOS DE HABILITACIÓN DE LOS EBÁIS

Se determinó que únicamente uno de los 18 EBÁIS del Área de Salud dispone del permiso de habilitación vigente para atender pacientes en el consultorio médico, según lo establece el Ministerio de Salud.

El detalle de lo descrito se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO 3
ESTADO DE LOS PERMISOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EBÁIS
ÁREA DE SALUD CARIARI
AGOSTO 2019

Nº	EBÁIS	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Tortuguero	27 de mayo de 2019	El del Servicio de Farmacia vence el 18 de diciembre del 2020.
2	Cariari 1	19 de julio de 2018	
3	Nájera	27 de mayo de 2019	
4	Palmitas	18 de junio de 2019	El del Servicio de Farmacia vence el 29 de abril de 2021.
5	Campo cinco	19 de marzo de 2019	
6	Astúa Pirie	19 de marzo de 2019	
7	La Esperanza	24 de febrero de 2020	El permiso del Servicio de Farmacia está vigente hasta el 29 de abril de 2021
8	Porvenir	No tiene	Edificio en propiedad del Ministerio de Salud.



N°	EBÁIS	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
9	Jardín	No tiene	Edificio en propiedad del Ministerio de Salud.
10	Los Ángeles	No tiene	Edificio en propiedad del Ministerio de Salud.
11	Caribe	No tiene	Edificio en propiedad del Ministerio de Salud.
12	Nazareth	19 de marzo de 2019	EBÁIS alquilado y se iniciarán los trámites.
13	Cariari 2	No tiene	EBÁIS alquilado y se iniciarán los trámites.
14	Palermo	No tiene	EBÁIS alquilado y se iniciarán los trámites.
15	Llano Bonito	No tiene	EBÁIS alquilado y se iniciarán los trámites.
16	Ticabán 1	No tiene	Análisis a cargo de la Dirección Jurídica debido a que el edificio es de la CCSS y terreno del INDER.
17	Ticabán 2	No tiene	Análisis a cargo de la Dirección Jurídica debido a que el edificio es de la CCSS y terreno del INDER.
18	Colorado	27 de mayo de 2019	

Fuente: Administración Área de Salud Cariari.

El Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines, define:

Artículo 2

“(…)

g. Habilitación: Trámite de acatamiento obligatorio realizado por el Estado, a través del Ministerio de Salud, para autorizar el funcionamiento de servicios de salud y servicios afines - tanto públicos como privados o mixtos-. Su objetivo es garantizar a los usuarios que estos servicios cumplen con los requisitos estructurales para dar la atención que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo razonable para los usuarios. Los requisitos que los servicios deben cumplir son en planta física, recurso humano, recurso material y equipo, suministros y documentación. (...)”

Artículo 3- De la obligatoriedad de contar con la habilitación.

“(…) Asimismo, los administrados que presten servicios de salud en establecimientos o en unidades móviles, deberán presentar la solicitud de renovación del certificado de habilitación un mes antes de su vencimiento”.

Artículo 4.-

“(…) Servicios de salud sin habilitación: Ningún servicio de salud o afín, podrá funcionar sin tener un certificado de habilitación vigente. Las autoridades competentes del Ministerio de salud deberán ejecutar la clausura inmediata del servicio de salud que opere sin contar con el debido certificado de habilitación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 363 de la Ley N ° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud". (..)”

Sobre las razones por las cuáles algunos EBÁIS tienen los permisos vencidos o no disponen de ellos, la Licda. Leidy Solano Castro, Administradora a.i del Área de Salud Cariari mediante oficio AASC-0603-19 del 8 de agosto de 2019 mencionó:

“Uno de los requisitos que pide el Ministerio de Salud para dar los permisos de funcionamiento es el de ubicación, que solo la Municipalidad en este caso de Pococí da, y la Municipalidad para dar este requisito pide los documentos de planos visados y catastrados.



Los EBAIS de Porvenir, Jardín, Los Ángeles y Caribe están ubicados en propiedades del Ministerio de Salud, ninguna de estas propiedades cuenta con documentos legales que nos permitan hacer los trámites.

(...) El EBAIS de Ticabán 1 y Ticabán 2 tiene un problema con los terrenos ya que la edificación es de la CCSS y el terreno aún es del INDER sin embargo esta gestión en cuanto a la legalidad de estos terrenos está en el nivel central Licda. Vera Mora Rojas de la Dirección Jurídica”.

Sobre este mismo asunto el Dr. Miles Ramsey manifestó⁷:

“Porque muchos de esos EBÁIS no están inscritos y no se ha traspasado en forma efectiva a la institución para continuar con el trámite respectivo.

Con respecto a los permisos que están vencidos se le realizará el recordatorio a la Administración y así determinar las razones por las cuales están vencidos”.

Como se detalla anteriormente, en algunos casos la ausencia de esta documentación se debe a dificultades administrativas por problemas de inscripción del terreno donde está ubicado el inmueble, no obstante, en otros casos considera esta Auditoría que se debe a falta de importancia que la Administración le otorga a este proceso, así como la ausencia de seguimiento y control por parte de la Dirección Médica.

Las acciones presentadas evidencian que ha existido inoportunidad por parte de la Dirección Médica y Administración del Área de Salud Cariari; debido a que, ha transcurrido hasta más de un año para la renovación del permiso de funcionamiento de algunos EBÁIS, con los riesgos legales y de otra índole que esto conlleva. Por tanto, el no disponer de los permisos vigentes que así correspondan para el funcionamiento de los diferentes EBAIS, expone a la Institución a una eventual interrupción del Servicio.

4. SOBRE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las actividades de promoción de la salud del Área de Salud Cariari presentan oportunidades de mejora y requieren un redireccionamiento en los aspectos que a continuación se detallan:

4.1 Del Plan de Trabajo de la Comisión de Promoción de la Salud

Se evidenció que la Comisión de Promoción de la Salud de Cariari elaboró un Plan de Trabajo 2019 el cual fue avalado por la Dirección Médica de esa Área de Salud⁸, enfocado en el cumplimiento de las fichas técnicas 2019-2023, correspondientes a la 5.1-20 sobre Manejo de la Obesidad Grado III y 5.2-21 sobre Manejo Multidisciplinario de las personas con síndrome metabólico del 15 de noviembre de 2018 elaboradas por la Dirección Compra de Servicios de Salud.

⁷ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.

⁸ Oficio N° ASC-DM-36-01-19 del 17 de enero de 2019 la Dra. Katterine Mora Mora, Directora Médica a.i del Área de Salud Cariari.



No obstante, de acuerdo con las directrices emitidas por el ente técnico en Promoción de la Salud a nivel institucional (Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Salud Colectiva) y el criterio de la

Coordinación Regional de Promoción de la Salud, el Plan de Trabajo debe enfocarse en las funciones oficializadas para las Comisiones de Promoción de la Salud y en la elaboración y seguimiento de proyectos orientados a fortalecer los factores protectores de la salud de las personas priorizando trabajar para los indicadores A158 y AD12 del Plan Presupuesto de la Unidad.

El concepto institucional de promoción de la salud según el Área de Salud Colectiva es el siguiente:

“Es una estrategia mediante la cual se generan los medios necesarios para lograr un empoderamiento, tanto individual como colectivo, a fin de que se produzca un impacto positivo en la salud, por medio de la modificación de las condiciones de vida de la población, mediante procesos de educación, comunicación y participación” CCSS (2008).

La Carta de Ottawa, establece que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. La participación social es esencial para sostener las acciones en materia de promoción de la salud.

Mediante oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011 el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento, informó al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud sobre la función sustantiva de las Comisiones de Promoción de la Salud:

“Planear, organizar, ejecutar, coordinar, asesorar, monitorear y evaluar el accionar del Área de Salud (EBAIS y SEDE), en el componente de promoción de la salud”.

Además, sobre las funciones del Área de Salud Colectiva (Nivel central) el citado oficio establece en el inciso a) lo siguiente:

“Definir las políticas y estrategias institucionales en materia de promoción de la salud”.

Sobre las funciones del Coordinador de la Comisión Local de Promoción de la Salud el inciso c) regula lo siguiente:

“Dar seguimiento al desarrollo y cumplimiento del Plan de Trabajo (debe recordarse que dicho Plan integra las acciones programadas desde los EBAIS) o Plan de Acción de la Comisión Local de Promoción de la Salud”.

Finalmente, sobre las funciones de los miembros de la Comisión Local, los apartados b) y g) establecen:

“b. Elaborar un Plan de Trabajo o Plan de Acción que permita ejecutar lo establecido en el Plan Local de Promoción de la Salud del Área de Salud, a ejecutarse en los EBAIS o como lo defina la Comisión.



g. Monitorear el desarrollo y cumplimiento del Plan de Trabajo o Plan de Acción de Promoción de la Salud en los EBAIS”.

La MSc. Silvia Urrutia Rojas, Coordinadora de Promoción de la Salud, Área de Salud Colectiva, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, sobre este asunto indicó⁹:

“Lo que se pide es un Plan de Trabajo de la Comisión, como se organiza y pone en blanco y negro como van a realizar sus funciones. Y los proyectos es la planificación de las acciones con los usuarios, se ha establecido que mínimo se ejecute un proyecto por cada indicador del Plan Presupuesto y que sean bianuales con la misma población, de manera que se pueda evaluar que la población vaya adquirieron conocimientos y practicas saludables”.

Además, sobre el Plan de Trabajo elaborado por la Comisión de Promoción de Salud del Área de Salud Cariari agregó:

“Eso no es promoción de la salud. El plan de trabajo debe estar orientado a las funciones establecidas en el oficio DRSS-RH3373-11 del 8 de setiembre de 2011 de la Dirección de Red.

Ellos deben enfocarse en proyectos orientados a fortalecer los factores protectores de la salud de las personas priorizando trabajar para los indicadores A158 y AD12 del Plan Presupuesto de la Unidad”.

La MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, manifestó¹⁰ lo siguiente en relación con el criterio regional sobre el direccionamiento de las actividades de Promoción de la Salud:

“Se propició un espacio de taller el 30 y 31 de julio de 2019 en el cual se convocaron todas las comisiones de promoción de la Salud de la región con el fin de orientar los lineamientos para operativizar promoción de la salud de frente a los lineamientos institucionales y de los cambios en los indicadores del plan presupuesto mediante un enfoque de trabajo interdisciplinario y la necesidad de fortalecer las Comisiones Locales. Esa reunión fue con el objetivo de dar a conocer la importancia de la promoción de la salud en el marco del fortalecimiento de la red integrada de prestación de los servicios de salud y cómo esta red se articula con los lineamientos técnicos de la misma.

Producto de esta sesión se homologaron 2 proyectos regionales según lo establecido por el Área de Salud Colectiva y el nivel regional, los cuales están orientados al trabajo en estilos de vida saludables y entornos saludables, los mismos serán revisados con apoyo del Área de Salud Colectiva y la Comisión Regional de Promoción de la salud para la entrega formal a cada Dirección Médica y Comisión Local para su ejecución en el 2020-2021.

⁹ Entrevista escrita del 30 de agosto de 2019.

¹⁰ Entrevista del 4 de setiembre de 2019.



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

Además, se les estará dando seguimiento a la actualización del Plan Regional de Promoción de la Salud y Planes Locales, así como la programación de supervisiones a las Comisiones Locales sobre los avances del trabajo a realizar en la región”.

El Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, manifestó¹¹:

“Ese plan de trabajo va enfocado en las fichas técnicas y el cumplimiento de esas fichas, especialmente en la ficha técnica 5.2-21”.

Esta Auditoría consultó al Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari si ese centro médico dispone de un Plan de Acción de Promoción de la Salud en los EBAIS o si existen proyectos de Promoción de la Salud ante lo cual manifestó:

“Nosotros nos regimos bajo las acciones que la Dirección de Compras tiene proyectado para la evaluación de Promoción de la Salud de las Áreas de Salud, las cuales están fundamentadas bajo actividades, porque adicional a eso cada EBAIS puede establecer otro tipo de acciones en promoción de la salud de acuerdo con sus necesidades. Por ejemplo, el EBAIS de Astua Pirie tiene muchos adultos mayores, por lo cual se elaboró un plan de promoción de la salud sobre ese tema. Es decir, se le da libertad a los EBAIS para que se elabore su propio plan de acuerdo con las necesidades solicitadas por el Comité de Salud de previo análisis, donde lo que se busca es garantizar el cumplimiento institucional como comunal”.

Además, sobre la razón por la cual el Plan Anual de Trabajo de la Comisión de Promoción de la Salud está enfocado en el cumplimiento de las fichas técnicas sobre manejo de la obesidad grado III y el Manejo Multidisciplinario de las personas con síndrome metabólico, el Dr. Miles Ramsey agregó:

“Porque esas son las actividades que la Gerencia Médica a través de los facilitadores institucionales en este campo instruye que realicen las Áreas de Salud”.

Sin embargo, en contraposición con este criterio, la MSc. Urrutia Rojas indicó a esta Auditoría que *“el ente técnico en promoción de la salud se encuentra en el Área de Salud Colectiva y contamos con evidencia escrita que lo que Compras ha propuesto en su ficha técnica de Estilos de Vida no es promoción de la salud. En relación con las otras fichas técnicas que se están implementando este año por la Dirección de Compras se enfocan en población que ya tienen enfermedades crónicas lo cual se sale del ámbito de promoción de la salud.*

A la Dirección de compras en este I semestre de 2019 se le invitó a participar en la construcción del Plan Institucional de Promoción de la Salud donde se trabajó el marco conceptual desde el cual trabaja el Área de Salud Colectiva por lo que son conocedores del concepto que manejamos de promoción de la salud y que no se aparta de lo que venimos diciembre desde el 2013 documentado en el oficio 100.

Por competencia es la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (Área de Salud Colectiva) el ente que tiene la competencia para la normalización técnica de la promoción de la salud en el Primer Nivel de Atención”.

¹¹ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.



De lo descrito anteriormente se desprende que el nivel local ha enfocado el trabajo de la Comisión de Promoción de la Salud en las directrices de la Dirección Compra de Servicios de Salud y el cumplimiento de dos fichas técnicas elaboradas por esa instancia y que son parte de la evaluación que realizan. No obstante, la institución dispone de un ente técnico en materia de promoción de la salud que trabaja alineado con la Coordinadora Regional de Promoción de la Salud y mediante estas instancias se han girado las directrices que permiten a las Comisiones Locales desarrollar sus actividades.

Esta situación ha sido abordada por la Contraloría General de la República en Informe N° DFOE-SOC-IF-26-2015 del 21 de enero de 2016, Informe de la Auditoría Operativa sobre la eficiencia y eficacia de la gestión del Servicio de Consulta Externa-Medicina General en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual señaló que los Directores Médicos de Áreas de Salud, manifestaron que *“no existe uniformidad de criterios institucionales para la evaluación ya que dentro de la misma institución existen dos instancias diferentes pidiendo cuentas en promoción de la salud con indicadores distinta, lo que hace la labor más difícil”*.

Preocupa a esta Auditoría, la divergencia de criterio que existe respecto al concepto y alcances de promoción de la salud, de parte de los funcionarios que tienen como función la definición de normativa, políticas, directrices y otros instrumentos para orientar la labor de las unidades operativas; así como el efecto que esto puede ocasionar a nivel de las Áreas de Salud, debido a que no existe uniformidad de criterios para la evaluación ya que existen dos instancias solicitando información sobre promoción de la salud con indicadores diferentes, lo que ha generado confusión en las Unidades y además, que algunas Comisiones se enfoquen en actividades que no están alineadas con el concepto ni con los lineamientos de promoción de la salud que el ente técnico ha emitido.

En línea con los criterios anteriores, se tiene que el Área de Salud Colectiva mediante la Coordinación de Promoción de la Salud ha sido el ente técnico que ha emitido las directrices generales sobre Promoción de la Salud a nivel institucional, y que por diferentes razones a nivel local se han presentado confusiones conceptuales y metodológicas en este tema, lo que podría provocar una afectación en la conducción y desarrollo de este componente y en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

4.2 De los miembros de la Comisión de Promoción de la Salud

Se determinó que la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari desde el 2017 se encuentra integrada por tres miembros, a saber: Dr. Dennier Carrillo Soto (Farmacéutico y coordinador de esta), Dra. Katterine Mora Mora (médico general) y el Ing. Alexis Paniagua Leandro (informático), sin embargo, los lineamientos institucionales recomiendan que esté integrada por un equipo multidisciplinario no menor de cinco personas y máximo siete.

Según lo indicado por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, las acciones recientes que se han efectuado se direccionan en operativizar las actividades de promoción de la salud de acuerdo con los lineamientos institucionales y considerando los cambios en los indicadores del plan presupuesto mediante un enfoque de trabajo interdisciplinario, así como la necesidad de fortalecer las Comisiones Locales.



El Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento mediante oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011, dirigido al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud, indicó que con el propósito de unificar el funcionamiento de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud en las Áreas de Salud se indican a continuación una serie de lineamientos que deben acatarse en todos los establecimientos del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Los incisos a) y d) instituyen lo siguiente:

“a) El (la) Director (a) Médico (a) del Área de Salud debe nombrar la Comisión Local de Promoción de la Salud y designar un Coordinador (a). Para ello, debe seleccionar al personal idóneo, comprometido con la Promoción de la Salud, proactivo y con capacidad para liderar y motivar el equipo de trabajo.

d) La extensión de la Comisión Local de Promoción de la Salud dependerá del tamaño y características del Área de Salud, sin embargo, se recomienda que esté integrada por un equipo interdisciplinario no menor de 5 personas y máximo 7, según la disposición del recurso humano en el Área de Salud”.

Esta Auditoría consultó al Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari la razón por la cual a pesar de que la recomendación técnica sugiere que la Comisión esté integrada por 5 o 7 miembros, la de Cariari tiene únicamente 3 miembros y al respecto manifestó¹²:

“Porque el recurso humano existente es del mismo perfil que los miembros actuales de la comisión, por lo que, la cantidad no garantiza la efectividad y el cumplimiento del indicador. Lo que se necesita es la idoneidad en el perfil no más personal con el mismo. Por ejemplo, se requiere un nutricionista trabajando en forma efectiva con la Comisión”.

Se consultó al Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, si considera que la cantidad de miembros de esa Comisión es adecuada y al respecto manifestó¹³:

“No es adecuada, no por la cantidad de miembros como tal (según la recomendación deberían ser entre 5 y 7 miembros), sin embargo, sería más provechoso disponer con la participación de profesionales en diferentes ramas como por ejemplo un nutricionista (el cual no hay en el Área de Salud), que nombrar otros miembros con perfiles similares”.

La recomendación de ampliar el número de miembros en la Comisión de Promoción de la Salud ha sido enfatizada en las diferentes supervisiones realizadas por la Facilitadora Regional¹⁴.

Desde la perspectiva de esta Auditoría son varios los profesionales que podrían participar en fortalecer esta Comisión de acuerdo con el perfil y las actividades que se requieren ejecutar, por ejemplo, se ha requerido que esta se conforme mediante un equipo interdisciplinario de profesionales en Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Atención Primaria, entre otros, para que mediante un trabajo en equipo se cumpla con los requerimientos establecidos en los lineamientos sobre este tema.

¹² Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.

¹³ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.

¹⁴ Oficio SUPERVTS-045-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud, Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.



La carencia de miembros con perfiles afines a las actividades de promoción de la salud ocasiona a los integrantes actuales dificultades en el cumplimiento de todas las funciones que han sido delegadas a las Comisiones de Promoción de la Salud, así como el fortalecimiento de las actividades con la comunidad.

4.3 Sobre los Proyectos de Promoción de la Salud

Se evidenció que no existe garantía que el Área de Salud Cariari haya elaborado y se encuentre implementando Proyectos de Promoción de la Salud que cumplan con los lineamientos institucionales en esta materia, por cuanto se solicitó al Coordinador de la Comisión suministrar los proyectos de ese centro médico y al finalizar el trabajo de campo de esta Auditoría no se habían remitido.

Según los lineamientos institucionales en el caso de las Comisiones Locales, por ser los entes que prestan servicios directos a la población, deben preparar proyectos de promoción de la salud en sus diferentes temáticas¹⁵ para atender las demandas de la población en materia de salud. Además, cada uno de los proyectos debe estar vinculado a los indicadores que tiene establecido el Plan Presupuesto para el nivel local en promoción de la salud.

A nivel institucional se dispone de un formato para realizar el planteamiento del proyecto y de una matriz en la que se definen los indicadores a evaluar durante los dos años de vigencia del proyecto (suministrado por el Área de Salud Colectiva), es decir, deben estar diseñados en el “Formato de Proyectos de Promoción de la Salud” y disponer con la matriz de indicadores de evaluación.

El Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento mediante oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011, dirigido al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud, sobre las funciones de los miembros de la Comisión Local de Promoción de la Salud, en el inciso j) instruyó:

“Redactar proyectos de promoción de la salud, según las necesidades de salud”.

Las Normas de control interno para el sector público establecen lo siguiente:

“Normas sobre valoración del riesgo

3.3 Vinculación con la planificación institucional

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

La MSc. Silvia Urrutia Rojas, Coordinadora de Promoción de la Salud, Área de Salud Colectiva, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, sobre este asunto indicó¹⁶:

¹⁵ Las temáticas por trabajar son: salud mental, actividad física, alimentación saludable, cultura de paz, relaciones saludables, entornos saludables, seguridad vial, hábitos de higiene, salud oral, salud sexual, estilos de vida saludables entre otros.

¹⁶ Entrevista escrita del 30 de agosto de 2019.



“(…) Los proyectos es la planificación de las acciones con los usuarios, se ha establecido que mínimo se ejecute un proyecto por cada indicador del Plan Presupuesto y que sean bianuales con la misma población, de manera que se pueda evaluar que la población vaya adquiriendo conocimientos y practicas saludables”.

La recomendación de fortalecer la elaboración de proyectos programados bianuales en el Plan Presupuesto ha sido enfatizada en las diferentes supervisiones realizadas por la Facilitadora Regional¹⁷, en donde ha señalado que: *“los proyectos bianuales se deben trabajar con población cautiva donde se puedan evaluar resultados, cada proyecto debe de tener continuidad, si un médico de servicio social lo termina en un año, la finalidad es que el que llega le dé continuidad, para cumplir el mismo en dos años debe de ser interdisciplinario, y que se pueda aplicar la matriz de evaluación”.*

Se consultó al Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, si se han elaborado proyectos de promoción de la salud y al respecto manifestó¹⁸:

“Sí, se está ejecutando el proyecto del EBAIS de Tortuguero denominado “Descripción de las características de la higiene de manos de los pacientes de 20, 25 años que asisten al EBAIS de Tortuguero”. Se aportará el proyecto y lo que se ha realizado a la fecha”.

La recomendación de utilizar el formato correcto en la elaboración de proyectos de Promoción de la Salud ha sido enfatizada en las diferentes supervisiones realizadas por la Facilitadora Regional¹⁹.

Esta Auditoría en concordancia con lo indicado por el Área de Salud Colectiva considera que el desarrollo de este proceso planificado y sistemático es lo que permitirá que se brinden servicios de promoción de la salud, que tiendan al empoderamiento individual y colectivo de las personas, para que adopten estilos de vida saludables, mediante un proceso participativo y articulado con otros actores sociales.

El no desarrollar actividades en promoción de la salud a nivel de todos los Ebáis, dificulta la capacitación y educación necesaria que requiere la población, de tal forma que ayuden al control de la salud, generen un cambio en la calidad de vida de los individuos y mejoren los indicadores de salud en nuestro sistema, entre otros aspectos.

4.4 De los informes de la Comisión de Promoción de la Salud

Se determinó que la instrucción de la Dirección Médica a la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari fue que se realicen informes trimestrales²⁰ de las actividades ejecutadas, sin embargo, no se suministró a esta Auditoría el informe del Primer Trimestre 2019 y en relación con el informe del Segundo Trimestre de 2019²¹, el contenido es de una página y se enfoca en los siguientes tres aspectos: conformación de la comisión, acciones realizadas y acciones pendientes.

¹⁷ Oficio SUPERVTS-045-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud, Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.

¹⁸ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.

¹⁹ Oficio SUPERVTS-045-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud, Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.

²⁰ Oficio N° ASC-DM-36-01-19 del 17 de enero de 2019 suscrito por la Dra. Katterine Mora Mora, Directora a.i del Área de Salud Cariari.

²¹ Remitido por correo electrónico del 29 de julio de 2019.



Sobre las acciones realizadas, el informe citado menciona:

- *“Elaboración sesiones para cumplir ficha técnica 5.2-21_FT_MANEJO MULTIDISPLINARIO SD METABÓLICO.*
- *Seguimiento de las actividades de promoción de la salud de los EBAIS.*
- *Supervisión y acompañamiento en la elaboración proyectos de promoción de la salud (en ejecución, Dr. Marín-Servicio Social).*
- *Capacitación a médicos de Servicio Social para la elaboración de Proyectos”.*

La MSc. Silvia Urrutia Rojas, Coordinadora de Promoción de la Salud, Área de Salud Colectiva, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, indicó²²:

(...) “Además, tienen que hacer un informe de la gestión basado en el plan de trabajo que dé cuenta de lo que actuaron anualmente y de sus evidencias y remitirlo a la Dirección Médica y a la facilitadora regional.

También hacer una evaluación semestral de los avances de cada proyecto en términos de que se documente cuanto conocimiento y prácticas tiene la población y realizar un informe donde se analizan los resultados y se toman las decisiones necesarias de cómo mejorar la implementación del proyecto”.

De la normativa vigente se desprende que el Área de Salud Colectiva ha solicitado que las Comisiones dispongan de actas de las sesiones, crónicas, listas de asistencia, fotografías u otros medios que sirvan de evidencia del trabajo realizado. Para estos fines se autorizó la utilización de la herramienta “Registro de actividades de Promoción de la Salud” y esta posee la Hoja Auxiliar impresa como respaldo de lo ingresado.

Mediante oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011 el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento, indicó en el inciso h) al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud, lo siguiente sobre los miembros de la Comisión Local de Promoción de la Salud:

“Preparar informes sobre las acciones de promoción de la salud en que participan, de manera que dichos documentos se constituyan en evidencia para el Área de Salud”.

El Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, manifestó²³:

“El informe del primer trimestre no lo tengo disponible, sin embargo, lo vamos a buscar y el del segundo trimestre tenemos reunión el lunes 29 de julio de 2019, día en el que se elaborará”.

De lo anterior, se concluye que la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari no cumple con los lineamientos institucionales en cuanto a la recopilación de evidencias y registro de las actividades que ejecutan, pese a la importancia de estas para la rendición de cuentas y documentación de los logros obtenidos.

²² Entrevista escrita del 30 de agosto de 2019.

²³ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.



Esta situación ocasiona un debilitamiento al sistema de control interno, demostrándose que las actividades de supervisión y control tanto locales como regionales no han sido efectivas.

4.5 De las reuniones de la Comisión y registro del libro de actas

No se logró evidenciar a partir de la revisión del libro de actas de la Comisión de Promoción de la Salud de Cariari, la realización de reuniones en los meses de abril, mayo y junio de 2019, tal y como fue establecido en la programación.

El Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud tipo 1, en el punto 5.3.1. Objetivo General, dispone:

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

Así también, dentro sus objetivos específicos, señala:

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

El Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, manifestó²⁴:

“En el mes de abril no hubo sesión, sino que se trabajó con los proyectos de los médicos de servicio social de EBAIS de lo cual se tiene evidencia documental mediante correos de lineamientos a seguir para la elaboración de proyectos.

En el mes de mayo no se efectuó reunión debido a que la Dra. Mora se encontraba incapacitada y el compañero Alexis Paniagua no se pudo sustituir para realizar la sesión.

Finalmente, en el mes de junio nos reunimos dos días 18 y 19, pero no se anotó en el libro de actas las actividades que se ejecutaron porque no estaba disponible. Igual existe evidencia documental de lo que se realizó”.

La recomendación de retomar el uso del libro de actas para las sesiones de las Comisiones de Promoción de la Salud ha sido enfatizada en las diferentes supervisiones realizadas por la Facilitadora Regional²⁵.

La situación descrita es ocasionada por debilidades de supervisión de la Dirección Médica y la supervisión técnica de la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud.

²⁴ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.

²⁵ Oficio SUPERVTS-045-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud, Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.



En la Administración Pública se dispone de varios mecanismos de rendición de cuentas y evidencia de las actividades que se ejecutan, por lo que, este instrumento es de suma importancia para demostrar documentalmente las actividades que la Comisión ha desarrollado, siendo así el hecho que no se registre en el libro de actas las acciones desarrolladas ocasiona debilidades en el sistema de control interno en lo relacionado con los mecanismos de control y rendición de cuentas.

4.6 De las actividades de supervisión, acompañamiento y asesoría de la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud

Se determinaron debilidades en el proceso de supervisión y asesoría por parte de la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud a la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Cariari, por cuanto, se evidenció que el Plan de Trabajo 2019 de esa Comisión no está enfocado en las actividades sustantivas que la institución ha delegado en estas y esa situación no ha sido rectificadas por los responsables de la región en esta materia.

Sobre el proceso de supervisión se debe indicar que la Facilitadora de Promoción de la Salud de la Red Integrada de la Prestación de los Servicios de Salud programó una actividad de supervisión técnica el 9 de mayo de 2019 en el Área de Salud de Guápiles para evaluar las actividades ejecutadas por la Comisión Local de Promoción de la Salud del Área de Salud de Cariari, sin embargo, según lo indicado por la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud los funcionarios de Cariari no se presentaron.

Es importante indicar que la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud se reincorporó a esta función nuevamente a partir del 17 de mayo del 2018, debido a que estuvo en la Coordinación Nacional de Trabajo Social durante 4 años y esta labor la realizaba otra funcionaria.

El Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, Director de Desarrollo de Servicios de Salud en ese momento mediante oficio DDSS-1195-11 del 5 de setiembre de 2011, dirigido al Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Red de Servicios de Salud, indicó que pueden existir regiones donde la persona Facilitadora de Promoción de la Salud cuente con el apoyo de una comisión interdisciplinaria, que apoye los procesos de Promoción de la Salud que se realizan en la Región. Además, detalló las funciones de los facilitadores regionales, destacándose los incisos a), d), f) que establecen lo siguiente:

“a) Asesorar a la Comisión Local de Promoción de la Salud y otros funcionarios de la Región en el proceso técnico y administrativo (planear, organizar, dirigir y controlar) relacionado con el componente de promoción de la salud.

d) Aplicar y velar, que el nivel local y regional, cumpla con las políticas, estrategias, metodologías y/o procedimientos que emita la Subárea de Promoción de la Salud.

f) Dar seguimiento periódico a la gestión que realizan las Comisiones Locales de Promoción de la Salud, en cuanto al cumplimiento de las metas programadas y la calidad del trabajo realizado”.

Además, sobre las funciones de los miembros de la Comisión Local de Promoción de la Salud, en el inciso l) instruyó:

“Coordinar con él o la facilitador (a) regional de promoción de la salud, en aquellos casos donde requieran apoyo y asesoría de la Sub Área de Promoción de la Salud”.



Se consultó a la MSc. Mayra Pérez Chaves, Coordinadora Regional de Promoción de la Salud de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, si se han realizado supervisiones a las funciones que ejecuta la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, ante lo cual manifestó²⁶:

“No. El día que se visitó el Área de Salud de Cariari (17 de mayo de 2019), el Dr. Carrillo estaba en capacitación y la Dra. Mora se encontraba incapacitada, por lo que, me atendió el Informático y me informó sobre lo que la Comisión realiza, pero sin acceso a las evidencias.

También se convocó a supervisión regional con la finalidad de revisar el estado de la situación de las Comisiones Locales y el avance de los proyectos ejecutados o a ejecutar en este periodo. Esta actividad contó con la participación del área de salud colectiva y el 9 de mayo de 2019 fueron convocados los miembros de la Comisión de Promoción de la Salud de Cariari, pero no se presentaron”.

Esta Auditoría consultó al Dr. Dennier Carrillo Soto, Coordinador de la Comisión Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, si esa Comisión es supervisada por algún ente superior y manifestó²⁷:

“Sí, por la Dirección Médica. También en abril del presente año la Dirección Regional solicitó información de los avances de los proyectos que se están ejecutando.

Además, la Comisión de compras mediante el Dr. Marlon Lizano Muñoz de la Dirección de Compra de Servicios de Salud supervisa el cumplimiento de las fichas técnicas”.

Considera esta Auditoría que no favorece la consolidación de la promoción como una estrategia del Primer nivel de atención el hecho de que no se tenga una alianza entre la Facilitadora Regional y la Comisión Local de Promoción de la Salud, debido a que el apoyo, supervisión y asesoría del nivel regional provocaría que ante las situaciones descritas en el presente informe se tomaran acciones correctivas oportunamente y de esta manera redireccionar el accionar de las actividades de promoción de la salud del Área de Salud Cariari.

5. SOBRE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LOS EBÁIS

Se determinó que los indicadores de gestión de la Consulta Externa de Medicina General presentan oportunidades de mejora, en los aspectos que se detallan a continuación:

- Utilización de horas programadas:

Se evidenció que los EBÁIS de Ticabán 1, Barras del Colorado y Tortuguero presentaron un bajo aprovechamiento de las horas programadas para consulta durante el I semestre 2018 (84,99%, 67,48% y 59,70% respectivamente). Además, durante el I semestre 2019 los EBÁIS de Los Ángeles, Barras del Colorado y Tortuguero presentaron el mismo comportamiento (81,89%, 77,80% y 67,88% respectivamente), como se muestra en el siguiente cuadro:

²⁶ Entrevista del 4 de setiembre de 2019.

²⁷ Entrevista escrita del 26 de julio de 2019.



**CUADRO 4
UTILIZACIÓN DE HORAS PROGRAMADAS POR EBÁIS
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019**

EBAIS	2018				2019			
	HORAS			%	HORAS			%
	Programadas	Utilizadas	Diferencia		Programadas	Utilizadas	Diferencia	
Cariari 1	822	748	74	91,00	830	763	66	92,00
Astua Pirie	918	904	14	98,47	1.362	1.298	64	95,31
Campo 5	828	754	74	91,06	1.266	1.112	154	87,84
Caribe	816	798	18	97,79	843	814	29	96,60
Jardín	739	705	34	95,40	741	675	66	91,07
Los Ángeles	844	725	119	85,90	903	736	166	81,59
La Esperanza	912	806	106	88,38	1.440	1.252	187	87,00
Las Palmitas	880	790	90	89,77	910	814	96	89,45
Llano Bonito	927	903	24	97,41	940	896	43	95,42
Ticabán 1	833	708	125	84,99	865	811	54	93,80
Nájera/Santa Rosa	832	802	30	96,39	875	799	76	91,30
El Porvenir	817	720	97	88,13	830	731	99	88,11
Barras del Colorado	698	471	227	67,48	731	568	162	77,80
Cariari 2	845	760	85	89,94	882	822	60	93,22
Ticabán 2	835	752	83	90,06	865	811	54	93,80
Nazareth	913	871	42	95,40	942	843	99	89,52
Palermo	853	834	19	97,77	834	806	28	96,66
Barras Tortuguero	1.742	1.040	702	59,70	1.776	1.134	642	63,88
TOTAL	16.054	14.091	1.963	87,77	17.830	15.687	2.143	87,98

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

Se debe indicar que a pesar de que los EBÁIS de Barras del Colorado y Tortuguero durante el 2019 presentaron una leve mejoría con respecto al año anterior, no registran resultados positivos respecto a la utilización del tiempo programado para consulta.

- Porcentaje de utilización de cupos:

Se verificó que ambos años los EBÁIS de Barra del Colorado y Tortuguero, así como el Porvenir presentaron resultados insatisfactorios en el indicador de porcentaje de utilización de cupos, como se detalla en el siguiente cuadro:



CUADRO 5
INDICADOR PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE CUPOS
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

EBAIS	I SEMESTRE 2018					I SEMESTRE 2019				
	TOTAL CITAS OTORGADAS	CITAS SUSTITUIDAS	CUPOS CON CITA	TOTAL CUPOS	%	TOTAL CITAS OTORGADAS	CITAS SUSTITUIDAS	CUPOS CON CITA	TOTAL CUPOS	%
Astua Pirie	3.418	106	3.312	3.335	99,31	5.210	167	5.043	5.101	98,86
Barras del Colorado	1.442	2	1.440	3.093	46,56	1.620	16	1.604	2.922	54,89
Barras Tortuguero	3.875	40	3.835	6.848	56,00	4.040	18	4.022	7.016	57,33
Campo 5	3.224	212	3.012	3.021	99,70	4.997	333	4.664	4.678	99,70
Cariari 1	2.956	28	2.928	3.038	96,38	3.029	79	2.950	3.037	97,14
Cariari 2	3.209	171	3.038	3.054	99,48	3.393	164	3.229	3.234	99,85
Caribe	3.122	51	3.071	3.092	99,32	3.263	52	3.211	3.220	99,72
Jardín	3.017	100	2.917	2.930	99,56	2.980	108	2.872	2.892	99,31
La Esperanza	3.618	173	3.445	3.524	97,76	5.738	246	5.492	5.547	99,01
Llano Bonito	3.734	244	3.490	3.513	99,35	3.700	224	3.476	3.530	98,47
Los Ángeles	3.156	30	3.126	3.264	95,77	3.514	85	3.429	3.478	98,59
Nájera/Santa Rosa	3.134	79	3.055	3.107	98,33	3.342	60	3.282	3.408	96,30
Nazareth	3.608	61	3.547	3.587	98,88	3.694	80	3.614	3.703	97,60
Palermo	3.406	63	3.343	3.354	99,67	3.255	76	3.179	3.205	99,19
Las Palmitas	3.539	122	3.417	3.480	98,19	3.523	80	3.443	3.551	96,96
El Porvenir	2.714	57	2.657	3.175	83,69	2.531	14	2.517	3.240	77,69
Ticabán 1	3.319	137	3.182	3.231	98,48	3.465	104	3.361	3.391	99,12
Ticabán 2	3.485	113	3.372	3.380	99,76	3.513	116	3.397	3.410	99,62
TOTAL	57.976	1.789	56.187	62.026	90,59	64.807	2.022	62.785	68.563	91,57

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

El "Catálogo de Definiciones de Actividades de Atención en los Servicios de Salud de la CCSS" establece en el apartado 4.2 sobre las Horas utilizadas en consulta externa, lo siguiente:

"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. Este indicador tiene por objetivo determinar el tiempo "real" promedio utilizado por consultante..."

El Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8., sobre este indicador establece:



Indicador	Nombre	Formula de Calculo (relación operacional)	Interpretación	Parámetro
Porcentaje de utilización de cupos	Mide el nivel de cumplimiento de los cupos programados (excluye recargos) esto por cada énfasis de la especialidad	$(\text{cupos con cita (*)} / \text{Total de cupo}) * 100$ Nota: (*) cupos con cita= citas otorgadas-citas sustituidas)	El resultado mide el proceso de cumplimiento de la programación de los cupos de la consulta que compone la especialidad de un establecimiento en un periodo evaluado.	85%

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1, sobre las Normas Generales, en el apartado 1.2 Objetivos del SCI, establecen lo siguiente:

*“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)
 c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales”.*

Esta Auditoría consultó al Dr. Miles Ramsey sobre la razón por la cual los EBAIS de Barra del Colorado y Tortuguero presentan resultados insatisfactorios en la utilización de horas programadas y al respecto indicó²⁸:

“Por la cantidad de la población asignada a cada EBAIS”.

Además, sobre el motivo por la cual los EBÁIS de Barra del Colorado, Tortuguero y El Porvenir presentan un porcentaje de utilización de cupos bajo, agregó²⁹:

“En el caso de Barra del Colorado y Tortuguero esta situación se da por la cantidad de la población asignada a cada EBÁIS. Y el caso de Porvenir es causado por el acceso de la población, por ausencia de transporte público”.

Considera esta Auditoría que el bajo aprovechamiento de las horas programadas para consulta externa, así como el porcentaje de utilización de cupos es causado por la carencia de instrumentos que permitan analizar y monitorear los indicadores de gestión, por lo que tanto la Dirección Médica como los médicos de cada EBAIS no han tomado acciones efectivas para mejorar los resultados de estos indicadores.

Lo descrito ocasiona que no exista garantía de que las horas programadas para consulta sean utilizadas efectiva y eficientemente, además, de que los cupos disponibles no son utilizados completamente, aspecto que provoca insatisfacción en los usuarios que frecuentemente aquejan ausencia de cupos en los diferentes EBAIS, aunado a que se genera el riesgo de afectar la atención oportuna de los usuarios.

²⁸ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.

²⁹ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



6. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE APOYO

Se determinó que la programación de actividades del Equipo de Apoyo del Área de Salud otorga poco tiempo para Cirugía menor, ocasionando que al 27 de mayo de 2019 se presentara una lista de espera a octubre de 2019. Además, según lo indicado por la Dra. Irina Dvornichenko Padubnaya la población del hogar de ancianos creció considerablemente y el tiempo asignado no es suficiente para el trabajo que se requiere.

Desde hace más de 15 años, el Área de Salud Cariari dispone de un recurso que al principio se denominaba Ebáis móvil, luego Ebáis polifuncional y hoy en día Equipo de Apoyo del Área³⁰, el cual es el encargado de brindar atención a las comunidades alejadas del Área de Salud, giras, apoyo al Servicio de Urgencias, Hogar de Ancianos, toma de muestras estreptococo y realizar cirugía menor.

Según lo indicado por el Equipo de Apoyo, las actividades anuales (giras, apoyo al Servicio de Urgencias, Hogar de Ancianos, GBS toma de muestras estreptococo, cirugía menor) son programadas y enviadas por la Dirección Médica.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1, sobre las Normas Generales, en el apartado 1.2 Objetivos del SCI, establecen lo siguiente:

“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

(...)

c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales”.

La Dra. Irina Dvornichenko Padubnaya, Médico a cargo del Equipo de Apoyo del Área de Salud Cariari, indicó lo siguiente sobre los aspectos de mejora que a su criterio requiere la programación de las actividades del Equipo de Apoyo³¹.

“Por la cantidad de población y por consulta repetitiva se considera que la consulta de Santa Rosa es muy frecuente cada 15 días. Además, se ha solicitado más tiempo para realizar cirugía menor, debido a que se citan 6 pacientes por medio día y cuando es todo el día se citan 10 pacientes y la doctora tiene un problema de salud. Los pacientes se están citando a octubre del 2019”.

Considera esta Auditoría, que la situación descrita podría ser causada por la falta de coordinación entre la Dirección Médica y los miembros del Equipo de Apoyo en la realización de la programación de las actividades; por cuanto, el Equipo de Apoyo considera que se pueden realizar mejoras en la programación modificando tiempos destinados a algunas actividades y utilizándolo en labores prioritarias como lo es el caso de Cirugía Menor, visitas al hogar de ancianos, entre otros, y de esta manera se toma en consideración el criterio del personal a cargo del proceso enfocándose en la eficiencia y eficacia de las actividades.

³⁰ Conformado por un médico general, una enfermera, un funcionario de REDES y un farmacéutico.

³¹ Entrevista escrita del 27 de mayo de 2019.



La situación descrita ocasiona que eventualmente se esté destinando tiempo a actividades que no generan el impacto esperado en la salud de las personas, restándosele a otras actividades que requieren mayor asignación de tiempo por la alta demanda.

7. PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA (PVP)

El Área de Salud Cariari desde hace más de 15 años, dispone de un equipo denominado Equipo de Apoyo, el cual se encarga, entre otras cosas de realizar las visitas a las comunidades donde se brindan atenciones en los Puestos de Visita Periódica, sin embargo, se determinó que la mayoría de los Puestos de Visita Periódica no cumplen con los requerimientos mínimos para brindar atención médica.

El 16 de mayo de 2019 esta Auditoría realizó visita en compañía del Dr. Álvaro Durán Quirós, Miembro de la Junta de Salud del Área de Salud Cariari, al Puesto de Visita Periódica de Tournón, recorrido en el cual se evidenciaron los siguientes aspectos:

- ✓ No se dispone de agua potable, es mediante una bomba, sale sucia y muchas veces con larvas.
- ✓ No tiene habilitación del Ministerio de Salud.
- ✓ La funcionaria de REDES debe pasar con anterioridad al EBAIS de Jardín a buscar los expedientes de la consulta de ese día, lo que provoca un atraso como de 30 minutos o más.
- ✓ No hay privacidad en la atención.
- ✓ No hay inmobiliario adecuado ni suficiente.
- ✓ Inadecuadas condiciones de ventilación y elevadas temperaturas, a pesar de que se manejan medicamentos.
- ✓ Los servicios sanitarios se comparten con los pacientes y no están en condiciones adecuadas.
- ✓ Se informa que hay un nuevo Comité de Salud, pero que no disponen del carné que los acredite legalmente para poder comenzar a trabajar (**Ver anexo N° 1**).

Adicionalmente, los integrantes del Equipo de Apoyo informaron sobre las condiciones generales de los restantes Puestos de Visita Periódica, las cuales coinciden con algunos aspectos evidenciados por esta Auditoría en el EBAIS de Tournón, al respecto manifestaron³²:

- Ninguno de los puestos de visita periódica dispone de agua potable.
- La infraestructura física no es adecuada y no hay privacidad en la atención.
- No hay inmobiliario adecuado ni suficiente.
- Hay plagas de murciélagos y sapos.
- Ninguno cuenta con habilitación del Ministerio de Salud para brindar atención médica.
- La mayoría de los lugares son muy cerrados y no tienen las condiciones de ventilación adecuadas.
- Se han realizado solicitudes de abanicos, pero no se ha brindado respuesta a la fecha.
- Los servicios sanitarios se comparten con los pacientes y ninguno está en condiciones adecuadas.
- La mayoría de los lugares son sitios peligrosos e inseguros, por lo que se presentan asaltos a las personas de la comunidad.
- En varias ocasiones en los puestos de visita se han robado activos (abanicos, lámpara cuello de ganso, romana, implementos de limpieza, entre otros).

³² Entrevista escrita del 27 de mayo de 2019.



- El lugar donde se guarda el equipo, suministros y otros en la Sede del Área no cumple con las condiciones adecuadas, debido a que el aire acondicionado no funciona desde hace 15 días, sin embargo, desde hace como dos años el técnico de mantenimiento ha realizado reportes de que el aire se debe cambiar. Además, el cielo raso tiene gran cantidad de polilla y el espacio físico es muy pequeño.

Los criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestaciones de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS, emitido por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, enviado a los Directores Médicos, Administradores de Áreas de Salud y otros, mediante oficio GIT-0956-2019 / GM-S-9360-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, MSc, Gerente de Infraestructura y Tecnologías y el Dr. Mario Ruíz Cubillo, Gerente Médico, establece:

“Los criterios específicos para brindar mantenimiento en las sedes que no son propiedad de la CCSS, deberán ser aplicados obligatoriamente por los jefes y los titulares subordinados de las unidades ejecutoras, en acompañamiento del responsable del componente de mantenimiento en el nivel local, esto para quien cuente con el recurso humano y las calidades, en caso contrario, el jefe y los titulares subordinados deberán recurrir a los responsables del componente de mantenimiento a nivel regional.

Sedes a las cuales se debe aplicar los criterios para brindar mantenimiento

Las unidades ejecutoras que cuenten con sedes para la prestación de sus servicios con condición jurídica como lo son:

- Comodato.
- Préstamo.
- Alquiler.
- Proceso de traslado hacia la CCSS”.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, señala en el artículo 2- Derechos, inciso I: “Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo”.

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

“3.2.11. Recursos Físicos:

Las Áreas de Salud y los Sectores de Salud, deben disponer de la infraestructura necesaria que les permita realizar las acciones de salud, en forma eficiente y eficaz.

3.2.12 Recursos Materiales:

A las Áreas de Salud, se les debe de dotar de los equipos, instrumentos y materiales necesarios para lograr mayor eficiencia y productividad en la prestación de los servicios de salud en su zona de atracción”.



La Metodología de gestión productiva de los Servicios de Salud, 2010 de la Organización Panamericana de la Salud, establece:

“La optimización de los recursos no implica disminuir la calidad en la prestación de los servicios de salud, por el contrario, se convierte en el objetivo fundamental al mejorar los servicios de salud a la población, especialmente en el sector público”.

La Dra. Irina Dvornichenko Padubnaya, Médico a cargo del Equipo de Apoyo del Área de Salud Cariari, indicó lo siguiente³³ sobre las necesidades prioritarias que tienen como Equipo para mejorar la prestación del servicio que brindan a la población:

- *“Un monitor portátil de presión arterial con oxímetro.*
- *En el caso de los servicios que brinda el farmacéutico se requiere tener un espacio físico para mantener y resguardar los medicamentos de una manera adecuada en la Sede.*
- *Un Set de equipo de diagnóstico, porque el actual está en mal estado.*
- *Mobiliario para colocar los medicamentos en los diferentes puestos de visita.*
- *Ventiladores”.*

Sobre la razón por la cual la mayoría de los Puestos de Visita Periódica no disponen de las condiciones adecuadas para brindar atención médica, el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud Cariari, manifestó³⁴:

“Desde mi ingreso a esta Unidad programática recibí, puestos de atención que no contaban con el mínimo de las condiciones para brindar atención, es decir, es una situación heredada, recibí 18 puestos de visita con deficiencias estructurales y con falta de cumplir los criterios técnicos para dar una adecuada atención.

Bajo la política de lo que no es de la CCSS no puedo invertir, lo que se puede hacer es ir invirtiendo en forma progresiva con los recursos que se puedan ir obteniendo para dicho fin y de forma paulatina ir mejorando esas condiciones”.

En relación con las acciones que se han realizado para mejorar la problemática de los puestos de visita periódica, agregó³⁵:

“Lo primero que se ha hecho es establecer y oficializar los Comités de Salud de cada comunidad donde están los Puestos de Visita Periódica, debido a que hay una inconstancia de las personas que conforman estos Comités y de las cuales son el eje fundamental para la obtención de recursos comunitarios (Asociaciones de Desarrollo), y no hay un compromiso de la comunidad ni de las Asociaciones para resolver esos problemas con el Comité.

Además, se ha tratado de hacer esfuerzos importantes por buscar personas idóneas en las diferentes comunidades para que participen en los Comités de Salud, sin embargo, en la actualidad esto ha sido difícil por diferentes circunstancias”.

³³ Entrevista escrita del 27 de mayo de 2019.

³⁴ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.

³⁵ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



A pesar de que la mayoría de los lugares donde se brinda atención en los puestos de visita periódica no son de la institución, es deber de las Autoridades locales velar porque las instancias involucradas, así como la comunidad efectúen las gestiones necesarias para garantizar las condiciones mínimas de infraestructura, equipamiento y de ventilación donde se brinda la consulta médica y demás servicios.

Lo descrito apunta a que la gestión, administración y asignación de recursos deben ser fortalecidas en el centro médico, con el fin de solventar problemáticas de disponibilidad de espacio y comodidad para los usuarios internos y externos. Asimismo, la aparente necesidad de materiales y equipos podría estar afectando la oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación del servicio al usuario, así como el cumplimiento de las políticas institucionales relativas al mejoramiento de la atención integral a los asegurados, situación que puede incidir en el deterioro de la imagen institucional.

Las condiciones en que se prestan los servicios en los Puestos de Visita Periódica limitan un accionar eficiente, oportuno y de calidad, lo anterior ante una infraestructura aparentemente insuficiente y supuestas necesidades en equipamiento, aspectos que pueden incrementar la materialización de distintos tipos de riesgo, lo que generaría un impacto negativo en la oportunidad y accesibilidad de los servicios que requiere la población. Además, podría causarse afectación en la calidad de la atención a los usuarios, debido a las condiciones insalubres en las que se brinda la atención médica.

8. EBAIS DE CAMPO 5 Y PALMITAS

Esta Auditoría realizó visita el 11 de julio de 2019 a los Ebais de Campo 5, Los Ángeles y Palmitas con el propósito de verificar aspectos relacionados con la programación de las agendas, así como infraestructura y equipamiento, determinándose los siguientes aspectos de mejora:

- Ebais Campo 5:

De la visita realizada se destacan los siguientes aspectos:

- El espacio de Registros Médicos es limitado, por lo que algunos expedientes de salud se encuentran archivados en la sala de espera, ocasionando que estén expuestos. Sobre esta situación la señora Keren Ávila Navarro, Asistente Técnica de Registros Médicos del Ebáis de Campo 5 mediante oficio sin número de fecha solicitó a la Jefatura de Registros Médicos y Dirección Médica, ampliación de la Oficina de REDES para tener en su custodia los expedientes que están en la sala de espera, debido al riesgo de pérdida.
- El Lic. Jonathan Gómez Castillo, Enfermero de ese Ebáis, indicó que no se dispone de un espacio para cambiar niños y que con frecuencia las pacientes acuden a solicitar la camilla de Enfermería.
- Además, indica que no se dispone de un lugar adecuado de nebulizaciones, debido a que se comparte el espacio con los pacientes en observación y el área de inyectables.
- No se dispone de guarda de seguridad.



- Con la incorporación de la consulta vespertina los funcionarios terminan la atención a las 10:00 pm, y no se dispone de una lámpara de iluminación del parqueo, lo que podría representar riesgo de asalto.
 - El Servicio de Odontología no dispone de sala de espera para los pacientes, lo que ocasiona que los usuarios estén expuestos a la lluvia.
 - El costado posterior del edificio no presenta iluminación, lo que podría ocasionar que personas externas ingresen al local, exponiendo los activos institucionales y a los funcionarios, considerando que se está brindando consulta vespertina hasta las 10:00 pm (**Ver anexo 2**).
- **Ebais Palmitas:**
- No se dispone de rotulación, los demás aspectos valorados se encuentran en funcionamiento razonable, aunado a que se encuentra en etapa de remodelación.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud Públicos y Privados, señala en el artículo 2- Derechos, inciso I: “Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo”.

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

“3.2.11. Recursos Físicos:

Las Áreas de Salud y los Sectores de Salud, deben disponer de la infraestructura necesaria que les permita realizar las acciones de salud, en forma eficiente y eficaz.

La Ley 8239, Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, en el inciso I, señala sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud:

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

Se consultó al Dr. Miles Ramsey si ese centro médico ha realizado alguna programación para mejorar las condiciones de espacio del Archivo EBÁIS de Campo 5, quien manifestó que³⁶:

“Se mandaron los planos para la ampliación del EBAIS de Campo 5. Se está esperando que se efectúe la inyección presupuestaria para el 2020 para realizar los cambios”.

Sobre la ausencia de sala de espera a los pacientes del Servicio de Odontología del EBÁIS de Campo 5, agregó que también está considerado en el plan de ejecución de recomendación de infraestructura que se ejecutará en el momento que se disponga del presupuesto en el 2020.

³⁶ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



Las limitaciones descritas en cuanto a la infraestructura del EBAIS de Campo 5 y Servicio de Odontología, genera incomodidad para los pacientes que acuden a recibir atención los cuales en ocasiones deben esperar expuestos a condiciones ambientales adversas, que pueden generar insatisfacción y afectación en el estado de salud que le hizo acudir al centro de salud.

B. CONSULTA EXTERNA

9. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA CONSULTA EXTERNA

Se determinó que la Consulta Externa del Área de Salud Cariari no dispone de un documento consolidado y actualizado que describa los procesos, de manera que se detallen las actividades específicas, objetivos, misión, visión, lo relativo a requisitos y responsabilidades de cada cargo o puesto de trabajo, relaciones internas, así como normas administrativas del Servicio, información de las funciones específicas, dependencia jerárquica y coordinación, aspectos que ayudan en la organización y planificación de las actividades.

Las Normas de control interno para el sector público, en el apartado 4.2 acerca de los requisitos de las actividades de control, en el punto e) sobre documentación establecen:

“Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación”.

El Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico del Área de Salud de Cariari, manifestó³⁷:

“Existe directrices varias en PowerPoint donde se les dio visión, misión y demás. Así como oficio de directrices para el cumplimiento de los criterios de la evaluación del desempeño. Además de oficios sobre cumplimiento de horario, trato empático entre otros”.

Por lo anterior, se considera que la Dirección Médica no ha ejecutado las acciones que se requieren para disponer de un instrumento actualizado que permita documentar los principales procesos y actividades de la Consulta Externa, el cual contenga información fidedigna de aspectos relacionados con las líneas de coordinación y dirección de estos servicios, con el fin de ayudar a la organización y planificación de su quehacer.

La falta de este documento debidamente conformado, actualizado y oficializado ocasiona que el personal no disponga de un instrumento administrativo que facilite la realización de los procesos y toma de decisiones para la adecuada prestación de los servicios, limitando el acceso a la información de gestión relacionada con la organización y apoyo para funcionarios y administración superior.

³⁷ Cuestionario de control interno del 28 de junio de 2019.



10. SOBRE LA APLICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL MARCO DE UN PLAN DE ATENCIÓN OPORTUNA

Se evidenció que la Dirección Médica no ha analizado ni divulgado el Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8 con los profesionales que brindan esta modalidad de atención en el Área de Salud Cariari.

El Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8. establece:

“(...) Esta guía de gestión, brinda las herramientas requeridas para la planificación de los recursos asignados para la consulta externa de forma eficiente y equilibrada mediante una programación que maximice la capacidad instalada del recurso humano, tecnológico y de infraestructura de cada centro, tomando en cuenta las actividades y condiciones contractuales de cada especialista médico o no médico, que permita de forma eficaz la asignación y atención adecuada de los usuarios mediante la coordinación con las Jefaturas de Servicio que participan o fungen de apoyo en el proceso, para el cumplimiento de las metas programadas”.

Las Normas de control interno para el sector público, en el apartado 4.2 sobre los requisitos de las actividades de control, en el punto f) sobre divulgación mencionan:

*“Las actividades de control deben ser de conocimiento general, y comunicarse a los funcionarios que deben aplicarlas en el desempeño de sus cargos.
Dicha comunicación debe darse preferiblemente por escrito, en términos claros y específicos”.*

Se consultó al Dr. Miles Ramsey si los funcionarios de ese centro médico que brindan consulta externa conocen el “Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna”, y respondió negativamente.

Se considera que la Dirección Médica de ese centro de salud no ha implementado los mecanismos necesarios para garantizar que los profesionales que brindan Consulta Externa conozcan las normas institucionales que se han elaborado para la gestión y control de estos Servicios, lo cual permitiría un mayor involucramiento y participación en las estrategias que esa Dirección implemente para mejorar los resultados y las metas programadas.

La situación descrita ocasiona que el personal de atención no conozca los aspectos de gestión en los cuales pueden ser supervisados, por lo cual, se genera un ambiente propicio para el incumplimiento de aspectos que establece la normativa institucional, debilitando el ambiente de control.

11. SOBRE LA PROGRAMACIÓN Y HABILITACIÓN DE LAS AGENDAS

Se evidenció que el proceso de programación y habilitación de las agendas de atención en Consulta Externa en el Área Salud Cariari requiere fortalecerse en los siguientes aspectos:



- Las programaciones de los Ebais, consulta no médica, especialidad y Odontología se remiten a Registros Médicos en diciembre del año anterior al que corresponde la programación, por lo que a este Servicio le queda poco tiempo para realizar la habilitación de las agendas en el SIAC, lo que conlleva al pago de tiempo extraordinario.
- Se observó que se realizan cambios en la programación que ya fue avalada por la Dirección Médica, por ejemplo, el caso de Psicología que se remitió la primera programación del 2019 el 15 de diciembre de 2018 y posteriormente el 7 de enero de 2019 se envió una nueva.
- En la programación remitida a Registros Médicos y Estadísticas en Salud no se programan las fechas en las que los profesionales estarán de vacaciones, permisos con o sin goce de salario, permisos sindicales, capacitaciones, asistencia a congresos o actividades similares, algunas de las cuales son actividades factibles de planificar y programar con anticipación, como lo establece la normativa vigente.
- Según lo indicado por la Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, “no se tiene control de los permisos solicitados y otorgados de las gestiones de los profesionales médicos, pero sí se lleva control de los casos del personal en general, y que se requiera cambiar agendas, ya que se envía correo con copia al personal de REDES”, sin embargo, la normativa establece que la Jefatura de REDES deberá tener la comunicación escrita de la Jefatura de la Consulta Externa o en este caso de la Dirección Médica como respaldo de los cambios solicitados.

La Licda. Yaneth Fonseca Rodríguez, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, indicó³⁸ que *“la programación de actividades lo realiza cada EBAIS y servicio, se remiten a la Dirección Médica, la Dirección Médica realiza un compendio de todas las programaciones y lo traslada a la Jefatura de REDES, misma que con ayuda de personal de REDES (Sustituyendo o tiempo extra) se programan las agendas de toda el área”*.

El Dr. Miles Ramsey explicó el proceso de programación de las agendas de la siguiente forma:

“Todos los años se les envía un comunicado vía correo electrónico a los EBAIS y diferentes servicios en el mes de octubre o noviembre en relación con que deben remitir en formato ya establecido por esta dirección sus cronogramas de actividades del año siguiente según los parámetros permitidos por la dirección y la institución.

Una vez que llegan esos cronogramas la dirección verifica que las fechas coincidan y que además no violenten lo establecido institucional por ende en gran cantidad de ocasiones se les elimina actividades no permitidas.

Una vez revisadas se confecciona un oficio a la jefatura de REDES para que por cada servicio se confeccionen las agendas con esos parámetros establecidos y que como mecanismo de control se establece que mensualmente lleve el análisis al consejo técnico.

³⁸ Entrevista escrita del 9 de julio de 2019.



Se revisa en conjunto con el administrador (encargado de planificación) y si cumple con las metas se firma por parte de ambos y se le entrega a la Jefatura de REDES.

La Jefatura de REDES lo hace llegar a cada EBAIS y/o Servicio y confecciona las agendas con esos parámetros.

Posterior al recibido de todos los servicios se envía copia de las mismas con el cronograma de actividades del año a la dirección regional”.

El “Catálogo de Definiciones de Actividades de Atención en los Servicios de Salud de la CCSS”, en el apartado 1.2.1 sobre la Aprobación de agenda por parte de la Jefatura de la Consulta Externa, establece:

*“Toda consulta externa debe contar con una agenda aprobada por la Jefatura de la Consulta Externa a nombre del profesional acreditado para brindarla, que incluya el tiempo programado autorizado por ésta, requisito indispensable para que el personal de REDES pueda otorgar las citas respectivas y elaborar el reporte estadístico correspondiente. **Para tales efectos la Jefatura de REDES deberá contar con la comunicación escrita de la Jefatura de la Consulta Externa como respaldo.**”*

El Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8, en el apartado 7.16. Actividades programadas y no programadas, regula:

“Se considera actividades programadas para efectos de la planificación y programación de las agendas, toda aquella actividad que puede ser programable y planificada con anticipación. En el caso de las actividades no programadas son aquellas que no es posible planificar con anticipación y que surgen de manera inesperada. El subrayado y negrita no son del original.

Esta misma norma en el punto 7.18 sobre la Reprogramación de agendas, establece:

“La reprogramación de consultas solo podrá hacerse por solicitud escrita de la Jefatura de Consulta Externa a la Jefatura de Registros y Estadísticas de Salud y deben sujetarse a situaciones no programables o no planificables en la agenda, basado en los siguientes casos:

a) Caso fortuito: es decir, producto de circunstancias que no se pueden evitar, pero si prever, como lo serían: una inundación, un incendio, una falla eléctrica, situaciones no planificadas que impidan brindar la atención.

b) Fuerza mayor: esto es, producto de circunstancias que no se puede prever ni evitar, y que pueden ser constatadas, como lo serían: un terremoto, una citación judicial recibida con posterioridad a la programación de la consulta externa, un accidente repentino, fallecimiento de un familiar, etc.

(...) En consecuencia, el precitado informe refiere que no califica en tales categorías el disfrute de vacaciones, permisos con o sin goce de salario, asistencia a congresos o actividades similares, las cuales son factibles de planificar y programar con anticipación”. El subrayado y negrita no son del original.



Además, en el apartado 9 sobre la Planificación o programación de agenda este mismo Manual establece:

*“La Jefatura de Servicios y Consulta Externa deben planificar las agendas de los profesionales de salud y mantenerlas habilitadas para la asignación de citas, evitando usuarios en espera de cita por estar cerrada la agenda, lo que permite determinar, de forma confiable, la demanda por servicio y especialidad. **Es importante mencionar que la planificación y programación de agendas debe tener la finalidad de evitar el cambio de citas ya asignadas**”.* El subrayado y negrita no son del original.

Finalmente, el punto 9.1 sobre Determinación de actividades, señala:

*“El plan de vacaciones y capacitaciones debe ser realizado por la Jefatura de Servicio, autorizado por la Dirección Médica y **enviado al Servicio de Registros y Estadísticas en Salud para que sea ejecutado en la programación de agendas del sistema de información Institucional en el mes de noviembre para los 12 meses siguientes**.”*

- Plan Anual de Vacaciones:

*“**...cada profesional presentará a su jefe inmediato, su plan anual de vacaciones entre el 1° y el 15 de setiembre de cada año, con copia para la Oficina de Recursos Humanos. Ese plan incluirá las vacaciones que disfrutará el interesado de enero a diciembre del siguiente año**”.*

- Plan anual de capacitación:

*“**A más tardar el 30 de octubre de cada año el coordinador de docencia, la jefatura inmediata y los profesionales integrantes del servicio, realizarán una sesión conjunta a efectos de definir la participación en actividades de capacitación celebrarse en el siguiente año**”.*

Las agendas no deben estar sujetas a variaciones por cambios de periodos vacacionales o de capacitación de última hora; con el fin de mantener la estabilidad en la atención de la Consulta Externa y evitar demora en los tiempos de atención”. El subrayado y negrita no son del original.

Sobre el proceso que se ejecuta cuando se requiere realizar un cambio en la agenda de acuerdo con lo ya fue programado y autorizado la Licda. Yaneth Fonseca Rodríguez, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, indicó³⁹

“En los servicios de otros profesionales, Odontología desde el 2018 se me envía un correo o nota con los días autorizando el cambio, en los casos previstos, pero si es el mismo día se cambia inmediatamente con el funcionario que se presenta.

En el caso de los Médicos y Especialista no se obtiene documento previo a realizar cambios en las agendas, la funcionaria de REDES se entera por medio del Médico del EBAIS, sí se puede se cambia previo o el mismo día que llega el funcionario médico.

³⁹ Entrevista escrita del 9 de julio de 2019.



El proceso de cambio de agenda de los imprevistos lo realiza cada funcionario de REDES en el EBAIS y en los servicios de apoyo la funcionaria asignada”.

Además, sobre los aspectos que pueden mejorarse en el proceso de programación de las agendas agregó:

“Según mi criterio se debe solicitar con anticipación las programaciones a los EBAIS, especialistas y otros profesionales, para que al revisar y consolidar la información también exista el tiempo necesario, así como que el traslado al servicio de REDES sea oportuno, ojalá antes de diciembre del presente año.

Se sabe que existen los imprevistos, pero dentro de lo posible las gestiones de solicitudes de cambio, tengan el visto bueno de la Dirección Médica, que sean comunicadas con copia o canalizadas con Jefatura de REDES y está a su vez informara al personal para que realicen los cambio, que sea un documento oficial”.

Se le consultó al Dr. Miles Ramsey, sobre la razón por la cual en el caso de los médicos y el especialista del Área de Salud no se remite documentación a REDES que respalde algún cambio en la agenda y manifestó lo siguiente⁴⁰:

“La Jefatura de REDES tiene la instrucción de que no se pueden hacer modificaciones de la agenda sin una indicación de la Dirección Médica, si se están programando agendas sin autorización la Dirección Médica desconozco la razón.

A REDES se le informa el cambio de agenda correspondiente de acuerdo con la solicitud de cada EBAIS con copia a la Jefatura de REDES”.

Como se detalla claramente en la normativa institucional citada el proceso de planificación, programación y habilitación de las agendas de los profesionales que brindan Consulta Externa en un centro médico debe ser realizado en los plazos que la institución ha definido, contemplando todas las actividades que se pueden programar con anticipación, esto con el fin de que la programación durante el año sufra la menor

cantidad de cambios posibles (únicamente los ocasionados por caso fortuito o fuerza mayor), logrando que los pacientes siempre tengan la agenda habilitada para asignársele las citas que se requieran y no se realicen reprogramaciones.

La ausencia de un plan anual de vacaciones en la programación de actividades ocasiona que Registros Médicos y Estadísticas en Salud habilite las agendas sin las fechas en la que el profesional titular disfrutará sus vacaciones, ocasionando que en el caso de los profesionales especialistas y consulta no médica se tengan que reprogramar los pacientes en caso de que no se sustituya el titular. Además, esto ocasiona que se efectúe de manera constante la reprogramación de la consulta de los profesionales que no se pueden sustituir como es el caso de Psicología, ocasionado una afectación a los usuarios por el atraso en la atención.

⁴⁰ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



12. SERVICIO DE PSICOLOGÍA

De los procedimientos de Auditoría desarrollados en la evaluación de la atención en Consulta Externa se evidenciaron debilidades en el Servicio de Psicología, las cuales se detallan a continuación:

12.1 Sobre la programación de la agenda de Psicología

De la revisión a la programación de las agendas del 2019 para el Servicio de Psicología y la verificación física de lo programado en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) se evidenciaron las siguientes debilidades:

- Existen tres documentos relacionados con la programación de la agenda de psicología y que son diferentes. La Dirección Médica suministró a esta Auditoría el oficio N° ASC-DM-780-12-2018 del 15 de diciembre de 2018 suscrito por el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador de Área de Salud Cariari, documento que se tiene custodiado como la programación oficial de las agendas del 2019.

Sin embargo, el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud dispone de otro oficio, el N° ASC-DM-09-01-2019 del 7 de enero de 2019 suscrito por la Dra. Katterine Mora Mora, Directora a.i, y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador de Área de Salud Cariari, en el cual se comunican cambios en la programación.

Además, el Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari suministró oficio con la misma numeración (N° ASC-DM-780-12-2018 del 15 de diciembre de 2018); sin embargo, el contenido es diferente y la programación no se encuentra firmada por la Dirección Médica. La situación descrita ocasiona que exista duda sobre cuál es la programación real.

- Tomando como base la última programación trasladada a Registros Médicos⁴¹, se detallan las siguientes debilidades:
 - La programación establece que “cada consulta sea nuevo o subsecuente es de 60 minutos”, contrario a lo establecido en las normas institucionales que indican que los pacientes nuevos son 60 minutos, los subsecuentes 50 minutos y los de modalidad grupal 120 minutos.
 - La programación detalla que “se propone iniciar atención grupal de diagnósticos específicos en períodos trimestrales los segundos días martes en horas de la tarde”, sin embargo, se revisó la agenda y no se observa programación de modalidad grupal.
 - En la programación oficial se indica “la hora para alimentación del profesional es un horario de 11 am a 12 md (consolidando la hora del café de la mañana y de la tarde en acuerdo con el Dr. Rojas)”, sin embargo, la normativa institucional no permite que los funcionarios acumulen los tiempos de café para extender el tiempo de almuerzo.

⁴¹ Oficio el N° ASC-DM-09-01-2019 del 7 de enero de 2019 suscrito por Dra. Katterine Mora Mora, Directora a.i, y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador de Área de Salud Cariari.



- La programación establece para los martes lo siguiente: “atención a usuarios subsecuentes. Excepto el primer, segundo y tercer martes. El primero en horas de la mañana, dado a que se dispondrá **para la atención de casos urgentes**. Para los segundos martes de cada 3 meses se **propone la atención grupal** y el caso del tercer martes de cada mes, se programará para Consejo Técnico (...)", sin embargo, de la verificación realizada en el SIAC no se observa tiempo asignado para atención de casos urgentes ni atención grupal. (Aspectos desarrollados en detalle en el hallazgo 12.3 y 12.5 del presente informe)
- Se tiene programada media jornada por mes para la Iniciativa Salud Mesoamérica, sin embargo, durante el año pasado y este año no se ha atendido a ninguna persona, lo cual ocasiona que se pierda el tiempo programado.

De lo descrito anteriormente, se evidencia que existen varios documentos diferentes sobre la programación de actividades de Psicología (custodiados por REDES, Psicólogo y Dirección Médica) que no son coincidentes, aunado a que varias de las actividades programadas y avaladas por la Dirección Médica no se están ejecutando y además no se están cumpliendo directrices institucionales que fueron emitidas desde hace varios años, entre otras debilidades que afectan el funcionamiento del Servicio de Psicología.

El oficio GM-18828-2 del 21 de marzo de 2011 suscrito por la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médico en ese entonces, dirigido a Directores de Hospitales y relacionado con los tiempos de consulta en la atención psicológica se comunicó el Lineamiento sobre los tiempos de consulta y la metodología de intervención, con el fin de regular y sistematizar los tiempos de atención de la consulta clínica en psicología para los tres niveles de atención, el cual establece:

“Los tiempos de atención asignados para la consulta externa por primera vez (PV) en niños y niñas, personas adolescentes y adultos (modalidad individual), es la siguiente:

1. *Para los niños y niñas y personas adolescentes, el paciente por primera vez en el año (PVA), el paciente por primera vez en la vida (PVV), el paciente por primera vez en la especialidad (PVE), **debe ser de 60 minutos**. Toda vez que se debe realizar el diagnóstico, diagnóstico diferencial e intervención terapéutica al niño, además de la entrevista a la madre, el padre o encargado (a) como fuentes de información primaria. Esta consulta implica el desarrollo de los siguientes procedimientos:*

- *Motivo de referencia,*
- *Motivo de consulta,*
- *Historia longitudinal (Ficha de identificación, Padecimiento actual, antecedentes patológicos, historia familiar e historia personal),*
- *Examen mental (aparición general, actitud y comportamiento, lenguaje, afecto, pensamiento, sensopercepción, sensorio y capacidad intelectual, juicio, memoria, comprensión de la enfermedad, confiabilidad),*
- *Examen multiaxial (CIE-10),*
- *Aplicación de instrumentos psicométricos,*
- *Intervención terapéutica (terapia de juego),*
- *Confección de informe (en el caso que lo requiera).*



2. Para los niños, niñas y personas adolescentes, el paciente subsecuente (S), debe ser atendido **en un tiempo de 50 minutos**, en el cual se evalúa el avance del tratamiento, ajustes y/o seguimiento o la intervención terapéutica, así como psicoeducación a la madre, padre o encargado (a).
3. Para los adultos, el paciente por primera vez en el año (PVA), el paciente por primera vez en la vida (PVV), el paciente por primera vez en la especialidad (PVE), **debe ser de 60 minutos**. Toda vez que se debe realizar el diagnóstico, diagnóstico diferencial e intervención terapéutica.

Esta consulta implica el desarrollo de los siguientes procedimientos:

- Motivo de referencia,
 - Motivo de consulta,
 - Historia longitudinal (Ficha de identificación, Padecimiento actual, antecedentes patológicos, historia familiar e historia personal),
 - Examen mental (apariencia general, actitud y comportamiento, lenguaje, afecto, pensamiento, sensopercepción, sensorio y capacidad intelectual, juicio, memoria, comprensión de la enfermedad, confiabilidad),
 - Examen multiaxial (CIE-10),
 - Aplicación de instrumentos psicométricos,
 - Intervención terapéutica (terapia de juego),
 - Confección de informe (en el caso que lo requiera).
4. Para los adultos, el paciente subsecuente (S), debe ser atendido **en un tiempo de 50 minutos**, este proceso incluye valorar el avance del tratamiento, si es necesario se deben de realizar los ajustes necesarios a la intervención terapéutica, o bien darle continuidad a la implementación de las técnicas para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
 5. El tiempo asignado para la atención de la consulta intra-hospitalaria deber ser el especificado en los puntos del uno al cuatro según corresponda el tipo de paciente.
 6. El tiempo asignado para la atención en consulta externa, **modalidad grupal, es de 120 minutos**, constarán de doce sesiones y estarán integrados de doce a catorce personas como máximo. El contenido de estas sesiones debe estar estructurado y dirigido a cumplir un objetivo terapéutico previamente definido.
 7. El tiempo asignado para la atención en consulta externa, modalidad familia es de 90 minutos cada sesión deberá estar integrada con un máximo de cinco personas. El contenido de estas sesiones debe estar estructurado y dirigido a cumplir un objetivo terapéutico previamente definido.
 8. El tiempo asignado para la calificación e interpretación de pruebas psicométricas clínicas aplicadas durante la semana para aquellos usuarios que así lo requieran es de 120 minutos a la semana, los cuales se deberán contabilizar como dos pacientes subsecuentes.



9. *Cada persona evaluada previo empleo se debe contabilizar en la producción como paciente en consulta por primera vez”.*

La circular GA-28078-2013 del 26 de agosto de 2013 dictada por la Gerencia Administrativa sobre los Tiempos de alimentación durante la jornada de trabajo, instruye lo siguiente:

“(…) Con base en lo expuesto, se tiene que los trabajadores que prestan servicios en jornada continua tendrán derecho a media hora de descanso, la cual deberán disfrutar dentro de su lugar de trabajo, siendo ese período computable como tiempo de trabajo efectivo y por consiguiente debidamente remunerado.

En atención al principio constitucional de igualdad, se ha generalizado la práctica de otorgar a las personas trabajadoras quince minutos en la mañana y en la tarde como tiempos de café, pero éstos no pueden acumularse entre sí ni para extender el tiempo de almuerzo.

De esta forma, corresponde a la Jefatura en el ejercicio de sus funciones como protector y buen administrador de los fondos públicos, sopesar si las jornadas y horarios de los funcionarios se ajustan no solo a lo determinado por la normativa, sino también, a las políticas institucionales creadas con el fin de fomentar el aprovechamiento racional de los recursos de la Institución”. El subrayado y negrita no es del original.

Esta Auditoría consultó⁴² a la Coordinación Nacional de Psicología acerca de si la directriz GM-18828-2 del 21 de marzo de 2011 suscrita por la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médico en ese entonces, sobre los tiempos de consulta en la atención psicológica está vigente todavía. En atención a esta solicitud, mediante oficio ARSDT-E-PSIC-0075-19 del 29 de julio de 2019 la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología, manifestó lo siguiente:

“La directriz GM-18828-2 está vigente y no hace diferencia en los tiempos de atención para los grupos poblacionales de la Institución y son aplicables a la Consulta Externa (de hecho, el Manual que su persona menciona en la primera pregunta de su misiva, claramente diferencia los tiempos de Psicología de los de las otras disciplinas de salud de la Caja). Los tiempos de atención de Psicología son los únicos que están, oficialmente diferenciados de los que utiliza el Área de Estadísticas de Salud y EDUS en sus registros internos”.

El Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari sobre la razón por la cual todos los pacientes de Psicología sean nuevos o subsecuentes se programan en la agenda para atención de 60 minutos, manifestó⁴³:

“Me parece que es porque el criterio del Colegio de Profesionales en Psicología establece que 60 minutos, sin discriminación si es nuevo o subsecuente”.

⁴² Oficio AI-2114-19 del 18 de julio de 2019.

⁴³ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



Llama la atención a esta Auditoría que a pesar de la existencia de normas institucionales específicas y lineamientos sobre los tiempos de consulta del Servicio de Psicología desde el 2011, todavía se presenten situaciones como las descritas en el presente hallazgo.

Las debilidades descritas relacionadas con la programación de la agenda de Psicología son ocasionadas por falta de supervisión administrativa y control de la Dirección Médica, así como de supervisión técnica de las labores sustantivas de ese Servicio.

Esta situación ocasiona que se debilite el sistema de control interno en el Servicio, aunado a que por el no cumplimiento de los tiempos regulados a nivel institucional se afecte la calidad de atención al usuario, así como debilidades en los indicadores de gestión del Servicio de Psicología.

12.2 De la programación de labores administrativas

Se determinó que en el Servicio de Psicología se programa una actividad denominada “labores administrativas” los segundos y cuartos viernes de cada mes (14 horas mensuales), sin embargo, la Dirección Médica como Jefatura inmediata de este Servicio no tiene claridad sobre las actividades que se ejecutan en este tiempo ni tampoco ha elaborado algún mecanismo de control para supervisar las labores que se realizan.

En compañía de la Licda. Yaneth Fonseca Rodríguez, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, se revisó el SIAC para verificar el tiempo asignado a esta actividad, evidenciándose que se tiene programada los siguientes días: 30 de agosto de 2019 de 7:00 am a 3:00 pm, 25 de octubre de 2019, de 7:00 am a 12:00 pm, 22 de noviembre de 2019 de 7:00 am a 3:00 pm y el 27 de diciembre de 7:00 am a 3:00 pm, es decir alrededor de 26 horas.

Según la programación del Servicio de Psicología aportada a esta Auditoría, los viernes se ejecutan las siguientes actividades: *“el primer y tercer viernes del mes serán utilizados para EIS. El segundo y cuarto, serán destinados a labores administrativas”*.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su capítulo IV Normas sobre actividades de Control en relación con el punto 4.5 Garantía de Eficiencia y Eficacia de las Operaciones establece lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional...”

4.5.1 Supervisión constante. El jerarca y los titulares subordinados:

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

Se consultó al Dr. Miles Ramsey, si esa Dirección conoce qué actividades ejecuta el Psicólogo en el tiempo que se programa en la agenda como labores administrativas y manifestó lo siguiente⁴⁴:

⁴⁴ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



“Se supone que lo que realiza es acciones propias de coordinación con pacientes y programación, además para hacer análisis de producción del Servicio y también para efectuar actividades o procesos que durante la semana requieren de un reporte. Es un espacio destinado para hacer varias cosas, de lo cual presentan informes escritos a la Dirección Médica y en los Consejos Técnicos”.

Sobre este mismo asunto el Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari, manifestó⁴⁵:

“Revisión de referencias enviadas al Servicio. Hasta la fecha se han recibido 392 referencias por EDUS las cuales se deben valorar para poder asignarles cita. También se valoran referencias físicas del Servicio de Urgencias y algunas aprobadas por la Dirección Médica.

El proceso que se realiza es ingresar al SIAC y se revisa por periodos no mayores de tres meses las referencias enviadas al Servicio, de manera semanal. Se revisan en promedio unas 15 referencias por semana.

Además, se efectúa respuesta de oficios que estén pendientes y certificados de atención”.

Llama la atención que no se tiene claridad sobre lo que realmente se realiza en ese tiempo programado, por cuanto el psicólogo de ese centro médico indicó que realiza la revisión de referencias remitidas al Servicio y la Dirección Médica considera que en ese tiempo realiza funciones propias de coordinación con pacientes y programación, además para hacer análisis de producción del Servicio, lo cual demuestra que no existen mecanismos efectivos de supervisión para las actividades que ejecuta el profesional en Psicología.

Las debilidades descritas relacionadas con la programación de la agenda de Psicología son ocasionadas por falta de supervisión administrativa y control de la Dirección Médica, así como debilitamiento del sistema de control interno.

La ausencia de mecanismos de control de las actividades que se ejecutan en actividades no sustantivas del Servicio de Psicología como lo es el caso de las labores administrativas, ocasionan que se disminuya la cantidad de tiempo que se podría programar en la atención directa de usuarios, ocasionando un aumento en la cantidad de pacientes que se encuentran en espera de ser atendidos en ese Servicio.

12.3 De la programación de la agenda modalidad grupal

Se determinó que en la programación autorizada por la Dirección Médica del Servicio de Psicología para el 2019 se autorizó tiempo para la modalidad grupal, sin embargo, en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas, (SIAC) no se encuentra habilitada esta actividad. Lo anterior a pesar de que el personal de Registros Médicos y Estadísticas en Salud se encuentra capacitado desde el 2017 en ese tema⁴⁶.

⁴⁵ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.

⁴⁶ Información suministrada por la Jefatura de Registros Médicos mediante correo electrónico del 19 de agosto de 2019.



Según el oficio el N° ASC-DM-09-01-2019 del 7 de enero de 2019 suscrito por Dra. Katterine Mora Mora, Directora a.i, y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador de Área de Salud Cariari, este tipo de atención se programa de la siguiente manera:

“(...) Para los segundos martes de cada 3 meses se propone la atención grupal y en el caso del tercer martes de cada mes, se programará para Consejo Técnico (o bien, el día que se designe para esta actividad)”.

La Ley General de Control Interno, artículo 12, establece que son deberes del jerarca y titulares subordinados, lo siguiente:

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su capítulo IV Normas sobre actividades de Control en relación con el punto 4.5 Garantía de Eficiencia y Eficacia de las Operaciones establece lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional...”

4.5.1 Supervisión constante. El jerarca y los titulares subordinados:

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

En el oficio GM-18828-2 del 21 de marzo de 2011 suscrito por la Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médico en ese entonces, dirigido a Directores de Hospitales y relacionado con los tiempos de consulta en la atención psicológica, se comunicó el Lineamiento sobre los tiempos de consulta y la metodología de intervención, con el fin de regular y sistematizar los tiempos de atención de la consulta clínica en psicología para los tres niveles de atención, el cual establece:

*“El tiempo asignado para la atención en consulta externa, **modalidad grupal, es de 120 minutos**, constarán de doce sesiones y estarán integrados de doce a catorce personas como máximo. El contenido de estas sesiones debe estar estructurado y dirigido a cumplir un objetivo terapéutico previamente definido”.* El subrayado y negrita no es del original.

Se consultó a la Licda. Yaneth Fonseca Rodríguez, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, sobre la razón por la cual se ha encuentra esa actividad habilitada en el SIAC, ante lo cual indicó⁴⁷ que se debe a la carencia de recurso humano del Servicio de REDES, por cuanto ella y la funcionaria Andrea Salgado recibieron la capacitación sobre el tema de Agendas Grupales desde el 3 noviembre de 2017.

⁴⁷ Correo electrónico del 9 de agosto de 2019.



Se le consultó al Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari, si se tiene programada en la agenda la modalidad grupal como lo indica la programación suministrada, la cual establece los segundos martes de cada 3 meses, y al respecto manifestó⁴⁸:

“No, pero se necesita que se refleje en la agenda la atención familiar (atención grupal), debido a que de manera frecuente refieren menores de edad que se atienden con el adulto responsable para revisar la dinámica familiar, pero la agenda está programada únicamente con el espacio del niño, lo que ocasiona que la atención que se le brindó al adulto no quede registrada en el sistema.

Por ejemplo: durante el 2019 (corte al 18-07-2019) se atendieron 166 menores de edad que venían acompañados, y según el registro en total se atendieron 321 personas debido a que en ocasiones el menor es acompañado por dos o tres personas que tienen que ser atendidas”.

Sobre este asunto el Dr. Miles Ramsey, manifestó lo siguiente⁴⁹:

“Se ha establecido la directriz a la jefatura de REDES para que se programe en forma correcta estas consultas en Psicología, por lo tanto, si no se están programando desconozco la razón de la falta de ejecución de la directriz, de lo cual se le dará seguimiento”.

La situación descrita es ocasionada por falta de supervisión administrativa y control de la Dirección Médica hacia la Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, debido a que existen funciones sustantivas que ese Servicio no está ejecutando y se justifica por carencia de personal.

El hecho que la modalidad grupal no se encuentre habilitada en el SIAC ocasiona que se esté presentando un subregistro de pacientes que son atendidos por la patología que presenta el paciente citado, como es el caso de los niños, en el que regularmente se atiende a alguno de sus padres a fin de conocer el ambiente familiar. Además, esta situación podría ocasionar un detrimento en la calidad de la atención de los pacientes, por cuanto no se dispone en la agenda con el tiempo programado según las directrices institucionales para esta modalidad de atención.

12.4 Sobre las altas en Psicología y el Índice de Subsecuencia

Se determinó que durante el I semestre de 2018 el Servicio de Psicología únicamente otorgó dos altas (una en mayo y otro en junio), y durante ese mismo período de 2019 la misma cantidad de pacientes fueron dados de alta (uno en enero y otro en abril). Además, se evidenció que no se ha definido el parámetro del índice de subsecuencia para esta disciplina. En el siguiente cuadro se observa el detalle de lo indicado:

⁴⁸ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.

⁴⁹ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



CUADRO 6
RESULTADOS DEL INDICADOR ÍNDICE DE SUBSECUENCIA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

MES	2018			2019		
	CASOS CONTROL	ALTAS	INDICADOR	CASOS CONTROL	ALTAS	INDICADOR
Enero	3	0	Error *	5	1	5
Febrero	3	0	Error	6	0	Error
Marzo	1	0	Error	11	0	Error
Abril	12	0	Error	7	1	7
Mayo	7	1	7	20	0	Error
Junio	16	1	16	19	0	Error
TOTAL	42	2	21	68	2	34

Fuente: Cuadro 12, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud.

* Error de división entre cero.

El Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8., sobre el indicador índice de subsecuencia establece:

Indicador	Nombre	Formula de Calculo (relación operacional)	Interpretación	Parámetro
Índice de subsecuencia	Mide el comportamiento de la consulta externa con base en la subsecuencia, para determinar la cantidad de recursos asignados en términos de atención hasta resolver un caso	Casos control / altas	Se orienta a definir como se utiliza la capacidad instalada para la resolución de casos. Entendido como la cantidad de consultas que se ocupan para dar a un paciente de alta	Se define el parámetro según especialidad

El “Catálogo de Definiciones de Actividades de Atención en los Servicios de Salud de la CCSS” establece en el apartado 2.5 Alta en la especialidad, lo siguiente:

“Se considera alta en la especialidad en la que ha sido atendida la persona, para los efectos de registro estadístico:

La decisión facultativa del profesional en salud de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido”.

Se consultó al Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari si se ha definido un parámetro de altas para Psicología y cuál es la razón por la cual se registran muy pocas altas y sobre este asunto manifestó⁵⁰:

“No, debido a que eso es muy situacional. Por ejemplo: una persona depresiva que se considera que ya está saliendo de la enfermedad y se le muere un familiar, ya no se le puede dar de alta.

⁵⁰ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



Hemos revisado con la Jefatura de REDES y al momento no entendemos cual es la situación por la que el EDUS no las registra. Sin embargo, en la práctica se sabe que por mes al menos se da un alta”.

Según lo indicado por el profesional en Psicología, pareciera que la ausencia de altas en el Servicio se debe a un problema de registro del sistema EDUS, por cuanto, se tiene conocimiento que se debería dar de alta al menos a un paciente por mes, lo que demuestra que Registros Médicos y Estadísticas en Salud como ente técnico no ha realizado las acciones necesarias para subsanar esta debilidad y disponer con datos de calidad.

Las autoridades del centro de salud no han ejecutado acciones para establecer en conjunto con el Profesional de Psicología, el parámetro de altas estimadas para esa disciplina, a fin de realizar un análisis sobre el comportamiento y desarrollar actividades de supervisión.

Las altas constituyen una aproximación de la disponibilidad de cupos, para que otros pacientes que esperan su turno reciban la atención impartida por el profesional indicado. Dependiendo de la gestión de las altas, de los recursos que intervienen en la atención, de los condicionantes de la oferta y la demanda de los servicios, pueden afectarse las listas de espera con una consecuente insatisfacción del paciente en contra del sistema de salud. Además, la carencia de la definición de este parámetro ocasiona que no se definan metas relacionadas con este indicador, por cuanto no disponen de una base para medir si las acciones realizadas en cuanto a la gestión de altas han sido efectivas o si se requiere modificar la estrategia.

12.5 Sobre la atención de pacientes urgentes

Se determinó que a pesar de que en la programación autorizada por la Dirección Médica para el Servicio de Psicología para el 2019 se programó tiempo para la atención de casos urgentes, no obstante, en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas, (SIAC) no se encuentra habilitada esta actividad.

Según el oficio el N° ASC-DM-09-01-2019 del 7 de enero de 2019, suscrito por la Dra. Katterine Mora Mora, Directora a.i, y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador de Área de Salud Cariari, este tipo de atención se programa de la siguiente manera:

*“(…) Los **días martes**: atención a usuarios subsecuentes. Excepto el primer, segundo y tercer martes. El primero en horas de la mañana, dado a que se dispondrá para la atención de casos urgentes (…)*”.

Mediante oficio ARSDT-E-PSIC-0075-19 del 29 de julio de 2019 la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología, manifestó lo siguiente:

“En el año 2016 la Gerencia Médica avaló el Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al servicio de Urgencias (GM-MDD-16939-2016). En el mismo se especifica cómo se debe gestionar la creación de espacios en agenda para la atención de interconsultas o referencias emitidas por el Servicio de Urgencia a Psicología local. Es de aplicación obligatoria y los Servicios de Psicología deben tener esto gestionado a nivel local”. El subrayado y negrita no es del original.



El Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias, 2016 establece:

*“La instrucción de trabajo de atención psicológica en el Servicio de Urgencias, **viene a regular la manera en que se provee el servicio de psicología a las personas usuarias externas**, en dos modalidades: a) como interconsulta o envío de la referencia a consulta externa y, b) cuando el establecimiento de salud tiene apostado personal de psicología en el Servicio de Urgencias.*

*(...) La atención de urgencias (ya sea por interconsulta en el salón de urgencias o por referencia a la consulta externa) debe realizarse cuando sea solicitada por un profesional de salud del servicio de Urgencias. **Es recomendable que la Dirección Médica o la jefatura inmediata asigne tiempo, profesionales responsables** (ya sea por semana o fijo, según la capacidad instalada de psicología el establecimiento de salud) y agenda en el servicio de Urgencias (esto deberá constar por escrito) para psicología (**este tiempo deberá ser considerado dentro del tiempo total contratado del profesional para la atención dentro del establecimiento de salud**), para tal efecto es recomendable que la Dirección Médica disponga de un espacio físico en dicho servicio, con el fin de poder realizar una atención psicológica humanizada a la o las personas usuarias afectadas y a los miembros de la red de apoyo que lo acompañe. Es fundamental que la atención psicológica, en cualquiera o todas las modalidades indicadas en esta instrucción de trabajo, estén contempladas en los planes presupuesto de psicología del establecimiento de salud”. El subrayado y negrita no es del original.*

El Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari sobre la razón por la forma en la que se realiza la atención de pacientes urgentes, explicó⁵¹:

“En la programación remitida a la Dirección Médica se propuso dejar un espacio el primer martes de cada mes para atención de casos urgentes, ya sean referencias urgentes o casos del Servicio de Urgencias. Pero en la agenda no se ha podido programar ese espacio, lo que se realiza es aprovechar un espacio libre y se hace una lista de urgentes que lleva la secretaria, para que apenas haya un campo se le asigne.

Adicionalmente gestioné la atención después de las 4:00 pm y fue rechazado, lo anterior en el Consejo Técnico del 26 de marzo de 2019.

Según instrucción verbal de la Dirección Médica, a partir de las 3:00 pm no se deben atender pacientes del Servicio de Urgencias que requieren atención psicológica”.

La situación descrita es ocasionada por falta de coordinación entre el profesional en Psicología y la Dirección Médica, así como por la falta de acciones del Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud a fin de hacer efectiva la programación autorizada por la Dirección Médica.

A pesar de que la Gerencia Médica avaló las instrucciones de trabajo para la atención psicológica de personas usuarias que acuden al servicio de Urgencias, en el Área de Salud Cariari no tienen el procedimiento implementado, ocasionando dificultades en la atención de pacientes que requieren una atención urgente.

⁵¹ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



12.6 Indicadores de gestión

Se determinó que en los dos semestres analizados el Servicio de Psicología ha presentado una utilización insatisfactoria de las horas programadas para atención en Consulta Externa. Además, se presentan resultados negativos en cuanto al indicador de ausentismo. El detalle de lo descrito se observa en el siguiente cuadro:

**CUADRO 7
UTILIZACIÓN DE HORAS PROGRAMADAS PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019**

DISCIPLINA	HORAS PROGRAMADAS	HORAS UTILIZADAS	DIFERENCIA	%
Psicología	I SEMESTRE 2018			
	544,00	297,98	246,02	54,78
	I SEMESTRE 2019			
	567,00	304,97	262,03	53,79

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

Como se observa en el cuadro anterior, el bajo aprovechamiento de las horas programadas ocasiona que en los semestres analizados no se utilizaron 508,05 horas.

Además, en el siguiente cuadro se observa que el indicador de ausentismo en ambos semestres se encuentra en la zona de riesgo (mayor a 10 y menor a 50%), lo que demuestra que las acciones efectuadas en este tema no han sido efectivas:

**CUADRO 8
INDICADOR AUSENTISMO DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019**

DISCIPLINA	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	%
Psicología	I SEMESTRE 2018				
	228	12	541	2	40,99
	I SEMESTRE 2019				
	164	10	504	0	31,17

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

El Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, 2018 emitido por la Gerencia Médica, sobre el indicador de Ausentismo establece:



Indicador	Nombre	Formula de Calculo (relación operacional)	Interpretación	Parámetro
Ausentismo	Mide el porcentaje de citas programadas neto no utilizadas por los pacientes.	$(\text{citas perdidas} - \text{citas sustituidas}) / (\text{total de citas otorgadas} - \text{recargos} - \text{sustituidas}) * 100$	Entre más se acerque al cero menor porcentaje de ausentismo en una especialidad según tipo de consulta en un periodo definido.	Zona normal menor de 10% Zona de riesgo mayor a 10% y menor de 50% y zona de alto riesgo más de 50%.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1, sobre las Normas Generales, en el apartado 1.2 Objetivos del SCI, establecen lo siguiente:

“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

(...)

c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales”.

Se consultó al Dr. Rojas Rojas, si realiza alguna valoración y seguimiento a los indicadores de consulta externa relacionados con el Servicio de Psicología, manifestó⁵²:

“Sí, cada mes por el llenado del cuadro 41 que se envía a REDES y el control interno del Servicio”.

Además, sobre la razón por la cual durante el I semestre 2018 y I semestre 2019 se presentó un bajo aprovechamiento de las horas programadas para atención en la consulta externa (54 y 53% respectivamente), agregó:

“Siempre he tenido la duda sobre el procedimiento para determinar el total de horas utilizadas, debido a que están homologándolo con el uso del EDUS y son cosas diferentes. El proceso sustantivo es atender a las personas no escribir en el EDUS y la calidad de la atención debería medirse cualitativamente no por esos números”.

Sobre las propuestas para mejorar el indicador de ausentismo, manifestó:

“La Dra. Mora como Directora Médica a.i nos pide a REDES y mi persona que realicemos propuestas para mejorar el ausentismo, sin embargo, la consideración que yo hago es que no es competencia mía, debido a que no puedo ir a promocionar el Servicio, que se me responsabilice a mí por un porcentaje de ausentismo no es adecuado, sino que se evalúe el trato que le doy al paciente que llegó.

Sin embargo, obedeciendo esa instrucción, se remitió correo electrónico del 28 de enero de 2019 a la Licda. Yaneth Fonseca Rodriguez, Jefatura de REDES con la propuesta de cuatro puntos que se consideró mejorarían el ausentismo (se suministra).

⁵² Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



Además, se elevó la inquietud mediante correo electrónico del 30 de enero de 2019 a la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología y a la fecha no he recibido respuesta”.

Mediante correo electrónico del 28 de enero de 2019 el Dr. Rojas Rojas remitió a la Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud el Plan para disminuir el ausentismo en Psicología señalando lo siguiente:

- 1. “Dado que a los pacientes del sistema del EDUS les envía un recordatorio vía mensaje de texto al celular registrado, propongo que se instale un rotulo tanto en el EB AIS de Cariari 1 como en los demás EB AIS para recordarle a los usuarios la necesidad de actualizar sus datos (...).*
- 2. Solicitar a la mesa de servicios un listado de los mensajes entregados mes a mes y partir de ahí evaluar la efectividad de dicho procedimiento.*
- 3. Como parte de las acciones propiamente del Servicio de Psicología, propongo realizar un seguimiento más detallado de los criterios de referencia, para contribuir en la medida de las posibilidades a que casos que no requieren realmente de la atención en ese servicio engrosen la lista de ausentes al no tener realmente interés en la asistencia.*
- 4. En concordancia con lo anterior establecer coordinación con los profesionales en medicina con relación a cuáles son los casos que se pueden o no referir de acuerdo con la oferta de servicios vigente”.*

Se le consultó al Dr. Miles Ramsey, si esa Dirección les brinda seguimiento a los indicadores del Servicio de Psicología y cuál es la razón por la que presentan incumplimiento en estos y manifestó lo siguiente⁵³:

“Sí se le brinda seguimiento.

Se presentan diferentes razones:

- 1. A nivel regional los psicólogos se encuentran sin supervisión técnica competente.*
- 2. El ausentismo de los pacientes en este Servicio a pesar de los esfuerzos realizados por esta Dirección.*
- 3. Al ser un psicólogo clínico dentro de un primer nivel de atención la sustitución de los pacientes debe ser realizada por el mismo funcionario. Por ejemplo: los pacientes que se encuentran en espera de atención podrían no cumplir con los criterios de atención en ese momento según el criterio técnico del profesional”.*

Esta Auditoría consultó⁵⁴ a la Coordinación Nacional de Psicología si el Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8, debe ser aplicado y acatado por los Servicios de Psicología que brinden Consulta Externa. En atención a esta solicitud, mediante oficio ARS DT-E-PSIC-0075-19 del 29 de julio de 2019 la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología, manifestó lo siguiente:

⁵³ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.

⁵⁴ Oficio AI-2114-19 del 18 de julio de 2019.



“La medición de estos indicadores se viene realizando desde hace varios años mediante el Instrumento de Supervisión de Psicología Regional (GM-MDD-238013-16), lo indicado en el manual es parte de las variables que se han procurado implementar en los servicios de Psicología, sin embargo, debe entenderse que al tener Psicología tiempos de atención diferentes, avalados por la Gerencia Médica.

No obstante, las diferencias en algunas características de atención en Psicología, no la excluye de los procesos de regulación que la Institución ha diseñado para mejorar la atención a las personas usuarias. En este sentido también destaco que esta Coordinación Nacional también ha diseñado un Manual de Gestión de Psicología de la Caja, el cual fue avalado por la Gerencia Médica en el oficio GM-DESP-15905 en el año 2018 (se adjunta el aval y el documento correspondiente), dicho documento viene a señalarle a los servicios de Psicología, una serie de variables que deben ser consideradas como de gestión obligatoria para la adecuada conducción de la disciplina a nivel local y una garantía de calidad para las personas usuarias”.

El no realizar actividades efectivas para la sustitución de pacientes ocasiona que los cupos no utilizados por la ausencia del asegurado sean desaprovechados en la atención directa y que no se tenga claridad en qué aprovecha el profesional ese tiempo no utilizado para consulta. Asimismo, se está cerrando la posibilidad de atender más cantidad de la población adscrita, ocasionado que se incremente la cantidad de pacientes en espera de una atención psicológica.

La ausencia de estrategias efectivas para sustituir las citas perdidas genera cupos que no se utilizan, y que no se aproveche de forma eficiente el tiempo programado al profesional ni se tenga claridad del uso de ese tiempo en el cual no se brinda atención.

12.7 Referencias al Servicio de Psicología

Se determinó que de manera mensual se programan al Psicólogo del Área de Salud Cariari aproximadamente 14 horas para la revisión de referencias enviadas al Servicio de Psicología con el fin de asignarles cita, de las cuales se rechazan aproximadamente el 24% debido a que no cumplen con los criterios establecidos a nivel institucional para la disciplina de Psicología.

Según la información suministrada por el profesional en Psicología, se revisan en promedio unas 15 referencias por semana y al 28 de agosto de 2019 se habían recibido 448 referencias por EDUS de las cuales se rechazaron 106 por diferentes motivos.

El Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari, indicó lo siguiente sobre los principales motivos de rechazo de referencias al Servicio de Psicología⁵⁵:

- **“Los casos de consumo de sustancia psicoactivas: debido a que la instrucción institucional es que se deben referir al EISAN de Siquirres. Esta instrucción ya fue comunicada al personal médico por funcionarios de Oficinas Centrales.**

⁵⁵ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



- **Situaciones de abuso sexual de menores sin evidencia de denuncia al Ministerio Público:** sobre este aspecto se envió oficio PSASC-11-2019 de fecha 22 de mayo de 2019 dirigido a la Dirección Médica y por correspondencia interna a los EBÁIS, en el cual se solicitó colaboración al personal médico sobre la importancia de cumplir con el procedimiento establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia.
- **Valoración de adecuación curricular:** en razón de que el Ministerio de Educación tiene el personal destinado para tal efecto. Además, la Coordinación Nacional de Psicología ha establecido un lineamiento en donde establece que es potestad del MEP abordar estos casos.
- **Algunos casos del PANI, Poder Judicial y problemas escolares”.**

La Ley General de Control Interno, artículo 12, establece que son deberes del jerarca y titulares subordinados, lo siguiente:

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su capítulo IV Normas sobre actividades de Control en relación con el punto 4.5 Garantía de Eficiencia y Eficacia de las Operaciones establece lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional...”

4.5.1 Supervisión constante. El jerarca y los titulares subordinados:

“Según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprenderlas acciones necesarias para la consecución de los objetivos”.

Mediante oficio sin número de fecha 4 de febrero de 2019 el Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari solicitó a la Dirección Médica y médicos de los diferentes EBÁIS filtrar y clasificar los casos que envían al Servicio de Psicología de acuerdo con lo establecido en la Oferta de Servicios de Psicología del Primer Nivel de Atención y al Manual de Normas de Atención Integral. Además, detalló los motivos de consulta frecuentes los cuales debían ser considerados para que estas se direccionen correctamente.

La situación descrita es ocasionada por una inadecuada coordinación entre el Servicio de Psicología, médicos de EBÁIS y la Dirección Médica, así como de mecanismos efectivos para disminuir la cantidad de referencias rechazadas, provocando que el proceso de revisión sea más complejo y se dedique más tiempo a esta labor pudiendo dedicar a la atención directa de usuarios.



12.8 Sobre la Supervisión técnica y administrativa del Servicio de Psicología

Se evidenció que el Servicio de Psicología del Área de Salud Cariari carece de supervisión técnica debido a que la región tiene asignada una Supervisora de Psicología que se encuentra con recargo de funciones. Además, la supervisión administrativa efectuada por la Dirección Médica no ha sido efectiva.

El Manual de Gestión de Psicología de la Caja, avalado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-DESP-15905 del 5 de diciembre del 2018, sobre la Supervisión Regional establece lo siguiente:

“El funcionamiento de Psicología en I y II Nivel de Atención, será supervisada por las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, de acuerdo con el proceso de supervisión regional aprobados y, se basarán en el Subproceso Prestación de Servicios de Psicología como norma de supervisión.

La actividad de supervisión requiere del uso de los instrumentos y herramientas diseñados para tal fin, a efecto de garantizar el cumplimiento de la normativa institucional, la competencia técnica y el mejoramiento continuo de la calidad”.

La situación relacionada con la carencia de Supervisión Regional ya había sido abordada en el informe de Auditoría AGO-66-2017, Auditoría de carácter especial sobre la suficiencia del control interno establecido para la oferta de Servicios de Psicología del hospital de Guápiles, en el cual se evidenció que, en el Servicio de Psicología del hospital de Guápiles, no se había ejercido de manera efectiva un proceso de supervisión regional o por parte de instancias técnicas superiores, mediante los instrumentos estandarizados para esta disciplina.

Sobre este aspecto, en entrevista escrita realizada el 12 de mayo de 2017 al Dr. Wilman Rojas Molina, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, manifestó que, *“No se dispone de una plaza para la supervisión regional de Psicología, sin embargo, se solicitó el apoyo de la Coordinadora del Servicio de Psicología del hospital Dr. Tony Facio Castro la Licda. Isabel Sing Bennett”.*

Mediante oficio ARSDT-E-PSIC-0075-19 del 29 de julio de 2019 la Dra. Marta Vindas González, Coordinadora Nacional de Psicología, manifestó lo siguiente:

“En efecto conozco que la persona que realiza las funciones de supervisión solo tiene un nombramiento parcial por la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica. En relación con los mecanismos de subsanación existe una Auditoría previa a esa RIPSS, donde se le hicieron recomendaciones locales a la Dirección Regional local para analizar posibilidades de mejora de dicha situación, sin embargo, no tengo conocimiento de otras acciones administrativas adicionales”.

Se consultó al Dr. Juan Carlos Rojas Rojas, Psicólogo del Área de Salud Cariari, si recibe supervisión de algún ente superior, y al respecto manifestó⁵⁶:

⁵⁶ Entrevista escrita del 18 de julio de 2019.



“No, debido a que la supervisora regional tiene como recargo esa labor, ya que es funcionaria del hospital Dr. Tony Facio Casto y no se tiene una plaza para ese fin”.

Esta situación provoca que el Servicio de Psicología del Área de Salud Cariari presente las debilidades técnicas, relacionadas con la falta de cumplimiento y apego a directrices institucionales sobre esa disciplina, así como un débil ambiente de control.

13. CLÍNICA DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

13.1 Del documento denominado “Acta de entendimiento de Cooperación Interinstitucional Fundación Pro- Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari y Caja Costarricense de Seguro Social- Área de Salud de Cariari”

Se determinó que la Administración Activa del Área de Salud Cariari suscribió el 18 de julio del 2012 un documento denominado “Acta de entendimiento de Cooperación Interinstitucional Fundación Pro- Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari y Caja Costarricense de Seguro Social- Área de Salud de Cariari”, el cual se utiliza bajo la figura de Convenio; sin embargo, a la fecha no se han efectuado las acciones tendientes para la actualización del documento y el ajuste a las nuevas políticas establecidas a nivel institucional, por cuanto se observaron las siguientes debilidades:

- El documento no está revisado ni aprobado por el órgano competente para la suscripción del Convenio.
- No cumple con el formato y cláusulas mínimas establecidas y aprobadas por la Junta Directiva de la institución.
- En el clausulado no se establece cuales funcionarios corresponden a la fundación ni las funciones, deberes y obligaciones laborales y técnicas que les asisten.
- No se define la jornada laboral que deben cumplir.
- No se especifican los recursos materiales que aportará la fundación para la atención de los pacientes.

- En el documento se establece que la fundación aportará un vehículo para la CCSS; sin embargo, no se definen los responsables de realizar las acciones pertinentes para el mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo, ni de los gastos en que éste incurra. Además, no se aportó chofer ni por parte de la fundación ni la CCSS, lo que conlleva a que el médico y en ocasiones la enfermera, tengan que conducir el vehículo.
- No se observa indicación sobre los funcionarios que se encargarán de velar por la correcta fiscalización y ejecución del clausulado, para lo cual deben considerar los lineamientos y directrices que se han establecido a nivel institucional.
- No se define el plazo de vigencia del convenio, ni las posibles prórrogas que puedan operar, las cuales deben mantener el fiel cumplimiento de las obligaciones de cada una de las partes, lo cual deberá acreditarse documentalmente.
- El documento no establece los términos en los cuales los trabajadores de la Fundación que brindan atención a los pacientes (secretaria, Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista, entre otros) trabajarán con la incorporación del EDUS tanto en visita domiciliar como en la Sede.



El documento fue suscrito por el Dr. Álvaro Durán Quirós, Director Médico en ese momento del Área de Salud y el Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Presidente de la Fundación Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos-Cariari, como testigos firman los funcionarios: MSC. Alejandra Barrantes Solano, Trabajadora Social, Sra. Eva Torres Marín, Técnica de farmacia del Área de Salud Cariari, Sra. Kattia Ramírez Valladares, Asistente de Pacientes de la Fundación y autenticado por el Lic. Augusto Hernández Blanco, Asesor Legal de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.

La administración activa del centro médico utiliza dicho documento bajo la figura de convenio para regular las relaciones entre la fundación y la C.C.S.S, lo anterior de acuerdo con lo indicado en la cláusula segunda del acta:

“Objeto del convenio es la búsqueda en común en forma recíproca, mediante un acuerdo de cooperación interno que posibilite el beneficio de atención a las personas que enfrentan una condición de vida limitada o enfermedad terminal, cuya enfermedad no responde a los tratamientos activos con indicación curativa”.

Es importante señalar que, mediante correo electrónico institucional “Web Master” la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico comunicó mediante oficio GM-SJD-33183-2015 del 13 de julio de 2015, a los Directores de Sede, Regionales de Servicios de Salud, de Hospitales Nacionales, regionales, periféricos y de Áreas de Salud, el acuerdo de Junta Directiva sobre los Convenios Interinstitucionales, Convenios Interadministrativos (artículo 18°, de la sesión n° 8787), el cual establece lo siguiente en el segundo punto:

“2) El resto de convenios, que guarden relación estricta con las funciones Gerenciales, y por ende no refieran a competencia propias de la Junta Directiva, mantengan la dinámica de trámite actual a lo interno de cada Gerencia...”.

Así mismo para la suscripción de convenios de cooperación entre las fundaciones de cuidados paliativos y la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva de la Institución, dispuso en el artículo 24 de la sesión 8854 del 14 de julio de 2016 mediante acta N°59.998, celebrada el 21 de julio de 2016, en el punto 2 lo siguiente:

“2) Instruir a la Gerencia Médica para que proceda a la suscripción del Convenio de Cooperación con las asociaciones o fundaciones de cuidados paliativos sin fines de lucro, según los términos del documento que en adelante se transcribe, en forma literal, con el fin de regular las condiciones y requisitos del suministro de medicamentos opioides y otros en categoría almacenable que, por normativa institucional, son exclusivos de las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos, para la atención de los pacientes con patologías que cursen dolor crónico maligno o benigno y pacientes en fase terminal...”.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados dispone lo siguiente, en el artículo 2 sobre los “Derechos”:

“m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad...”.

En virtud de lo anterior, se determinó que los funcionarios que elaboraron el documento utilizado como Convenio suscrito entre la fundación y la institución, no son el órgano competente para la elaboración de dicho acto, según lo indicado por Junta Directiva.



Así mismo, estableció un formato que deben tener los “Convenios”, mismo que no se ajusta al acta utilizada en el Área de Salud Cariari y suscrita desde el 2012.

En entrevista escrita del 14 de agosto de 2019, el Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos del Área de Salud Cariari, informó a esta Auditoría que los principales aspectos para mejorar la prestación del servicio ofrecido por la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos son:

- *“Revisión del convenio de la Caja Costarricense de Seguro Social con la Fundación Pro Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari, debido a que se firmó en el 2012 y las condiciones han variado. Además, es una iniciativa local y los firmantes son locales. Los otros compañeros de las Clínicas del Dolor han firmado los convenios con representación de la Gerencia Médica.*
- *EDUS en visita domiciliar y en relación con el acceso del personal de la fundación que no labora para la institución. Desde enero de 2019 se dotó de la tableta al médico y la enfermera, pero no se ha girado la instrucción para empezar a utilizar EDUS en la visita domiciliar.*
- *No hay chofer para las visitas domiciliarias, esta función la realiza el médico y la enfermera”.*

La situación descrita es ocasionada por falta de seguimiento por parte de la Dirección Médica de las actividades que ejecuta la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de ese centro médico.

La ausencia de un convenio aprobado por el órgano competente para la suscripción podría provocar que las actividades que ejecuta la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y la Fundación Pro- Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari carezcan de validez legal. Además, muchas de las actividades están sin ser reguladas en el acta que tienen como vigente en el centro de salud, por lo que, aspectos para el buen funcionamiento de la Clínica del Dolor no están claramente regulados, lo que genera duda al personal que labora en ese Servicio de cómo proceder, como, por ejemplo, el uso del EDUS por parte funcionarios contratados por la fundación.

13.2 Programación de la agenda 2019

Mediante oficio N° ASC-DM-804-12-2018 del 21 de diciembre de 2018 suscrito por el Dr. Hendrick Miles Ramsey, Director Médico y MSc. Jorge Oviedo Prado, Administrador, se informa a la Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud la programación de las actividades y agenda médica de 2019 de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Área de Salud Cariari.

Del análisis realizado se observan debilidades en esta programación las cuales se detallan a continuación:

- En el oficio citado se indica que “se debe programar la atención médica de 1 paciente por hora (la consulta es de 60 minutos por usuario). Es importante mencionar que si la consulta médica se brinda en **EDUS-SIES** se deberá atender un paciente por hora, si por algún motivo se brinda la consulta con expediente físico se deberá atender 1 paciente por hora”. Sobre este aspecto es importante indicar que la normativa institucional vigente establece que se deben atender 2 pacientes por hora en casos nuevos y tres en casos control.



- Además, este documento señala que “la hora para alimentación del profesional es en el horario de 11 am a 12 md (consolidando la hora del café de la mañana y de la tarde en acuerdo con el Dr. Gómez)”, no obstante, la normativa institucional no permite que los funcionarios acumulen los tiempos de café para extender el tiempo de almuerzo.
- Se programó un “plan piloto”, el cual consistía en que “las referencias de paciente con el diagnóstico de fibromialgia, a partir del año 2019 se establece en conjunto con el equipo que serán atendidos en modalidad grupal, esto para disminuir la cantidad de pacientes que se encuentran en consulta externa y que conocimiento que su patología no busca un objetivo curativo, se establece realizar abordaje interdisciplinario(...)”, no obstante según lo indicado por el Dr. Gómez Chávez ese plan piloto no se ejecutó por falta de tiempo.

El Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8. en el apartado 7.14. sobre las Horas Contratadas para la atención de consulta externa establece:

*“d. El Decreto Ejecutivo 29561 Oficializa el Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica y los Protocolos Generales de Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y/o Terminal: **Dos pacientes por hora en casos nuevos y, tres en casos control**”.* El subrayado y negrita no es del original.

La circular GA-28078-2013 del 26 de agosto de 2013 dictada por la Gerencia Administrativa sobre los Tiempos de alimentación durante la jornada de trabajo, instruye lo siguiente:

“(...) Con base en lo expuesto, se tiene que los trabajadores que prestan servicios en jornada continua tendrán derecho a media hora de descanso, la cual deberán disfrutar dentro de su lugar de trabajo, siendo ese período computable como tiempo de trabajo efectivo y por consiguiente debidamente remunerado.

En atención al principio constitucional de igualdad, se ha generalizado la práctica de otorgar a las personas trabajadoras quince minutos en la mañana y en la tarde como tiempos de café, pero éstos no pueden acumularse entre sí ni para extender el tiempo de almuerzo.

De esta forma, corresponde a la Jefatura en el ejercicio de sus funciones como protector y buen administrador de los fondos públicos, sopesar si las jornadas y horarios de los funcionarios se ajustan no solo a lo determinado por la normativa, sino también, a las políticas institucionales creadas con el fin de fomentar el aprovechamiento racional de los recursos de la Institución”. El subrayado y negrita no es del original.

Las debilidades descritas relacionadas con la programación de la agenda de Medicina del Dolor son ocasionadas por falta de supervisión administrativa y control de la Dirección Médica.

La situación descrita ocasiona que se debilite el sistema de control interno en el Servicio, aunado al riesgo de que por el incumplimiento de los tiempos regulados a nivel institucional se afecte la calidad de atención y se limite el acceso a pacientes nuevos, a causa de la disminución en la cantidad de usuarios que se programan.



13.3 Indicadores de gestión de la Consulta Externa de Medicina del Dolor

Se determinó que se presentan oportunidades de mejora en relación con el seguimiento y control de los indicadores de la Consulta Externa de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos relacionados con el porcentaje de utilización de cupos y ausentismo, así como en la utilización de horas programadas.

En cuanto al porcentaje de utilización de cupos se evidenció que en los semestres analizados no se cumple con el parámetro establecido por la institución, el cual define como rango un 85%. Sin embargo, se debe indicar que, con respecto al resultado del año anterior, se presentó una mejoría al pasar de un 66,88% a un 84.63%, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 9
PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE CUPOS DE LA CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

ESPECIALIDAD	TOTAL CITAS OTORGADAS	CITAS SUSTITUIDAS	CUPOS CON CITA	TOTAL CUPOS	PORCENTAJE
Medicina del Dolor	I SEMESTRE 2018				
	528	5	523	782	66,88
	I SEMESTRE 2019				
	469	1	468	553	84,63

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

Además, en relación con el indicador de ausentismo, se determinó que los resultados de Medicina del Dolor la posicionan en la zona normal (menor de 10%) durante el 2018, pero, durante el 2019 se ubica en la zona de riesgo (mayor a 10% y menor de 50%), lo que conlleva a que la Administración se enfoque en fortalecer las estrategias para controlar este indicador. El detalle de lo descrito se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 10
INDICADOR AUSENTISMO DE LA CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

ESPECIALIDAD	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	RESULTADO INDICADOR
Medicina del Dolor	I SEMESTRE 2018				
	52	5	528	0	8,99
	I SEMESTRE 2019				
	53	1	469	0	11,11

Fuente: Cubos de Consulta Externa.



Finalmente, sobre la utilización de horas programadas es importante indicar que hubo una mejoría del I semestre 2019 con respecto a ese periodo en 2018, como se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO 11
UTILIZACIÓN DE HORAS PROGRAMADAS PARA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DEL DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

ESPECIALIDAD	HORAS PROGRAMADAS	HORAS UTILIZADAS	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Medicina del Dolor	I SEMESTRE 2018			
	207,00	179,75	27,25	86,84
	I SEMESTRE 2019			
	202,33	180,33	22,00	89,13

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

El Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, 2018 emitido por la Gerencia Médica, sobre el indicador de Ausentismo establece:

Indicador	Nombre	Formula de Calculo (relación operacional)	Interpretación	Parámetro
Ausentismo	Mide el porcentaje de citas programadas neto no utilizadas por los pacientes.	$(\text{citas perdidas} - \text{citas sustituidas}) / (\text{total de citas otorgadas} - \text{recargos} - \text{sustituidas}) * 100$	Entre más se acerque al cero menor porcentaje de ausentismo en una especialidad según tipo de consulta en un periodo definido.	Zona normal menor de 10% Zona de riesgo mayor a 10% y menor de 50% y zona de alto riesgo más de 50%.
Porcentaje de utilización de cupos	Mide el nivel de cumplimiento de los cupos programados (excluye recargos) esto por cada énfasis de la especialidad	$(\text{cupos con cita} (*) / \text{Total de cupo}) * 100$ Nota: (*) cupos con cita= citas otorgadas- citas sustituidas)	El resultado mide el proceso de cumplimiento de la programación de los cupos de la consulta que compone la especialidad de un establecimiento en un periodo evaluado.	85%

En entrevista escrita del 14 de agosto de 2019, el Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos del Área de Salud Cariari, informó a esta Auditoría lo siguiente acerca de la manera en la que se realiza seguimiento y control a los indicadores de gestión de consulta externa de Medicina del Dolor:

“Yo le doy seguimiento mediante la elaboración de informes mensuales que se envían a la Dirección Médica y al Ministerio de Salud”.



El no realizar actividades efectivas para la sustitución de pacientes ocasiona que los cupos no utilizados por la ausencia del asegurado sean desaprovechados en la atención directa y que no se tenga claridad en qué aprovecha el profesional ese tiempo no utilizado para consulta. Asimismo, se está limitando la posibilidad de atender más usuarios pertenecientes a la población adscrita, con el consecuente incremento de pacientes en espera.

La ausencia de estrategias efectivas para sustituir las citas perdidas genera cupos que no se utilizan, y que no se aproveche de forma eficiente el tiempo programado al profesional, ni se tenga claridad del uso de ese tiempo.

13.4 Sobre la implementación del EDUS en la visita domiciliar

Se determinó que desde el 30 de abril de 2019⁵⁷ se le asignó al Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos y a la Enfermera de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos una tableta para ser utilizada cuando se realiza la visita domiciliar, sin embargo, a la fecha (4 meses después), no se está utilizando ese equipo.

Es importante indicar que la visita domiciliar abarca la mayoría de las actividades de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, debido a que se programan los lunes, martes, jueves y viernes, dejando únicamente el miércoles para Consulta Externa⁵⁸.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1, sobre las Normas Generales, en el apartado 1.2 Objetivos del SCI, establecen lo siguiente:

*“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:
(...)*

c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales”.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud dispone lo siguiente, en el artículo 22, sobre las condiciones necesarias para el uso del EDUS:

“La CAJA en conjunto con la Dirección de los establecimientos de salud tendrá la responsabilidad de velar por que en el establecimiento de salud existan las condiciones necesarias, tanto de equipamiento, medios de conexión y otros que el uso del EDUS requiera para su adecuado funcionamiento. Y que dichos elementos estén a disposición de los usuarios del EDUS en el proceso de atención en salud de las personas”.

La Normativa de Relaciones Laborales dispone, en el artículo 58 sobre el Deber de la Institución en Materia de Salud Ocupacional, que:

⁵⁷ Según información del Sistema Contable de Bienes Muebles.

⁵⁸ En la Consulta Externa sí utilizan el EDUS.



"[...] La Caja ...se compromete a facilitar los recursos necesarios para mantener condiciones de trabajo dignas, seguras y saludables [...]"

La Metodología de gestión productiva de los Servicios de Salud, 2010 de la Organización Panamericana de la Salud, establece:

"La optimización de los recursos no implica disminuir la calidad en la prestación de los servicios de salud, por el contrario, se convierte en el objetivo fundamental al mejorar los servicios de salud a la población, especialmente en el sector público"

Esta Auditoría consultó al Dr. Miles Ramsey sobre la razón por la cual la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos todavía no están utilizando las tabletas para la atención en visita domiciliar y al respecto indicó⁵⁹:

"Lo indicado por la Jefatura de REDES es que no tiene recurso humano para efectuar la programación de las agendas de visita domiciliar"

En entrevista escrita del 14 de agosto de 2019, el Dr. Luis Alfonso Gómez Chávez, Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos del Área de Salud Cariari, informó a esta Auditoría lo siguiente:

"(...) Desde enero de 2019 se dotó de la tableta al médico y la enfermera, pero no se ha girado la instrucción para empezar a utilizar EDUS en la visita domiciliar"

Lo descrito es causado por falta de acciones de seguimiento de parte de la Dirección Médica que permitan garantizar que el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud cumpla efectivamente con sus actividades sustantivas.

El hecho de que no se esté utilizando el equipo asignado además de provocar una subutilización de este, ocasiona que la información de la visita domiciliar (más de un 85% de las actividades de la Clínica de Dolor) no se esté ingresando en el EDUS, aspecto que es contrario a los objetivos institucionales en este tema, debido a que lo que se busca es que se disponga con la información de todas las atenciones del paciente permitiendo de esta manera que el personal de salud disponga de información en tiempo real que le permita tomar decisiones.

14. SOBRE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CONSULTA NO MÉDICA

Se evidenció que la atención farmacéutica en Barra del Colorado durante el I semestre 2018, no cumplió con el parámetro institucional correspondiente al 85%, el cual mide el proceso de cumplimiento de la programación de los cupos de la consulta que compone la especialidad de un establecimiento, debido a que registró 78,95%, no obstante, esta consulta, así como el resto de la no médica obtuvo resultados positivos en el I semestre 2018, como se detalla a continuación:

⁵⁹ Entrevista escrita del 19 de agosto de 2019.



CUADRO 12
PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE CUPOS DE LA CONSULTA NO MÉDICA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

CONSULTA POR CENTRO	I SEMESTRE 2018					I SEMESTRE 2019				
	TOTAL CITAS OTORGADAS	CITAS SUSTITUIDAS	CUPOS CON CITA	TOTAL CUPOS	%	TOTAL CITAS OTORGADAS	CITAS SUSTITUIDAS	CUPOS CON CITA	TOTAL CUPOS	%
Atención Farmacéutica										
Sede	684	102	582	584	99,66	654	102	552	554	99,64
Barra Colorado	62	2	60	76	78,95	80	5	75	77	97,40
Barra de Tortuguero	99	11	88	96	91,67	98	8	90	100	90,00
Caribe	119	11	108	113	95,58	144	11	133	134	99,25
La Esperanza	99	1	98	99	98,99	155	31	124	125	99,20
Nájera	120	1	119	119	100,00	129	16	113	113	100,00
Palmitas	147	28	119	121	98,35	108	7	101	105	96,19
Ticabán 2	92	4	88	91	96,70	0	0	0	0	0
Sub Total	1 422	160	1 262	1 299	97,15	1 368	180	1 188	1 208	98,34
Trabajo Social										
Sede	739	159	580	595	97,48	722	163	559	582	96,05
Barra Colorado	32	9	23	23	100,00	33	3	30	30	100,00
Barra de Tortuguero	42	11	31	34	91,18	33	2	31	32	96,88
Sub Total	813	179	634	652	97,24	788	168	620	644	96,27
TOTAL GENERAL	2 235	339	1 896	1 951	194	2 156	348	1 808	1 852	195

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

Sobre el indicador de ausentismo, se evidenció que tanto la atención farmacéutica como Trabajo Social se posicionan en la zona de riesgo (mayor a 10% y menor de 50%) en ambos años a excepción de la atención farmacéutica en la sede durante el 2018 y Trabajo Social en Barra del Colorado durante el 2019, lo que conlleva a que la Administración se enfoque en fortalecer las estrategias para controlar este indicador. El detalle de lo descrito se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 13
INDICADOR AUSENTISMO DE LA CLÍNICA DE LA CONSULTA NO MÉDICA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018-I SEMESTRE 2019

CONSULTA POR CENTRO	I SEMESTRE 2018					I SEMESTRE 2019				
	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	%	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	%
Atención Farmacéutica										
Sede	134	102	684	10	5,59	197	102	654	1	17,24
Barra Colorado	28	2	62	2	44,83	30	5	80	1	33,78
Barra de Tortuguero	30	11	99	1	21,84	44	8	98	0	40,00
Caribe	23	11	119	5	11,65	19	11	144	13	6,67
La Esperanza	14	1	99	7	14,29	54	31	155	21	22,33
Nájera	25	1	120	8	21,62	45	16	129	14	29,29



CONSULTA POR CENTRO	I SEMESTRE 2018					I SEMESTRE 2019				
	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	%	CITAS PERDIDAS	CITAS SUSTITUIDAS	TOTAL CITAS OTORGADAS	RECARGOS	%
Palmitas	43	28	147	22	15,46	46	7	108	4	40,21
Ticabán 2	28	4	92	0	27,27	0	0	0	0	0,00
Sub Total	325	160	1422	55	13,67	435	180	1368	54	22,49
Trabajo Social										
Sede	283	159	739	4	21,53	248	163	722	1	15,23
Barra Colorado	18	9	32	0	39,13	4	3	33	4	3,85
Barra de Tortuguero	15	11	42	0	12,90	10	2	33	0	25,81
Sub Total	316	179	813	4	21,75	262	168	788	5	15,28
Total general	641	339	2235	59	35,42	697	348	2156	59	37,77

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

En relación con la utilización de horas programadas, se evidenció que el Servicio de Trabajo Social en ambos presentó una subutilización del tiempo programado para consulta, debido a que durante el 2018 registró un 73,30%, siendo en Barra Colorado la utilización más baja para un 68,18%. De forma similar, en el 2019 registró un 79,09% la utilización de las horas programadas siendo en esta ocasión Barra del Tortuguero el aprovechamiento más bajo, con un 73,44%, como se resume en el siguiente cuadro:

CUADRO 14
UTILIZACIÓN DE HORAS PROGRAMADAS PARA CONSULTA EXTERNA DE LA CONSULTA NO MÉDICA
ÁREA DE SALUD CARIARI
I SEMESTRE 2018 - I SEMESTRE 2019

CONSULTA POR CENTRO	I SEMESTRE 2018				I SEMESTRE 2019			
	HORAS PROGRAMADAS	HORAS UTILIZADAS	DIFERENCIA	%	HORAS PROGRAMADAS	HORAS UTILIZADAS	DIFERENCIA	%
Atención Farmacéutica								
Sede	574,00	543,08	30,92	94,61	553,00	459,00	94,00	83,00
Barra Colorado	74,00	35,27	38,73	47,66	76,00	49,32	26,68	64,89
Barra de Tortuguero	95,00	69,10	25,90	72,74	100,00	52,98	47,02	52,98
Caribe	108,00	89,05	18,95	82,45	121,00	120,73	0,27	99,78
La Esperanza	92,00	77,17	14,83	83,88	101,00	83,62	17,38	82,79
Nájera	111,00	94,62	16,38	85,24	99,00	69,30	29,70	70,00
Palmitas	99,00	96,75	2,25	97,73	101,00	59,02	41,98	58,43
Ticabán 2	91,00	64,03	26,97	70,37	864,50	810,93	53,57	93,80
Sub Total	1244,00	1069,07	174,93	85,94	2015,50	1704,90	310,60	84,59
Trabajo Social								
Sede	591,00	434,18	156,82	73,47	581,00	457,95	123,05	78,82
Barra Colorado	22,00	15,00	7,00	68,18	25,00	23,00	2,00	92,00
Barra de Tortuguero	34,00	25,08	8,92	73,77	32,00	23,50	8,50	73,44
Sub Total	647,00	474,27	172,73	73,30	638,00	504,45	133,55	79,07
TOTAL GENERAL	1891,00	1543,33	347,67	81,61	2653,50	2209,35	444,15	83,26

Fuente: Cubos de Consulta Externa.

El Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, 2018 emitido por la Gerencia Médica, sobre el indicador de Ausentismo establece:



Indicador	Nombre	Formula de Calculo (relación operacional)	Interpretación	Parámetro
Ausentismo	Mide el porcentaje de citas programadas neto no utilizadas por los pacientes.	$(\text{citas perdidas} - \text{citas sustituidas}) / (\text{total de citas otorgadas} - \text{recargos} - \text{sustituidas}) * 100$	Entre más se acerque al cero menor porcentaje de ausentismo en una especialidad según tipo de consulta en un periodo definido.	Zona normal menor de 10% Zona de riesgo mayor a 10% y menor de 50% y zona de alto riesgo más de 50%.
Porcentaje de utilización de cupos	Mide el nivel de cumplimiento de los cupos programados (excluye recargos) esto por cada énfasis de la especialidad	$(\text{cupos con cita} (*) / \text{Total de cupo}) * 100$ Nota: (*) cupos con cita= citas otorgadas-citas sustituidas)	El resultado mide el proceso de cumplimiento de la programación de los cupos de la consulta que compone la especialidad de un establecimiento en un periodo evaluado.	85%

El incumplimiento de los parámetros Institucionalmente establecidos para el ausentismo, así como la baja utilización de las horas programadas es causado por la falta de monitoreo constante e implementación de instrumentos que permitan el análisis y supervisión constante de los indicadores de la Consulta Externa por parte de la Dirección Médica.

Lo descrito, provoca que se limite la implementación de acciones para mejorar los indicadores de la Consulta no médica y el fortalecimiento de aquellas estrategias que se hayan implementado, sin que exista garantía del uso eficiente y eficaz de los recursos Institucionales, ocasionando el riesgo de afectar la atención oportuna a los usuarios y la posibilidad de atender una mayor cantidad de población adscrita.

CONCLUSIÓN

Producto de la evaluación realizada se evidenció que el Área de Salud Cariari presenta debilidades en las actividades que ejecuta en el Primer Nivel de Atención y en la Consulta Externa, relacionadas con el cumplimiento de normativa técnica que regula las funciones de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud y Servicio de Psicología, cumplimiento de indicadores de gestión de Consulta Externa de Medicina General, consulta especializada y no médica, así como oportunidades de mejora en la infraestructura y condiciones generales en los Puestos de Visita Periódica, entre otros.

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría se evidenció que el Área de Salud Cariari, dispone del documento Análisis Situacional de Salud (ASIS) el cual contiene información del 2011 en adelante y hasta el 2015; lo que conlleva a la necesidad de continuar con las gestiones correspondientes para su actualización.

Además, se determinó que únicamente uno de los 18 Ebáis del Área de Salud dispone del permiso de habilitación vigente para atender pacientes en el consultorio médico según el Ministerio de Salud, lo que demuestra que la Administración no ha realizado las acciones administrativas necesarias para garantizar el otorgamiento de estos permisos, ocasionando que se presente el riesgo de que se interrumpa la prestación del Servicio.

Por otro lado, es importante destacar que la Promoción de la Salud, es un tema fundamental para la población; el crear una cultura de estilos de vida saludable es beneficioso las personas, y para la institución, dado que el fortalecimiento de este componente podría retardar el ingreso de las personas a los servicios de salud por enfermedades crónicas.



A pesar de esto, la Institución ha enfrentado dificultades en la implementación de actividades efectivas en promoción de la salud, criterio similar externó la Contraloría General de la Republica en Informe N° DFOE-SOC-IF-26-2015 del 21 de enero de 2016, Informe de la Auditoría Operativa sobre la eficiencia y eficacia de la gestión del Servicio de Consulta Externa-Medicina General en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual concluyó que *“los esfuerzos realizados por la CCSS en materia de promoción de la salud no resultan suficientes, ya que los resultados evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita, situación que conlleva a señalar que la institución no ha logrado impactar significativamente respecto de las actividades de promoción de la salud que se llevan a cabo y se mantienen falencias que no han permitido concretar las políticas contenidas en la Reforma del Sector”*.

En el Área de Salud Cariari se evidenció que, a pesar de que existe una Comisión de Promoción de la Salud conformada por tres miembros, esta elaboró un Plan de Trabajo 2019 el cual fue avalado por la Dirección Médica de esa Área de Salud enfocado en el cumplimiento de dos fichas técnicas 2019-2023, elaboradas por la Dirección Compra de Servicios de Salud, lo cual ocasionó que las actividades reguladas por el Área de Salud Colectiva de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud se dejaran de programar y ejecutar, ocasionando con esto un incumplimiento de la normativa técnica vigente.

Lo anterior debido a que, de acuerdo con las directrices emitidas por el ente técnico en Promoción de la Salud a nivel institucional (Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Salud Colectiva) y el criterio de la Coordinación Regional de Promoción de la Salud, el Plan de Trabajo debe enfocarse en las funciones oficializadas para las Comisiones de Promoción de la Salud, siendo este de manera bianual y mediante el cual se deben consignar los diferentes proyectos a realizar en la Unidad.

Además, se evidenció la necesidad de fortalecer esa Comisión con miembros de perfiles afines a la ejecución de actividades de promoción de la salud como, por ejemplo: Trabajo Social, Psicología, Enfermería, personal de Atención Primaria, lo anterior, es concordante con lo establecido en los lineamientos institucionales en donde se recomiendan que esta Comisión esté integrada por un equipo multidisciplinario no menor de cinco personas y máximo siete, por cuanto actualmente está conformada por un farmacéutico, un médico general y un informático.

Aunado a lo anterior, se evidenció que no existe garantía que el Área de Salud Cariari haya elaborado y se encuentre implementando Proyectos de Promoción de la Salud que cumplan con los lineamientos institucionales en esta materia, por cuanto se solicitó al Coordinador de la Comisión suministrar los proyectos de ese centro médico y al finalizar el trabajo de campo de esta Auditoría no se habían remitido, a pesar de varios recordatorios.

Por lo anterior, es criterio de esta Auditoría que se requiere de un esfuerzo de parte de la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud, en labores de acompañamiento, asesoría y supervisión de las funciones que desempeña la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, a fin de redireccionar las actividades de promoción de la salud de acuerdo con los lineamientos institucionales y considerando los cambios en los indicadores del plan presupuesto mediante un enfoque de trabajo interdisciplinario.

Por otro lado, se evidenció la necesidad de que la Administración y Dirección Médica realicen acciones de coordinación con las instancias involucradas para disponer de un diagnóstico actualizado de las condiciones actuales en las que se está brindando atención médico en los Puestos de Visita Periódica, en



virtud de que de la vista realizada a la comunidad de Tournón así como lo señalado por el Equipo de Apoyo del Área de Salud Cariari, evidenciaron que la mayoría de estos puestos presentan condiciones inadecuadas para la atención de usuarios debido a que ninguno tiene agua potable, la infraestructura física no es adecuada y no hay privacidad en la atención, no hay inmobiliario adecuado ni suficiente, siendo lugares muy cerrados y que no tienen las condiciones de ventilación adecuadas, entre otros.

En relación con la gestión de la Consulta Externa, es importante señalar que, mediante el aval del Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8., la Gerencia Médica ha dotado a los Directores Médicos de los Centros de Salud, de un instrumento que promueva de manera proactiva la toma de decisiones, el objetivo principal de este manual es estandarizar y actualizar los criterios de gestión de las agendas, para el abordaje estratégico de la sobredemanda de Consulta Externa Especializada y Procedimientos de Consulta Externa, que permitan la definición y fortalecimiento de acciones concretas dentro de la actividad cotidiana de los Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

No obstante, se evidenció que, la Dirección Médica no ha divulgado con los profesionales que brindan Consulta Externa el Manual citado, lo que ocasionado que estos tengan desconocimiento de los indicadores que ha diseñado la institución para medir la gestión de los diferentes Servicios que otorgan esa modalidad de atención.

Según la evaluación realizada en materia de Consulta Externa del Área de Salud Cariari se determinó que se debe mejorar la Programación de las agendas en aspectos como: programación de actividades como vacaciones, capacitaciones y otras que pueden ser planificadas con tiempo como lo establece la normativa vigente, así como la programación de actividades del Servicio de Psicología y la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Respecto al Servicio de Psicología, se evidenció que la programación autorizada por la Dirección Médica para el 2019 presenta debilidades en cuanto a los tiempos de atención de pacientes, tiempo para labores administrativas, falta de espacio para atención de referencias urgentes, ausencia de programación de cupos en modalidad grupal en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas, (SIAC), así como los resultados de los indicadores de gestión.

Además, se determinó que de manera mensual se programan al Psicólogo del Área de Salud Cariari aproximadamente 14 horas a la revisión de referencias enviadas al Servicio de Psicología para poder asignarles cita, de las cuales se rechazan aproximadamente el 24% debido a que no cumplen con los criterios establecidos a nivel institucional para la disciplina de Psicología. Según la información suministrada por el profesional en Psicología, se revisan en promedio unas 15 referencias por semana y al 28 de agosto de 2019 se habían recibido 448 referencias por EDUS de las cuales se rechazaron 106 por diferentes motivos.

Todas las debilidades descritas anteriormente, son causadas por la falta supervisión técnica y debilidades en la supervisión administrativa efectuada por la Dirección Médica no ha sido efectiva, lo cual causa que se estén programando actividades sin cumplir con lo establecido en las directrices institucionales para los Servicios de Psicología.

En relación con la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari, se evidenció que se suscribió el 18 de julio del 2012 un documento denominado “Acta de entendimiento de Cooperación Interinstitucional Fundación



Pro- Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Cariari y Caja Costarricense de Seguro Social- Área de Salud de Cariari”, el cual se utiliza bajo la figura de Convenio; sin embargo, se observaron debilidades como por ejemplo que este documento no está revisado y aprobado por el órgano competente, no cumple con el formato y cláusulas mínimas establecidas y aprobadas por la Junta Directiva de la institución, en el clausulado no se establece cuales funcionarios corresponden a la fundación ni las funciones, deberes y obligaciones laborales y técnicas que les asisten, no se define la jornada laboral que deben cumplir, no se especifican los recursos materiales que aportará la fundación para la atención de los pacientes, entre otras cosas que se detallaron en el presente informe.

Además, se evidenciaron debilidades en la programación de la agenda 2019 del Médico Especialista en Cuidados Paliativos en Adultos, así como en los resultados de los indicadores de gestión de la Consulta Externa de esa especialidad.

RECOMENDACIONES

AL DR. WILMAN ROJAS MOLINA, DIRECTOR DE RED PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR ATLÁNTICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Coordinar con la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud para que brinde acompañamiento a la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari, a fin de redireccionar las actividades que actualmente se encuentran ejecutando y enfocarlas en las funciones avaladas a nivel institucional, lo anterior con el propósito de que las actividades desarrolladas por esta Comisión estén alineadas con los lineamientos institucionales en Promoción de la Salud.

Dentro de las acciones de asesoría, acompañamiento y supervisión que se deben ejecutar, entre otros aspectos, lo descrito en los hallazgos 4.1,4.2,4.3,4.4, 4.6 y 4.7 del presente informe y los puntos que se indican a continuación:

a) Garantizar que el Plan de Trabajo de la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari se enfoque en las funciones oficializadas para las Comisiones de Promoción de la Salud, así como en la elaboración y seguimiento de proyectos orientados a fortalecer los factores protectores de la salud de las personas priorizando trabajar para los indicadores A158 y AD12 del Plan Presupuesto de la Unidad.

b) Fortalecer la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari mediante la incorporación de integrantes con perfiles afines a las actividades que se requieren ejecutar, por ejemplo, profesionales en Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Atención Primaria, entre otros, a fin de que mediante la integración de un equipo interdisciplinario se cumpla con los requerimientos establecidos en los lineamientos sobre este tema.

c) Garantizar que la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari elabore proyectos de promoción de la salud bianuales en sus diferentes temáticas (salud mental, actividad física, alimentación saludable, cultura de paz, relaciones saludables, entornos saludables, seguridad vial, hábitos de higiene, salud oral, salud sexual, estilos de vida saludables entre otros).



Además, efectuar las acciones necesarias para que cada uno de los proyectos esté vinculado a los indicadores del Plan Presupuesto del Área de Salud Cariari y que cumplan con el “Formato de Proyectos de Promoción de la Salud” así como con la matriz de indicadores de evaluación.

d) Garantizar que la Comisión de Promoción de la Salud del Área de Salud Cariari elabore un informe de la gestión basado en el plan de trabajo que rinda cuentas sobre lo realizado en el año, así como sus evidencias.

Además, que se disponga de actas de todas las sesiones, crónicas, listas de asistencia, fotografías u otros medios que sirvan de evidencia del trabajo realizado. Además, que se utilice la herramienta “Registro de actividades de Promoción de la Salud” y la Hoja Auxiliar impresa como respaldo de lo ingresado.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, se deberá remitir un informe sobre las actividades de asesoría, acompañamiento y supervisión ejecutadas por la Facilitadora Regional de Promoción de la Salud de esa Red de Prestación de Servicios Región Huetar Atlántica en donde se evidencie el cumplimiento de los puntos anteriormente indicados.

2. Definir la estrategia que permita brindar acompañamiento, asesoría y supervisión de las labores del profesional en Psicología del Área de Salud Cariari, a fin de revisar las actividades que actualmente se encuentra ejecutando y enfocarlas en el cumplimiento de la normativa técnica vigente de esa disciplina.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 9 meses posterior al recibo del presente informe, se deberá remitir a la Auditoría Interna un informe sobre las actividades de asesoría, acompañamiento y supervisión ejecutadas por la persona que defina esa Dirección Regional que realice la Supervisión del Servicio de Psicología del Área de Salud Cariari.

AL DR. HENDRICK MILES RAMSEY, EN CALIDAD DE DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD CARIARI O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Realizar un análisis sobre el cumplimiento de las metas del Plan Presupuesto 2019, con la finalidad de determinar cuáles fueron aquellos factores que no permitieron obtener un resultado razonable, con la finalidad de modificar los parámetros que sean necesarios para una optimización de los recursos disponibles (hallazgo 1).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, la Dirección Médica deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste el análisis realizado, así como las acciones y/o gestiones adoptadas.

4. Realizar las acciones necesarias para que se actualice el Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS), con el propósito de mantener un instrumento de consulta de las características de morbimortalidad que permita realizar abordajes en salud efectivos, orientando la disponibilidad de recursos hacia las áreas prioritarias que requieran el abordaje oportuno de sus enfermedades (hallazgo 2).



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 8 meses posterior al recibo del presente informe, la Dirección Médica deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento actualizado.

5. Desarrollar en conjunto con la Administración un análisis de los aspectos que se encuentran pendientes para que los Ebais de esa Área de Salud dispongan de los permisos de habilitación vigentes, y de conformidad con esa información se elabore un plan de abordaje para gestionar los permisos y un mecanismo de seguimiento que garantice el cumplimiento de las acciones contempladas en el citado plan.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, se deberá aportar el avance del cumplimiento del plan de abordaje y el estado de los permisos de habilitación de los Ebáis.

6. Implementar en conjunto con los profesionales de la consulta no médica, especialidad y Medicina General un instrumento de monitoreo y control de los indicadores de gestión requeridos en el Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8 que permita realizar las acciones correctivas pertinentes en caso de ser necesario (hallazgo 5, 12.1, 13.3 y 14).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, la Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el instrumento diseñado, así como el seguimiento realizado.

7. Desarrollar en conjunto con la Administración las siguientes acciones:

- a) Coordinar con las instancias involucradas (Junta de Salud, Comités de Salud, ARIM), para realizar un plan que permita mejorar las condiciones de infraestructura, equipos y ventilación de los Puestos de Visita Periódica (PVP) del Área de Salud Cariari; lo anterior considerando los criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestaciones de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS, emitido por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, enviado a los Directores Médicos, Administradores de Áreas de Salud y otros, mediante oficio GIT-0956-2019 / GM-S-9360-2019 del 17 de julio de 2019 suscrito por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, MSc, Gerente de Infraestructura y Tecnologías y el Dr. Mario Ruíz Cubillo, Gerente Médico (hallazgo 7).
- b) Continuar con las acciones de remodelación del EBÁIS de Campo 5 en las cuales se considere el espacio para Registros Médicos y la sala de espera de Odontología, así como los aspectos detallados en el hallazgo 8 del presente informe relacionados con el Ebáis de Palmitas en cuanto a la rotulación.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse un documento con el detalle de las acciones realizadas, así como el plan de acción para mejorar las condiciones de infraestructura, equipos y ventilación de los Puestos de Visita Periódica (PVP) de esa Área de Salud que lo requieran y del EBAIS de Campo 5 y Palmitas.



8. Ejecutar las siguientes acciones:

- a) Garantizar que se realice la documentación de los principales procesos de la Consulta Externa, contemplando la descripción de las actividades específicas, objetivos, misión, visión, lo relativo a requisitos y responsabilidades de cada cargo o puesto de trabajo, relaciones internas del cargo, así como información de las funciones específicas, dependencia jerárquica y coordinación, aspectos que ayudan en la organización y planificación del quehacer de esos Servicios (hallazgo 9).
- b) Proceder a socializar y analizar el Manual para la Gestión del Servicio de Consulta Externa, en el marco de un Plan de Atención Oportuna, versión 1.8., con los diferentes profesionales que brindan consulta externa en ese centro médico, en procura de garantizar su aplicación efectiva en las disciplinas de Trabajo Social, Psicología y consulta farmacéutica, así como Medicina General y Medicina del Dolor (hallazgo 10).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia del documento debidamente aprobado por esa Dirección Médica para la atención del apartado a, así como la evidencia documental que demuestre la socialización del instrumento y de su aplicación (apartado b).

- 9. Ejecutar las acciones de coordinación necesarias con la Gerencia Médica para que esa Área de Salud disponga de un convenio de cooperación entre la fundación de cuidados paliativos y la Caja Costarricense de Seguro Social, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Junta Directiva de la Institución, en el artículo 24 de la sesión 8854 del 14 de julio de 2016 mediante acta N°59.998, celebrada el 21 de julio de 2016, y que este cumpla con el formato de “Convenios” establecidos en la normativa. Además, que se valoren y consideren los aspectos detallados en el hallazgo 13.1 del presente informe.**

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 12 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de la elaboración del convenio indicado.

- 10. Realizar un análisis y valoración sobre la conveniencia o no de utilizar las tabletas asignadas a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, así como en otras áreas de la Consulta Externa en la realización de la visita domiciliar. Del análisis realizado se efectúen las acciones que se consideren pertinentes a fin de que se evite la subutilización del equipo citado (hallazgo 13.4).**

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse la documentación que demuestre el análisis realizado, así como las decisiones adaptadas.

- 11. Realizar una revisión de la programación de las agendas del Servicio de Psicología, Equipo de Apoyo y Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y valorar los siguientes aspectos:**

- a) Garantizar que el Servicio de Psicología cumpla con el Lineamiento sobre los tiempos de consulta y la metodología de intervención el cual regula y sistematiza los tiempos de atención de la consulta clínica en psicología para los tres niveles de atención (hallazgo 12.1).



b) Cumplir con lo establecido en la circular GA-28078-2013 del 26 de agosto de 2013 dictada por la Gerencia Administrativa sobre los tiempos de alimentación durante la jornada de trabajo, debido a que de acuerdo con la revisión de la programación del Servicio de Psicología y la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos se programó una hora para almuerzo. Además, garantizar que todo el personal del Área de Salud cumpla con esta directriz y no se autorice la acumulación de tiempos de alimentación (hallazgo 12.1 y 13.2).

c) Valorar en conjunto con el Psicólogo del Área de Salud si el tiempo programado para la Iniciativa Salud Mesoamérica y para la actividad denominada “labores administrativas” es el que realmente se requiere o más bien determinar si se podría hacer una reestructuración en la programación de la agenda.

En caso de que se decida continuar con la programación de la misma forma, esa Dirección Médica deberá diseñar un mecanismo de control que permita brindarle seguimiento a las actividades que se ejecutan en el tiempo programado para la Iniciativa Salud Mesoamérica y labores administrativas (hallazgo 12.1).

d) Valorar los tiempos de atención médica de la Clínica del Dolor y adaptar la programación de acuerdo con lo establecido en la institucional vigente, la cual establece que se deben atender dos pacientes por hora en casos nuevos y tres en casos control (hallazgo 13.2).

e) Valorar la programación del Equipo de Apoyo en cuanto al tiempo asignado para Cirugía Menor, así como la atención de la población del hogar de ancianos y de considerarlo pertinente realizar las modificaciones que correspondan (hallazgo 6).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia del documento que demuestre que los tiempos de atención de la consulta clínica en psicología se ajustan a la normativa institucional (inciso a), que el Servicio de Psicología, la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y todo el resto del personal del Área se ajustó a lo establecido en la circular GA-28078-2013 del 26 de agosto de 2013 dictada por la Gerencia Administrativa sobre los tiempos de alimentación durante la jornada de trabajo (inciso b), que se analizó el tiempo programado para la Iniciativa Salud Mesoamérica y labores administrativas del Servicio de Psicología (inciso c), así como los tiempos de atención médica de la Clínica del Dolor programados se ajusten a lo establecido en la institucional vigente (inciso d) y finalmente la programación del Equipo de Apoyo (inciso e).

12. Garantizar, en coordinación con la Jefatura de Registros Médicos y Estadística en Salud, la ejecución de las siguientes acciones:

- a) Realizar la programación en el SIAC de la modalidad grupal, así como la atención de referencias urgentes del Servicio de Psicología, de conformidad con la normativa vigente (hallazgo 12.3 y 12.5).
- b) Revisar en conjunto con el Psicólogo de esa Área de Salud que los datos relacionadas con las altas de ese Servicio y se verifique la confiabilidad de los datos de esa variable.

Cuando se disponga con datos exactos sobre la cantidad de pacientes dados de alta por el Servicio de Psicología, esa Dirección Médica en conjunto con el Psicólogo de esa Área de Salud, deben definir un parámetro de altas en cumplimiento de la normativa vigente (hallazgo 12.4).



- c) Que las programaciones de las agendas del año siguiente sean remitidas al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud en tiempo y forma, considerando la programación de actividades como vacaciones, congresos, capacitaciones, permisos sindicales y todas las actividades que se puedan planificar previamente.
- d) Qué el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud disponga de la evidencia documental que le permita realizar los cambios en las agendas como respaldo de este movimiento (hallazgo 11).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 12 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de la programación en el SIAC de la modalidad grupal, así como la atención de referencias urgentes del Servicio de Psicología, además de la revisión realizada por la Jefatura de Registros Médicos y Estadística en Salud y profesional en Psicología del registro de altas de ese Servicio, así como el parámetro de altas establecido. Además, la Dirección Médica deberá remitir el documento que evidencie la remisión de las agendas en las fechas establecidas por la normativa vigente y la programación de las todas las actividades que se puedan planificar previamente.

- 13.** Analizar en conjunto con el Psicólogo de esa Área de Salud el proceso de revisión de referencias de ese Servicio y los motivos de rechazo de estas por parte del profesional en Psicología, a fin de que se realice un nuevo recordatorio a los médicos y otro personal involucrado sobre los protocolos de referencia al Servicio de Psicología y los requisitos para la atención, de manera que se disminuya la cantidad de referencias rechazadas por parte de este Servicio. Esa Dirección deberá brindar seguimiento a que esta disposición se cumpla.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de la revisión realizada, así como el recordatorio realizado a los médicos y resto del personal involucrado.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro social, los principales resultados del informe fueron comentados el 22 de octubre de 2019 con la Dra. Katterine Mora Mora, Directora Médica a.i. y el Dr. Dennier Carrillo Soto, Encargado de seguimiento informes de Auditoría y Coordinador de la Comisión de Promoción de la Salud, ambos del Área de Salud Cariari.

A continuación, se detallan las principales observaciones externadas:

Sobre el hallazgo 1 la Dra. Mora manifestó que las programaciones para cumplir en el 2018 se hicieron según lo establecido institucionalmente y el histórico de la unidad, sin embargo en el 2017 la Dirección Regional envía cambios obligatorios en las metas que afectaron la programación y los resultados del 2018, eso sucedió en Trabajo Social y en adolescentes por la Iniciativa de Salud Mesoamérica y las necesidad de cumplir con el indicador del Banco Internacional de Desarrollo y a su vez la instrucción de realización de EFES para lograr dicho indicador.



En relación con el hallazgo 4 sobre las actividades de promoción de la salud, la Dra. Mora manifestó que el Plan de Trabajo Anual y las actividades que la Comisión venía realizando, fueron basados en la guía y supervisión de la Dirección de Compra de Servicios de Servicios, que hasta ese momento era el único ente superior que le brindada el apoyo y norte a seguir a la Comisión.

Sobre el hallazgo 6 de la programación de actividades del Equipo de Apoyo la Dra. Mora señaló que ya se realizó una modificación del tiempo asignado al cronograma de visitas, aumentando el tiempo para cirugía menor y al hogar de ancianos, aspecto que será instruido a REDES para la habilitación de la agenda del 2020.

Sobre el hallazgo 13.4 de la implementación del EDUS en la visita domiciliar la Dra. Mora manifestó que es importante indicar que esas tabletas fueron gestionadas y otorgadas por el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos sin ninguna instrucción de uso específico.

Se analizaron y tomaron en consideración las observaciones de la Dra. Mora Mora en el presente informe y se otorgó la ampliación del plazo solicitado en las recomendaciones 4 y 9.

Además, el 24 de octubre de 2019 se efectuó la presentación de los resultados de los hallazgos 4.1 al 4.6 sobre las actividades de promoción de la salud y del 12.1 al 12.8 referente al Servicio de Psicología, con el Dr. Carlos Carnegie Goulbourne, Médico Asistente y la Licda. Selene Ulloa Jiménez, Encargada Seguimiento Informes de Auditoría, ambos funcionarios de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.

Sobre los resultados de los hallazgos no hubo observaciones, no obstante, la Licda. Ulloa Jiménez solicitó ampliar el plazo de la recomendación 2, de 6 a 9 meses, aspecto que fue avalado por esta Auditoría.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Licda. Ana Lizeth Garita Castrillo
ASISTENTE AUDITORÍA

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas
JEFE DE SUBÁREA

MASR/ALGC/edvz



ANEXOS

Anexo 1

<p>Fotografía 1, Casa en la que se brinda atención médica</p>	<p>Fotografía 2, Condiciones del consultorio médico</p>
	
<p>Fotografía 3, Consultorio de Enfermería</p>	<p>Fotografía 4, Mobiliario</p>
	



Fotografía 5, Condiciones del techo



Fotografía 6, Medicamentos



Fotografía 7, Nueva casa para PVP



Fotografía 8, Nueva casa para PVP





Anexo 2

Fotografía 1, Expedientes en la sala de espera



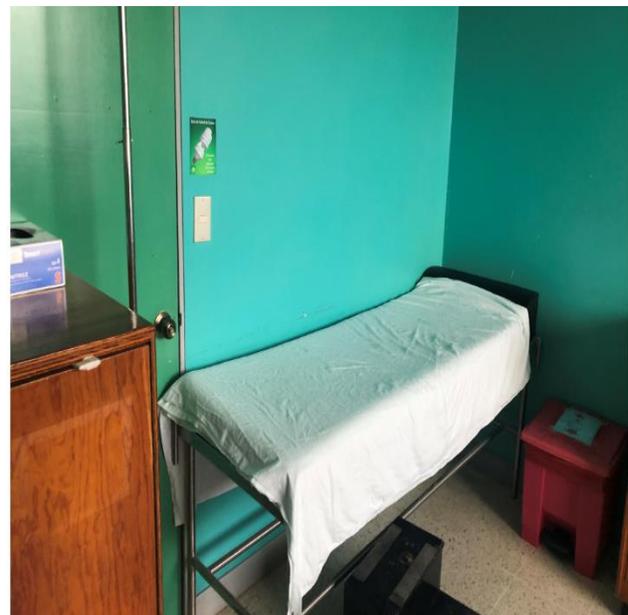
Fotografía 2, Entrada al Servicio de Odontología



Fotografía 3, Área de nebulizaciones



Fotografía 4, Área de inyectables





Fotografía 5, Acceso a Odontología por el comedor



Fotografía 6, Parte posterior del edificio



Fuente: Ebais Campo 5.