



AGO-098-2020

29 de septiembre de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del programa de Actividades Especiales del Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

El objetivo del estudio fue evaluar la aplicación del ARCA en el hospital San Carlos y el uso de las soluciones tecnológicas que lo conforman.

Los resultados del estudio evidenciaron la necesidad de fortalecer la gestión institucional de la aplicación del Expediente Digital Único en Salud EDUS - ARCA en el hospital San Carlos, relacionada con la implementación de los módulos del ARCA en los diversos servicios y el uso de los componentes de conformidad con la normativa, reglas del negocio y requerimientos de usuarios.

Se determinó la necesidad de analizar la calidad de la información registrada en EDUS – ARCA por parte de los usuarios según perfil otorgado, además, la designación de un usuario líder en el centro médico acorde con lo referido en la normativa institucional vigente en la materia, la actualización del inventario de los equipos que conforman la plataforma tecnológica y la administración de esta.

Adicionalmente, es necesario el mejoramiento del sistema de control, debido a las inconsistencias en los reportes de los estados de los equipos de cómputo que controla el Centro de Gestión Informática local y los registros en el Sistema Contable de Bienes Muebles (SCBM), lo cual genera que no se pueda garantizar un resguardo de los activos asignados a esa Unidad y a la ausencia de un plan de sustitución de los equipos que han cumplido la vida útil y se encuentran en mal estado de funcionamiento.

Es importante reiterar la obligatoriedad y responsabilidad -de los funcionarios- de atender lo que dicta el marco normativo institucional y las Normas de Control Interno para el Sector Público en materia de Bienes Muebles administrados, relacionado con la custodia y control de los activos, valoración del riesgo, procedimientos sobre el ingreso de un activo, retiro o traslado. Asimismo, se evidenció la necesidad de fortalecer la práctica de inventarios periódicos que permitan conocer el estado de los bienes muebles, sea para darlos de baja o que sean aprovechados en el mismo centro de trabajo o en otras Unidades de la institución, efectuando los registros correspondientes en el Sistema Contable de Bienes Muebles (SCBM).

En virtud de lo expuesto, este Órgano de Control y Fiscalización recomendó, a la Gerencia Médica, efectuar un recordatorio a los Directores de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y a los Directores de los hospitales Nacionales y Especializados, sobre la importancia de la verificación de los datos estadísticos registrados en el SIES (Expediente Digital), la integración con el ARCA y que estos sean detallados en el campo destinado para el registro del diagnóstico

También, recomendó a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, realizar seguimiento a las recomendaciones emitidas en los informes de listas de espera quirúrgica.

Finalmente, se recomendó a la Dirección General del hospital San Carlos, establecer acciones para atender los aspectos relacionados con el control de las incidencias, mantenimiento de los equipos de computación y reemplazos, lo anterior, con el objetivo de fortalecer el sistema de control interno en la aplicación del ARCA en el hospital San Carlos y el uso de las soluciones tecnológicas que lo conforman.



AGO-098-2020

29 de septiembre de 2020

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA APLICACIÓN ARCA EN EL HOSPITAL SAN CARLOS, U.E. 2401

DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REGIÓN HUETAR NORTE, U.E. 2499

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la implementación del ARCA y uso de las soluciones tecnológicas que lo conforman.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar en qué servicios se ha implementado el ARCA y el uso de los componentes que lo conforman.
- Verificar el funcionamiento de los módulos del ARCA de conformidad con la normativa, reglas de negocio y requerimientos de los usuarios.
- Analizar la calidad de la información que se registra en el ARCA de conformidad con los requerimientos funcionales de cada proceso de salud automatizado.
- Verificar el estado de los equipos que conforman la plataforma tecnológica del ARCA y quienes lo proveen (ICE-DTIC o Administración).

ALCANCE

El estudio comprende el análisis de la implementación del sistema ARCA en los servicios del hospital San Carlos y el uso de las soluciones que lo conforman; además, la comprobación del funcionamiento de los módulos habilitados y los requerimientos solicitados por los usuarios. Por otra parte, se analiza la calidad de la información que se registra y el manejo de los datos para la toma de decisiones e información a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte. Finalmente, se determina el estado de los equipos de la plataforma tecnológica, aunado al mantenimiento preventivo y correctivo que se les programa. El período del estudio comprende el primer semestre del 2020, extendiéndose o considerando períodos anteriores en los casos que se estimó necesarios.

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



LIMITACIONES

En acatamiento de las disposiciones internas comunicadas mediante SAGAL-037-2020, del 20 de abril 2020 “Directriz relacionada con los productos de auditoría dirigidos a instancias administrativas que están siendo impactadas en su labor por la atención de la emergencia Covid-19”; para la ejecución del presente estudio se indagó con los responsables de los procesos la posibilidad de atención de los requerimientos de información, se utilizaron medios de comunicación virtual y el correo electrónico institucional y no se realizó visita presencial a la unidad evaluada.

METODOLOGÍA

- Aplicación de herramienta de control a colaboradores del hospital San Carlos:
 - Dr. Randall Chavarría Flores, Director General a.i.
 - Dra. Graciela Barrantes Alfaro, Coordinadora Grupo Gestor Listas de Espera.
 - Lic. Dauber Mauricio Valverde Arias, jefe de Registros y Estadísticas en Salud.
 - Ing. Jimmy Salazar Arrieta, Coordinador Centro de Gestión Informática.
- Cédulas narrativas aplicadas al personal:
 - De la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte:
 - Dr. Gustavo Zeledón Donzo, Director.
 - Licda. Ana Campos Bolaños, M. Sc., Supervisora de Registros y Estadísticas en Salud.
 - Licda. Isabel Vargas Mesén, Gestora Local Expediente Digital Único en Salud.
 - Dra. Lesdy Araya Rojas, Supervisora de Farmacia.
 - Del hospital San Carlos:
 - Lic. Dauber Mauricio Valverde Arias, jefe de Registros y Estadísticas en Salud.
 - Ing. Roy Delgado Ramírez, jefe de Ingeniería y Mantenimiento.
- Revisión de la siguiente información digital aportada por la Dirección General y Centro de Gestión Informática del hospital San Carlos:
 - Inventario equipo TIC 2020.
 - Plan de Mantenimiento Preventivo Equipo Cómputo 2020.
 - Oficios DGHSC-0889.2020 y DGHSC-1169-2020.
 - Instrumentos (5) para evaluación de reemplazo de equipos TIC.
 - Documentos (3) sobre necesidades de recurso humano.
 - Reportes indicadores hospitalarios de enero a julio 2020.
 - Solicitudes de cuentas y perfiles de usuario.
 - Listado de usuarios con acceso al ARCA.
 - Protocolo apertura inicial proyecto ICE-CCSS.
 - Reporte de inconsistencias no validadas.
 - Reporte cuadros 71 y 72 de Hospitalización.
 - Documentos sobre tiempo de demora corrección de datos.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno 8292 (2002).
- Ley Expediente Digital Único en Salud (2012).
- Ley Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales (2011).
- Reglamento del Expediente Digital Único en Salud (2018).
- Normas Técnicas para la gestión y el control de las Tecnologías de Información (2007).
- Normas de Control Interno para el Sector Público (2009).

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 8292. 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...”.

ANTECEDENTES

El informe AGO-54-2020, del 9 de julio 2020, se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2020 de la Auditoría Interna con el objetivo de evaluar la gestión de conectividad de las comunicaciones telemáticas a nivel institucional en el contexto de los contratos de servicios administrados suscritos.

Los resultados de esa evaluación permitieron determinar oportunidades de mejora asociados con la gobernanza de las redes locales y conectividad en la institución, en virtud de la suscripción de dos contratos con el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) para propiciar conectividad y acceso al EDUS: uno para aprovisionar el primer nivel de atención y otro para el nivel hospitalario, los cuales fueron y continúan siendo gestionados por la Dirección EDUS, donde se destacó una limitada participación de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, como Unidad rectora en la materia, en etapas fundamentales, entre ellas, la planificación, revisión, evaluación de protocolos y estándares de seguridad, además del monitoreo de las redes implementadas y la coordinación de los diferentes actores involucrados.

Por otra parte, la habilitación inicial realizada en los hospitales no cumplió con normativa interna establecida en materia de telecomunicaciones, particularmente el tiraje y ordenamiento del cableado de red, así como ubicación de los gabinetes y aspectos de climatización, entre otros.

Esta Auditoría comprobó que la institución no dispone de una solución integral que garantice redundancia de enlaces de comunicaciones WAN en el servicio brindado en torno a la conectividad del EDUS en los establecimientos de salud, únicamente tres de los 29 hospitales tienen enlace de respaldo, a pesar de que el contrato de servicios administrados para ese nivel permite al ICE brindar dicha opción.

En la gestión del proyecto de habilitación definitiva de los campus hospitalarios se determinaron oportunidades de mejora relacionadas con el cumplimiento del cronograma, administración de riesgos, de cambios, así como en el seguimiento y la rendición de informes periódicos.

En ese orden de ideas, la Dirección EDUS ni la DTIC disponen de un mecanismo unificado y sistematizado para el control de ubicación, resguardo y distribución del equipamiento, tampoco se registran los cambios de equipos o componentes que el ICE efectúa en los establecimientos de salud, conforme los mantenimientos preventivos y correctivos realizados, limitando la gestión de servicio y debilitando aspectos de control interno.

Es necesario destacar la importancia de definir una estrategia integral para la gestión de incidencias con respecto al funcionamiento de la conectividad y acceso al EDUS, incorporando actores como la Mesa de Servicios Institucional, el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y la de su socio comercial, los especialistas del Área de Comunicaciones y Redes Informática (ACRI), la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones y los Centros de Gestión Informática del nivel regional, local o gerencial, estableciendo mecanismos de supervisión de los niveles de servicio que garanticen el cumplimiento de lo referido en los contratos suscritos.



De igual manera, se evidenció que los establecimientos de salud disponen de al menos dos redes locales de comunicación de datos, gestionadas por instancias diferentes; limitando el aprovechamiento de recursos como el ancho de banda e infraestructura de comunicaciones y restringiendo también beneficios de balanceo de cargas y aseguramiento de calidad, integración, redundancia, estandarización, control de indicadores, entre otros. Lo anterior, sin que existiera un estudio costo/ beneficio que justificara lo descrito.

En cuanto al aprovisionamiento de equipo relacionado con la conectividad y acceso al Expediente Digital Único en Salud (EDUS) a nivel local, no existe una estrategia única integrada que considere la planificación y cobertura de los sitios que requieren la utilización del EDUS, entre ellos nuevas edificaciones, establecimientos albergados en instalaciones bajo contratos de arrendamiento, apertura de nuevos EBAIS y Áreas de Salud, requerimientos de conectividad y equipamiento para la implementación de nuevas funcionalidades y servicios en desarrollo como parte del Expediente Digital.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ARCA EN EL HOSPITAL SAN CARLOS

Se determinó que el ARCA Hospitalización (Sistema Integrado de Atención Hospitalaria, SIAH), está implementado en el hospital San Carlos de manera parcial. Desde el 2016 se puso en funcionamiento, sin embargo, no se ha logrado consolidar la totalidad de sus módulos, según el siguiente detalle:

- En la parte quirúrgica no se utiliza el módulo de Insumos de Sala que se encarga del control y mantenimiento (módulo implementado parcialmente).
- Los 3 módulos de Nutrición no están en operación.
- Las referencias –que disponen de 5 módulos- se manejan en físico.
- En el servicio de Radiología se utiliza la aplicación Visual Médica Tecnología en Imágenes Médicas (de una empresa que realiza desarrollo de sistemas para el diagnóstico por imágenes en el área médica en Latinoamérica).
- El mantenimiento de los servicios y especialidades de hospitalización no se tiene implementado.
- Las citologías se están registrando en módulo ARCA como biopsias.
- En caso de fallos en los aplicativos EDUS-ARCA se trabaja con el expediente físico.
- No está configurado el expediente digital en ambiente de contingencia (EDAC).
- En el servicio de Patología no se dispone de los lectores de código de barras para el registro de resultados.
- El Sistema Institucional de Laboratorio Clínico (SILC) del EDUS aún no entra en operación.
- No utilizan el Open Ticket Request System para la atención de incidencias.
- El módulo de SIES Urgencias está funcionando parcialmente (no está conectado en línea con los otros módulos implementados en el centro médico).
- La receta electrónica se encuentra implementada en Urgencias y Consulta Externa, pendiente en Hospitalización.

La Ley Expediente Digital Único en Salud, en su transitorio único, señaló los plazos de cumplimiento de los objetivos dispuestos en todo el territorio nacional, indicando:

“La Caja Costarricense de Seguro Social tendrá cinco años, a partir de la vigencia de la presente ley, para asegurar el cumplimiento en todo el territorio nacional de los objetivos dispuestos por esta ley. Se entenderá que hasta los primeros tres años de ese quinquenio serán para la implementación en el primer nivel de atención y que al final de los cinco años deberá estar implementado el expediente digital único de salud en el nivel hospitalario”.

Esa misma Ley, en el artículo 6 “Implementación”, señala:



“Corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, dentro del marco de sus competencias constitucionales, la aplicación de la presente ley; para ello, definirá una estrategia de implementación del expediente digital de salud que incluya al menos:

- a) dotación de software y hardware.
- b) conectividad...”.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud, en el artículo 22 “Condiciones necesarias para el uso del EDUS”, refiere:

“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”.

El Dr. Randal Chavaría Flores, Director General a.i.; Lic. Dauber Mauricio Mauricio Valverde Arias, jefe de Redes y Estadísticas en Salud; Ing. Jimmy Salazar Arrieta, coordinador del Centro Gestión Informática y la Dra. Graciela Barrantes Alfaro, coordinadora del Grupo Gestor de Listas de Espera del hospital San Carlos, referente a la implementación del sistema ARCA, manifestaron que está parcialmente, además, indicaron¹:

“(…) por ahora tenemos los siguientes módulos: Quirúrgico, Camas, Patología, Admisión, Estadísticas, Archivo, Información y Utilidades, SIAC, SIES, Unidad Cuidados Intensivos, COVID (Cirugía Mujeres y Ginecología) ...pendiente los módulos de referencia y contrarreferencias y SIES Hospitalización, así como los módulos de Nutrición y Radiología (…)

Sobre la habilitación definitiva del proyecto ICE-CCSS, señalaron que “hace falta la segunda etapa (...) se pronostica entre 2 años”.

El Ing. Marvin Herrera Cairol, Director de Mantenimiento Institucional, en oficio DMI-1353-2020, del 21 de abril de 2020, comunicó al Dr. Edgar Carrillo Rojas, Director General del hospital San Carlos, los acuerdos tomados en la audiencia realizada el 15 de abril de 2020 para la solución de la red eléctrica e implementación del EDUS en el hospital San Carlos, refiriendo:

- A) Consultoría para el “Diseño Eléctrico”:
Se efectuará una Contratación entre entres de Derecho Público con el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE).
(...)
- B) “Ejecución de las obras eléctricas”:
Luego de la etapa de Diseño desarrollada en el periodo 2020, es criterio tanto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología como de esta Dirección, que la etapa de ejecución de la totalidad de los trabajos eléctricos deberá ser desarrollada por el Nivel Central, quedando atentos a que la cita Gerencia instruya oportunamente para estas labores.

(...) la Dirección de Mantenimiento Institucional mantiene la solicitud de financiamiento de la totalidad del proyecto eléctrico en el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías (...)

¹ Cuestionario de Control Interno del 28 de julio de 2020.



El Ing. Jimmy A. Salazar Arrieta, coordinador del Centro de Gestión Informática, mediante oficio CGIHSC-0121-2020, del 21 de mayo 2020, informó al Dr. Carrillo Rojas, en relación con la implementación del expediente electrónico, lo siguiente:

“En el año 2017 el EDUS inició su proyecto de implantación en el hospital de San Carlos, se evidenció que se debía mejorar la planta eléctrica ya que la existente no permitía más conexiones o podía ocurrir un desastre, por lo que el proyecto contempló una nueva planta eléctrica, la cual dio abasto para cubrir toda la Consulta Externa y otros sectores, sin embargo, también se saturó por la cantidad de conexiones y para implementar la zona de encamados se requería de otra planta adicional, que soportara esa capacidad, pero el presupuesto de EDUS no tenía contemplada esa parte. A raíz de esa situación el EDUS no pudo ingresar en la zona de Hospitalización, se han manejado conversaciones con nivel central para buscar una solución a esta problemática y hasta este año se llegó a un acuerdo, tanto con la parte Gerencial de la CAJA como de la parte del proyecto EDUS, se instaurará una comisión para valorar la contratación de los planos estructurales del hospital y de ahí arrancar con la implementación de otra planta eléctrica, a raíz de la pandemia del COVID 19, se ha atrasado el proceso, sin embargo, ya se nos corroboró que el presupuesto ya está reservado tanto para realizar el estudio como la puesta en marcha, con una proyección de 2 años para su finalización”.

Al respecto, el Ing. Roy Mauricio Delgado Ramírez, jefe de Ingeniería y Mantenimiento, manifestó²:

“Actualmente, están en procesos dos proyectos para fortalecer el sistema eléctrico del hospital, estos están siendo desarrollados por el nivel central; uno de los proyectos eléctricos corresponde a EDUS – ICE, ya se tienen definidos los diseños, toda la coordinación la llevan los coordinadores de Proyecto EDUS nivel central, nosotros colaboramos en las pruebas locales, ubicación de tableros, cuartos eléctricos, referencia de los puntos de red que necesitan los servicios para la implementación de EDUS y los submódulos; el otro proyecto es la consultoría para el rediseño eléctrico de todo el hospital misma que ya dio inicio, una vez finalizada esta consultoría, existe el compromiso de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de sacar a concurso el proyecto para la parte constructiva del sistema eléctrico de todo el hospital.

Si bien debemos acatar las directrices emitidas por el nivel central relacionadas con la implementación de EDUS y los módulos, no disponemos de los recursos (infraestructura, humano, tecnológicos) para ponerlos en marcha y nos vemos expuestos a riesgos (incendios, fallas en los equipos) por tratar de cumplir y sobrecargar el sistema eléctrico (...) también preocupa que se estén comprando equipos médicos de tecnología de punta y siendo conectados a un sistema eléctrico que no reúne los requisitos para ese fin”.

En el 2018 esta Auditoría emitió el informe AGO-244-2018, del 21 de diciembre de 2018 “Auditoría de carácter especial referente a la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y uso de las soluciones tecnológicas que lo conforman”, siendo que el alcance de ese estudio comprendió de enero del 2017 al 15 de noviembre del 2018, ampliándose en los aspectos que se consideró necesario. Se establecieron 16 hallazgos relacionados con los siguientes aspectos:

1. Incorporación de funcionalidades identificadas en documentos aprobados por el nivel estratégico respecto al EDUS.
2. Aspectos relacionados con la implementación del EDUS
3. Propuesta de sostenibilidad del EDUS.
4. Cobertura funcional de las soluciones que conforman el EDUS.
5. Uso del Sistema Integrado Expediente Digital (SIES) y del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) en el primer nivel de atención.
6. Uso del SIES consulta externa en el nivel hospitalario.
7. Uso del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) en su versión móvil.

² Narrativa de 20 de agosto de 2020.



8. Uso de tabletas donadas por FONATEL2.
9. Flujo de información del Expediente Digital Único en Salud entre los niveles de atención.
10. Rectificación de los datos registrados en el EDUS.
11. Incorporación del consentimiento informado al EDUS.
12. Estrategia de incorporación de la información retrospectiva en el expediente electrónico.
13. Accesibilidad del expediente digital por parte del paciente.
14. Solución de continuidad de los servicios de salud.
15. Gestión de soluciones de inteligencia de negocios para el Expediente Digital Único en Salud.
16. Resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos a unidades institucionales en torno al EDUS.

Así mismo, se emitieron ocho recomendaciones, con plazos de cumplimiento que oscilan entre tres y 12 meses, con el objetivo de continuar fortaleciendo la relevancia que constituye el Expediente Digital Único en Salud como pilar fundamental en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud a la ciudadanía en términos de calidad y eficiencia, aunado a las ventajas asociadas a la integración, trazabilidad de información de los pacientes, acceso único y en tiempo real a los registros clínicos de los usuarios, orientando a la institución a la consecución de sus objetivos relacionados con los principios de la seguridad social como son la equidad y la universalidad del servicio, con el fin de que todas las personas disfruten de sus beneficios (AGO-244-2018); sin embargo, al 31 de agosto de 2020, las recomendaciones 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, se encuentran en proceso y la 5 cumplida.

Complementariamente a lo anterior, a criterio de este Órgano de Control y Fiscalización, los aspectos señalados en el presente hallazgo se generan debido a que no existe una estrategia integral de implementación que incluya no solo la totalidad de componentes del proyecto, sino que considere el alcance y objetivos planteados en la Ley 9162.

La situación descrita, al no establecer las medidas de control suficientes en forma inmediata, provocó que el hospital San Carlos no cumpliera con el plazo y alcance establecidos en la Ley 9162, ante la materialización de riesgos producto de la incapacidad de velar porque se dieran las condiciones necesarias y la ausencia de una administración integral del Proyecto EDUS, comprometiendo la imagen de la institución, así como el cumplimiento de los objetivos establecidos para disponer del Expediente Digital Único en Salud.

2. SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE USUARIOS Y PERFILES ARCA

Se determinó que la Administración Activa del hospital San Carlos no tiene establecido el responsable de administrar las cuentas y perfiles de privilegio para el acceso al sistema ARCA, en virtud de que el personal de informática se encarga de crear o modificar las cuentas y perfiles en el sistema, pero bajo la autorización de la jefatura de Registros y Estadísticas en Salud y/o sala de operaciones, quienes aprueban y piden el acceso a la instancia técnica mediante correo electrónico o Software de Soporte Técnico (SOS). Como prueba del registro la Administración aportó dos listas de usuarios, una es de solicitud que data del 16 de junio de 2016, y otra un listado de colaboradores del servicio de Registro y Estadísticas en Salud con acceso al ARCA, no obstante, no se observa en ambas, el detalle de los perfiles asignados por persona, su vigencia y condición (activo e inactivo), y no se utiliza el formulario de solicitud.

Asimismo, no se aportó información relacionada con informes bimensuales, trimestrales u otros, sobre la depuración de cuentas de usuarios y perfiles, así como respaldo documental de la atención y resolución de las solicitudes recibidas.

Las Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información, en el numeral 1.4.5 Control de Acceso, punto e, refiere lo siguiente:

“Asignar los derechos de acceso a los usuarios de los recursos de TI, de conformidad con las políticas de la organización bajo el principio de necesidad de saber o menor privilegio. Los propietarios de la información son responsables de definir quiénes tienen acceso a la información y con qué limitaciones o restricciones (...)”.



Las Normas Institucionales de Seguridad Informática disponen lo siguiente en relación con las Normas para la Política Utilización del Subsistema de Seguridad en los Sistemas de Información de la Caja Costarricense de Seguro Social:

“5. De cumplimiento por parte de todos aquellos usuarios y administradores de aplicaciones que hacen uso del Subsistema de Seguridad Institucional.

Según el esquema de perfiles de seguridad en el Subsistema, el Administrador General de cada aplicación integrada con el Subsistema de Seguridad Institucional, deberá llevar un estricto control y seguimiento de lo relativo a la administración de cuentas, (creación, modificación, eliminación, con sus respectivos roles y perfiles). En caso de generar contraseñas, deberán acatar lo establecido con respecto “Al correcto uso de contraseñas de parte de los usuarios de red y aplicaciones”.

El Manual sobre la Operativa de las Labores de Administración de Usuarios y Perfiles en el Expediente Digital Único en Salud EDUS, en el apartado VIII. Políticas de Control y Seguridad y IX. De las responsabilidades, establece:

“1. La Jefatura de cada unidad de trabajo debe:

1.1 Mantener un registro actualizado de todos los usuarios adscritos a su unidad, por aplicación, así como los perfiles asignados a cada uno de ellos...

1.2 Solicitar al Administrador de usuarios la emisión de los reportes requeridos como medios de control bimensual, para verificar y controlar (...):

1.2.1 Usuarios activos de funcionarios que ya no laboran en la unidad (...).

1.2.2 Funcionarios que provienen de otras unidades, cuyos usuarios tienen perfiles asignados que no corresponden a sus funciones en su nueva unidad.

1.2.3 Usuarios a los cuales se les asignó perfiles en forma temporal y que posteriormente no le fueron removidos.

1.5 Utilizar los formularios correspondientes para los trámites de cuenta de usuario nuevo, bloqueo temporal, inactivación o eliminación del usuario, así como la eventual remoción del o los perfiles que amerite, por encontrarse en las situaciones que para cada una de ellas se justifique la ejecución de las acciones mencionadas.

2. Los funcionarios encargados de realizar las labores de administración de usuarios y control de sus perfiles deben:

2.2 Emitir los reportes periódicos solicitados por la jefatura, establecidos como medios de control de los usuarios y perfiles asignados de las unidades subordinadas.

2.3 Realizar por gestión de la jefatura, las correspondientes acciones derivadas de las labores de control en el proceso de depuración de los usuarios y sus respectivos perfiles.

1) De las Jefaturas de las Unidades de trabajo:

e) Para la creación de nuevos perfiles, modificación o eliminación de perfiles existentes, debe señalar las justificantes que motiven la aplicación de alguna de las acciones indicadas, así como el detalle de los accesos requeridos al sistema por parte de dicho perfil, tanto para el nuevo perfil como para la modificación del existente. Dicho trámite debe contar con el aval o aprobación escrita por parte del Director de Sede o de la Dirección Regional a la cual se encuentre adscrita la unidad de trabajo.



3) Del Administrador de Usuarios

- b) Asignación y eliminación de los perfiles a los usuarios, bloqueados o con clave vencida, de conformidad con las solicitudes que le formule la Jefatura correspondiente.
- d) Emitir los reportes requeridos por la jefatura respectiva, de conformidad con el control periódico establecido, con el fin de descartar la existencia de inconvenientes.
- e) Mantener un respaldo documental del control de la atención y resolución de las solicitudes recibidas”.

Lo señalado por este Órgano de Control y Fiscalización obedece a que el hospital San Carlos no tiene formalmente definido el responsable de fungir como administrador de usuarios y perfiles en el sistema ARCA, el cual se ajuste a lo establecido en el Manual sobre la operativa de las labores de administración de usuarios y perfiles en el Expediente Digital Único en Salud.

El Ing. Jimmy Salazar Arrieta, coordinador del Centro de Gestión Informativa, referente a la administración y perfiles del módulo ARCA, indicó³:

“(…) En el hospital San Carlos, no tenemos un líder usuario del sistema ARCA, sin embargo, el CGI, brinda soporte (claves de acceso, creación de cuentas, asignación de perfiles de acuerdo con las solicitudes de los jefes de servicios). A nivel de Registros y Estadísticas no tenemos quien nos oriente.

A la fecha no se dispone del número de usuarios que disponen de acceso al ARCA, cada jefatura es el encargado y tramitador de los servicios de sus colaboradores (…)

La ausencia de controles sobre la autorización, revisión y depuración de usuarios y perfiles en los aplicativos EDUS-ARCA, limita a la administración verificar los niveles de privilegio y su vigencia, usuarios activos de personas que no están nombradas o que no laboran para la Unidad, usuarios con perfiles asignados que no son del hospital, usuarios con perfiles temporales sin removerse, entre otros aspectos de control que, si no se aplican eficientemente, pueden generar riesgos sobre el acceso y confidencialidad de los datos, o la divulgación no autorizada de información clínica de los pacientes.

3. SOBRE LA GESTIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS

Se determinó que la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte tiene poca participación en actividades relacionadas con supervisión y control en la implementación del módulo ARCA y sus aplicativos en el hospital San Carlos. Los informes mensuales que realiza el Grupo Gestor de Listas de Espera no son avalados por el Director de Red, de tal forma que se pueda brindar un seguimiento oportuno a las situaciones que han sido detectadas y deban ser corregidas por la Administración Activa del centro médico.

En la tabla 1 se muestran las recomendaciones emitidas por el Grupo Gestor de Listas de Espera de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte:

TABLA 1
DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR NORTE
ANÁLISIS GRUPO GESTOR LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA
ENERO – JUNIO 2020

Table with 3 columns: Análisis enero 2020 (noviembre y diciembre de 2019), Análisis febrero 2020 (diciembre 2019 a febrero 2020), Análisis marzo 2020 (enero a marzo 2020). Each cell contains text about evaluating and adjusting the modality of list purging.

3 Cuestionario de Control Interno del 28 de julio de 2020.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.	Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.	Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.
Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.	Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.	Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.
Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa, realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.	Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa, realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.	Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa, realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.
Análisis abril 2020 (febrero – abril 2020)	Análisis mayo 2020 (abril – mayo 2020)	Análisis junio 2020 (abril – junio 2020)
Se deberá valorar y adecuar la modalidad de depuración de listados de manera general en Consulta Externa, Procedimientos, Mamografías, etc. O en su defecto justificar la causa de su no realización.	Se deberá valorar y adecuar la modalidad de depuración de listados de manera general en Consulta Externa, Procedimientos, Mamografías, etc. O en su defecto justificar la causa de su no realización.	Se deberá valorar y adecuar la modalidad de depuración de listados de manera general en Consulta Externa, Procedimientos, Mamografías, etc. O en su defecto justificar la causa de su no realización.
Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.	Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.	Realizar los análisis de los listados como fue instruido por esta Dirección Regional de manera puntual para cada nosocomio, así como inclusión de análisis de todos los listados enviados.
Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.	Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.	Mejorar los datos incluidos en los listados de Mamografía, Procedimientos y Consulta Externa del Hospital San Carlos.
Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.	Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.	Esta Dirección Regional en aras de mejoras en cuanto a listados de espera de nuestra Región valorará en conjunto con nuestras unidades hospitalarias el dar enfoque como Red de Servicios Regional al manejo, atención, seguimiento y resolución de nuestros listados de Espera de Consulta Externa y Cirugía a través de estrategias para Consulta Externa realización de consulta de especialidades médicas en nuestro primer nivel de atención y Hospital Los Chiles. Para Cirugía valorar realizar procedimientos ambulatorios de especialidades en segundo quirófano del Hospital Los Chiles.

Fuente: elaboración propia, datos Dr. Javier Alfaro Rodríguez – Médico Asistente General de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, UGLE, enero – junio 2020.

Aunado a lo anterior, por parte de la Dirección de Red no se efectúan análisis del módulo quirúrgico, egresos (uso de camas, internamientos, morbilidad), ni urgencias (atención brindada al paciente en el primer nivel de atención).



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



Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 4.5.1 “Supervisión constante”, establecen:

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

El numeral 1.2 Objetivos del SCI de las Normas de control interno para el Sector Público, punto c, señala lo siguiente:

“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.”

Al consultarle al Dr. Gustavo Zeledón Donzo, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, referente al análisis de los indicadores hospitalarios relacionados con el módulo ARCA, manifestó:

“A nivel regional, la Licda. Ana Campos Bolaños, Supervisora de Registros y Estadísticas en Salud de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, tiene asignado un perfil consultor de la lista de espera quirúrgica, egresos e ingresos en el ARCA, el cual nos permite generar reportes para realizar análisis del comportamiento, también tenemos acceso a una carpeta compartida de ARCA-listas de espera que tiene el hospital San Carlos con esta Dirección de Red y con la Unidad Técnica de Listas de Espera del nivel central, lo cual nos facilita la elaboración del informe y el análisis regional de listas de espera.

El Dr. Javier Alfaro Rodríguez, Coordinador Regional de Listas de Espera, mensualmente, realiza el análisis e informe del comportamiento de las listas de espera quirúrgicas de los hospitales San Carlos y Los Chiles, en el que señalan oportunidades de mejoras, se verifica el cumplimiento de los lineamientos gerenciales, la utilización de las salas de operaciones (TUSH) y se emiten observaciones que coadyuven a fortalecer la gestión hospitalaria”.

Al respecto, el Dr. Javier Alfaro Rodríguez, Médico Asistente General de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, a través de correo electrónico del lunes 3 de agosto de 2020, indicó:

“(…) la evidencia que posee esta Dirección de Red del Hospital San Carlos para el periodo de Enero a Junio 2020 como análisis de este Nosocomio es de Mayo y Junio 2020 los anteriores meses solo poseemos el envío de Bases de Datos sin evidencia de su análisis y de las cuales esta Dirección de Red a analizado su comportamiento así como solicitud de acciones y mejoras para el adecuado control de los mismo, todo esto compartido e informado tanto a Nivel Central como Directores de cada nosocomio de la Región”.

Si bien durante el primer semestre de 2020 el Grupo Gestor de Listas de Espera de esa Dirección de Red elaboró el análisis de la lista de espera quirúrgica del hospital San Carlos, las recomendaciones emitidas se mantuvieron durante todo el semestre evaluado, no hubo variaciones ni seguimiento para verificar el cumplimiento de los aspectos indicados.

Lo anterior, evidencia la necesidad de fortalecer el sistema de control interno relacionado con el control y supervisión por parte de los jefes regionales, quienes deben adoptar un rol de dirección y liderazgo orientado al fortalecimiento de la gestión hospitalaria, debido a que las posibles falencias detectadas en los análisis no se están atendiendo en tiempo y forma por el nivel local, generando que los riesgos se materialicen y se afecte la



calidad de la atención que se brinda al usuario, por lo que es importante la implementación de seguimientos en aquellos casos en los que se hayan identificado eventualidades.

4. SOBRE EL CONTROL DE INCIDENCIAS POR PARTE DEL CENTRO DE GESTIÓN INFORMÁTICA

Se determinó que el Centro de Gestión Informática dispone del Software de Soporte (SOS) para la gestión de incidencias en materia de Tecnología de Información y Comunicación TIC en el hospital San Carlos, sin embargo, no se aportó el reporte de las atendidas y sin atender, entre enero y julio 2020. Si bien la herramienta permite estructurar la atención de averías y generar estadísticas para justificar la adquisición de nuevos requerimientos tecnológicos, son las jefaturas de servicio -quienes sin fundamento o criterio experto- formulan sus necesidades en el Plan Presupuesto. Cabe indicar que la producción del Centro de Gestión Informática, las principales fallas que afectan al centro de salud en cuanto a sistemas de información, soporte técnico, redes, seguridad, así como elementos que permitan monitorear las cargas de trabajo de los funcionarios del Centro de Gestión Informática y la generación de información que oriente la adquisición de nuevos requerimientos, no es de conocimiento de la Dirección General de ese hospital.

En ese sentido, este Órgano de Control y Fiscalización no corroboró la eficiencia con que el Centro de Gestión Informática resuelve las interrupciones reportadas por medio de SOS, de manera que puedan estar afectando la continuidad de los servicios.

Las Normas Técnicas para la Gestión y Control de las Tecnologías de Información señalan en el apartado 4.5 Manejo de incidentes, lo siguiente:

“La organización debe identificar, analizar y resolver de manera oportuna los problemas, errores e incidentes significativos que se susciten con las TI. Además, debe darles el seguimiento pertinente, minimizar el riesgo de recurrencia y procurar el aprendizaje necesario”.

Ese mismo marco normativo, en el numeral 4.4 Atención de requerimientos de los usuarios de TI, dispone:

“La organización debe hacerle fácil al usuario el proceso para solicitar la atención de los requerimientos que le surjan al utilizar las TI. Asimismo, debe atender tales requerimientos de manera eficaz, eficiente y oportuna; y dicha atención debe constituir un mecanismo de aprendizaje que permita minimizar los costos asociados y la recurrencia”.

En el apartado 5.2 Seguimiento y evaluación del control interno en TI, indica:

“El jerarca debe establecer y mantener el sistema de control interno asociado con la gestión de las TI, evaluar su efectividad y cumplimiento y mantener un registro de las excepciones que se presenten y de las medidas correctivas implementadas”.

El Modelo de Organización de los Centros de Gestión Informática establece, dentro de las actividades sustantivas, lo siguiente:

“Planificar la adquisición de software y hardware, de acuerdo con las necesidades de la organización, el presupuesto asignado, las estrategias, las políticas y la normativa de contratación administrativa vigente, con el propósito de lograr la confiabilidad, la calidad de la información y la prestación óptima de los servicios”.

Por consiguiente, la rigurosidad para establecer actividades de supervisión por parte de las autoridades del centro médico no refleja un aprovechamiento óptimo del SOS, ya que es un aplicativo que contempla la generación de



indicadores para la toma de decisiones y elementos de control sobre el cumplimiento de tareas a cargo de los Centros de Gestión Informática, específicamente en materia de soporte técnico.

La ausencia de información estadística sobre el manejo de incidencias no permite disponer de indicadores de producción, cargas de trabajo, estado de los equipos, tiempos de atención y de datos relevantes para planificar nuevos requerimientos. La situación descrita tiene implicaciones en la oportunidad de las labores que brinda el Centro de Gestión Informática en detrimento de la continuidad del servicio, afectando incluso la atención de pacientes. Adicionalmente, no se tienen registros a efectos de poder constatar las tareas adicionales que realizan los funcionarios de soporte técnico, sobre los equipos que corresponden al ICE, ya que existe un contrato institucional y un cobro mensual realizado por ese servicio.

5. SOBRE LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS INGRESADOS EN EL ARCA

Se determinó que existen inconsistencias en relación con el registro y la calidad de la información en el EDUS-ARCA, referente a errores en el ingreso y egreso del paciente, en la consignación de datos personales (nombre, apellidos, número de cédula), o de notas médicas y de enfermería, en virtud de que el informe de cierre mensual de base de datos para indicadores de salud que se remite al nivel central, se encontraba actualizado a abril 2020, es decir, al 6 de agosto de 2020 no se habían tramitado los meses de mayo a julio del presente periodo.

Asimismo, se evidenció que las inconsistencias enviadas al Área de Estadística en Salud (oficios DGHSC-0559-2020 y DGHSC-0889-2020) demoran hasta 4 meses, considerando la fecha del egreso del paciente –donde se produce la inconsistencia- hasta que la Subárea de Análisis Estadísticos, mediante correo electrónico informe la aplicación de los cambios al centro médico (en el reporte de enero a julio de 2020, se verificó que el hospital San Carlos registró como inconsistencias no validadas solamente una línea).

En la tabla 2 se muestran las inconsistencias remitidas al Área de Estadísticas en Salud y el lapso transcurrido para la corrección, el cual osciló entre 65 y 124 días:

TABLA 2
HOSPITAL DE SAN CARLOS
ÁREA DE ESTADÍSTICAS EN SALUD
INCONSISTENCIAS REPORTADAS (ERRORES HSC)

Paciente	Egreso	Corregido	Días
GVJM	28/02/2020	22/05/2020	84
ERMA	28/02/2020	22/05/2020	84
RTJ	04/03/2020	22/05/2020	79
GNJM	12/03/2020	22/05/2020	71
AZJI	18/03/2020	22/05/2020	65
ALAY	18/03/2020	22/05/2020	65
MVGC	05/03/2020	07/07/2020	124

Fuente: elaboración propia, datos enviados por el hospital de San Carlos, oficios DGHSC-0559-2020 y DGHSC-0889-2020.

El Manual de usuario ARCA Hospitalización V. 1.0, establece:

“El servicio de REDES velará por el adecuado uso de la información en cuanto las entradas y salidas al sistema, así como la confiabilidad, calidad y validez de los datos”.

El Reglamento a la Ley 9162 “Expediente Digital Único de Salud”, refiere:

“Artículo 20: Características de la solución tecnológica: [...] h) Integridad: la información deberá permanecer sin alteraciones desde su origen, asegurando la calidad y confiabilidad de los datos, en la evolución del proceso salud-enfermedad.



Artículo 50: Evaluación de la calidad de los registros: Los servicios de REDES serán responsables de la evaluación de la calidad de los registros administrativos de salud y de la codificación de la morbi-mortalidad en SIAC y en el SIES, para lo cual seguirán los lineamientos técnicos definidos en el Manual Operativo de este Reglamento.

La calidad de los registros a cargo de los profesionales en salud será evaluada según los lineamientos establecidos por el administrador del Sistema de Información del EDUS correspondiente e incluido en el Manual Operativo de este Reglamento.

Artículo 51: Cierre mensual de base de datos para indicadores de salud: A efecto de disponer de bases de datos oportunas para la generación de indicadores de salud en apoyo a la toma de decisiones administrativas, será responsabilidad de la máxima autoridad del establecimiento el vigilar la completitud de las bases de datos, siendo esto durante los primeros 5 días hábiles de cada mes, de previo debe realizarse el control de calidad correspondiente en función del Sistema de Información EDUS que corresponda. De igual manera la omisión o ajuste de datos posterior al cierre deberá regularse por lo estipulado en el Manual Operativo de este Reglamento.

Sin embargo, constituye una prioridad para la gestión de la CAJA disponer de productos de información en tiempo real, razón por la cual esta fecha de cierre mensual no constituye limitante para que el establecimiento de salud mantenga sus registros y datos actualizados”.

A pesar de haberse argumentado por las autoridades del hospital que las inconsistencias no depuradas repercuten en el cierre oportuno de la base de datos de producción, la normativa establece que no es impedimento la fecha de cierre para que sus registros y datos se encuentren al día, en ese sentido, es criterio de esta Auditoría la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión y control de calidad, para asegurar que la información que se procesa y genera se encuentre libre de errores, defectos, omisiones o modificaciones no autorizadas.

Además de lo señalado, las inconsistencias en el registro de la información pueden obedecer a la falta de capacitación, manejo de información técnica sobre la operatividad de los aplicativos, directrices y otros, lo cual refleja inseguridad en los colaboradores; al respecto, el coordinador del Centro de Gestión Informática manifestó no haber recibido capacitación y/o actualización y desconocer los manuales de funcionamiento del ARCA, mientras que el servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud indicó la necesidad de apoyo para resolver las consultas que se presentan.

El Dr. Randall Chavarría Flores, Director General a.i.; Dra. Graciela Barrantes Alfaro, coordinadora del Grupo Gestor Listas de Espera; Lic. Dauber Mauricio Valverde Arias, jefe de Redes y Estadísticas en Salud y el Ing. Jimmy Salazar Arrieta, coordinador del Centro Gestión Informática del hospital San Carlos, referente a la administración de inconsistencias en el sistema ARCA, manifestaron⁴:

“Los jefes de servicio son los que revisan las entradas y salidas del sistema, así como el acceso.

Sobre el cierre mensual de la base de datos: El último mes que se envió fue abril de 2020. A la fecha están pendientes los meses de mayo, junio 2020, debido a que nivel central no nos ha remitido los ajustes de las inconsistencias, una vez que tengamos los ajustes serán remitidas las bases de datos. (Si hay inconsistencias, el sistema no nos permite enviar las bases).

En Estadísticas, se requiere agilizar el trámite a nivel de corrección de datos, debido que, si se comete algún error e inconsistencias, debemos tramitar directamente con la Dirección Médica, quienes inmediatamente lo elevan a la Licda. Lorena Solís Guevara, Jefe Área Estadística, trámite que tarda aproximadamente dos meses para que dicha instancia resuelva. Anteriormente, nosotros a nivel local podíamos realizar los ajustes.

⁴ Cuestionario de Control Interno del 28 de julio de 2020.



En el hospital San Carlos, no tenemos un líder usuario del sistema ARCA... A nivel de Registros y Estadísticas no tenemos quien nos oriente”.

Referente a la validación de inconsistencias, el Lic. Mauricio Valverde Arias manifestó⁵:

“En el servicio de Registros y Estadísticas en Salud, lo que hacemos es que a final de mes validamos en términos generales las inconsistencias que genera el ARCA, las cuales están relacionadas con los siguientes aspectos: condición de asegurado, fecha de parto, fecha de ingreso, diagnósticos según la especialidad, vía de ingreso (urgencias, consulta externa), lo que verificamos es el expediente físico contra el ARCA hospitalización, los otros módulos no se analizan.

Una vez que hemos validado en términos generales las inconsistencias reportadas en el ARCA, remitimos el informe a San José, luego ellos nos devuelven el informe con la indicación de las nuevas (validaciones) correcciones que debemos aplicar hasta que es recibido sin inconsistencias”.

Las inconsistencias tanto médicas como administrativas, de no detectarse con oportunidad, pueden ser perjudiciales para el usuario al consignar información que no es real en el expediente digital en salud. El cierre mensual de la base datos de producción en salud constituye una prioridad para la gestión de la institución, a efectos de disponer de productos de información en tiempo real. Asimismo, dichas debilidades generan reprocesos, costos, tiempo y no garantiza la confiabilidad de la información para la toma de decisiones.

6. SOBRE EL ESTADO DE LOS EQUIPOS QUE TRABAJAN CON ARCA Y OTROS

Se determinaron oportunidades de mejora en el estado de los equipos que tienen relación con la operatividad del ARCA y otros, plan de mantenimiento preventivo de equipo de cómputo, inventario de TIC, diagnóstico y red de datos, aspectos que pueden incidir negativamente en la implementación y funcionamiento del Expediente Electrónico.

6.1. Sobre el mantenimiento preventivo de computadoras

Se determinó que el Centro de Gestión Informática dispone de un plan y cronograma de mantenimiento preventivo de equipo de cómputo, calendarizado cada 3 y 6 meses según servicio, sin embargo, no se aportó documentación sobre el seguimiento a las labores ejecutadas y su cumplimiento. El instrumento no contempla los equipos del proyecto ICE-CCSS ni la supervisión de esos trabajos a cargo del Instituto Costarricense de Electricidad ICE por medio de la empresa subcontratada.

Las Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información, en el numeral 5.1 Seguimiento de los procesos de TI, señalan:

“La organización debe asegurar el logro de los objetivos propuestos como parte de la gestión de TI, para lo cual debe establecer un marco de referencia y un proceso de seguimiento en los que defina el alcance, la metodología y los mecanismos para vigilar la gestión de TI. Asimismo, debe determinar las responsabilidades del personal a cargo de dicho proceso”.

6.2. Del inventario de equipos TIC

En el inventario de equipo de TI aportado por el Centro de Gestión Informática del hospital San Carlos, se constataron las siguientes inconsistencias:

- ✓ Uso de números para identificar los equipos en el inventario de TIC -1111, 11111, 111111, 1166- que no corresponden a una placa institucional.

⁵ Narrativa del 20 de agosto de 2020.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

- ✓ Falta de información, por ejemplo, no se especifica el nombre del equipo.
- ✓ Equipos con nombres tales como 2401_CD, 2401-FAR-UNIDO2, 2401-PAT-MORG, 2401_CE_CA, 2401-ENF-PERI, no se ajustan a la nomenclatura diseñada por la institución.
- ✓ Equipos con sistema operativo Windows 7, Vista y Microsoft Office 2007 instalados, que actualmente no tienen soporte.
- ✓ Número de placa no concuerda con el nombre del equipo.
- ✓ Datos del inventario no coinciden con los registros del SCBM.
- ✓ Equipos sin placa.
- ✓ Equipos en uso en el inventario de TIC y retirados en el SCBM (placa 790425).
- ✓ En Registros Médicos se encuentra la placa 846854 como CPU, sin embargo, en SCBM se registra como MONITOR PARA MICROCOMPUTADORA, ubicado en la DIREC. DE ARQUITECTURA E INGENIERIA, como responsable YAHAIRA DEL CARMEN QUIROS MONTERO.
- ✓ Según inventario del CGI, el equipo placa 1115003 se localiza en Consulta Externa, sección 3 a, usuario Dr. Miranda, sin embargo, en el SCBM, se reporta como ACTIVO NO UBIC.FISICA.FAL, estado actual RETIRADO, el cual tiene un costo inicial de ₡558 600,00.
- ✓ No se registra en el inventario la fecha de ingreso de los dispositivos, ni el vencimiento del período de garantía.

Las Normas Institucionales de Seguridad Informática, en el apartado 7.3. Normas para la política uso de estaciones de trabajo, de cumplimiento por parte de los administradores de los Centros de Gestión Informática, citan:

“Los soportistas de los Centros de Gestión Informática, deberán velar porque los equipos de cómputo, cuenten con:

- Cada Centro de Gestión Informática, en coordinación con el respectivo encargado de activos, deberá contar con un inventario actualizado de las estaciones de trabajo, correspondiente a todas las estaciones de trabajo adscritas al Centro de Gestión Informática, dicho inventario debe incluir el nombre del funcionario responsable del equipo, así como el listado de las características técnicas del hardware, donde al menos se conozca:
 - La capacidad del disco duro, la cantidad de memoria RAM, el tipo de procesador y su velocidad, el tipo de tarjeta madre y sus características, de ser posible contar también los números de serie de los dispositivos que la contengan.
 - Software autorizado por la Institución o bien licencias adquiridas por la Unidad.
 - Actualización de los antivirus y parches necesarios para asegurar el buen funcionamiento del equipo.
 - Asegurar el buen funcionamiento de la conexión del equipo de cómputo a la red institucional (...).”

La Guía para la Evaluación del Reemplazo sobre Activos de TIC en el numeral 3.1.1 Inventario de TIC actual, menciona:

“Indica el listado de los activos que conforman la plataforma tecnológica de su correspondencia (...):

- a. Número de placa
- b. Descripción
- c. Servicio
- d. Fecha de ingreso
- e. Vencimiento del periodo de garantía.

Debe considerarse la cantidad de años en que ha estado en funcionamiento los activos de TIC, para determinar si ya sobrepasó su vida útil”.

El Lineamiento General de Inventarios TIC, dispone:



“2.2 Los funcionarios del CGI deben tener acceso al SCBM con el propósito de consultar datos básicos del activo TIC: ubicación, responsable, responsable del contrato, vigencia de garantías, proveedor del activo, registro de mejoras, costos, depreciación, entre otros”.

Finalmente, las Normas de Control Interno para el Sector Público, en apartado 4.4.5 Verificaciones y Conciliaciones Periódicas, definen:

“La exactitud de los registros sobre activos... debe ser comprobada periódicamente mediante las conciliaciones, comprobaciones y otras verificaciones (...)”.

6.3. Del diagnóstico de los equipos TIC

Se determinó que no se dispone de un diagnóstico de la plataforma tecnológica, si bien el inventario registra información que sirve de base, presenta inconsistencias en sus registros, además, el diagnóstico o informe de remplazo de TIC es un instrumento que se realiza una vez al año, producto de las revisiones periódicas de los recursos de TI mediante la Guía para el reemplazo de los activos TIC.

El Lineamiento General de Inventarios TIC, en el apartado 7. Diagnóstico de la plataforma tecnológica, señala:

“7.1 Es responsabilidad de la administración de la unidad de trabajo realizar un diagnóstico del estado actual de la plataforma tecnológica con que dispone. Esta tarea se debe realizar una vez al año, considerando los servicios que dependen de las tecnologías de información. Para ello, la administración debe coordinar con el Centro de Gestión Informática (CGI) que le brinda soporte técnico, con el propósito de llevar a cabo la actividad de diagnóstico del estado actual de sus recursos TIC.

7.2 El encargado del Centro de Gestión Informática debe brindar a la administración de la unidad de trabajo un reporte con el diagnóstico realizado, señalando los recursos de TIC candidatas al remplazo, mejora, reparación o declaratoria de obsolescencia”.

Las Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información, en punto 3.3 Implementación de infraestructura tecnológica, indican:

“La organización debe adquirir, instalar y actualizar la infraestructura necesaria para soportar el software de conformidad con los modelos de arquitectura de información e infraestructura tecnológica y demás criterios establecidos”.

6.4. Del cableado de la Red de datos

Se constató que el cableado de la red de datos del hospital San Carlos no está certificado; el Ing. Jimmy Salazar Arrieta, Coordinador del Centro de Gestión Informática, manifestó que se están gestionando los recursos con el nivel central, sin embargo, no se aportó información del avance obtenido.

El documento para la Construcción de cableados de red y centrales telefónicas, en el apartado 4. Cableado horizontal, dispone:

“e. Todo lo utilizado para efectuar el cableado horizontal debe cumplir con lo normado para categoría 6a, esto incluye cable par trenzado CAT 6a CMR sin blindar, 4 pares (23 AWG), que cumpla con el estándar IEEE 802.3 y la norma ANSI/TIA-568-B, garantizando frecuencias de hasta 550MHz, conectores RJ45 6a, patch panel's 6a, patch cord's 6a, etc”.



La Guía de Mejores Prácticas en la Gestión de los Centros de Producción de Datos, en el punto 1.1 Sistema de distribución de cableado, define:

“En los sistemas de distribución se determina la canalización y distribución del cableado estructurado (Fibra óptica y UTP Categoría 6a) en un centro de producción de datos. El cableado de red debe ser certificado por el fabricante para cuando existan contratos con terceros, lo que implica que deben cumplirse con los estándares de cableado estructurados y sus normas internacionales ANSI/TIA-568A, ANSI/TIA-568C, ANSI/TIA-569B, ANSI/TIA-606A y ANSI/TIA-607A y sus anexos”.

Los aspectos mencionados se originan por la ausencia de mecanismos de supervisión y control por parte de las autoridades del hospital, sobre el cumplimiento de las actividades sustantivas a cargo del Centro de Gestión Informática, aprovechamiento de los recursos presupuestarios asignados, debido a que en los últimos 5 períodos se han presentado subejecuciones en las partidas 2159 “mantenimiento y reparación de equipo cómputo y sistemas de información” y 2315 “equipo computo”, por ₡34 millones, así como a la informalidad en el cumplimiento de la normativa técnica aplicable.

Lo señalado no garantiza a la Administración Activa el cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de mantenimiento preventivo, el cual puede repercutir en el nivel de calidad y desempeño de los dispositivos tecnológicos existentes, así como en su vida útil; las inconsistencias del inventario de TIC comprometen el control de los activos, debido a que ciertos datos no coinciden con los registros del Sistema Contable Bienes Muebles; la falta de un diagnóstico no permite a las autoridades conocer los equipos candidatos al reemplazo, mejora, reparación o declaratoria de obsolescencia; no cumplir con los estándares de cableado de red puede generar interferencias, pérdida de paquetes o de datos de información; aspectos que además influyen en las condiciones necesarias para la implementación de los aplicativos del Expediente Electrónico.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos por esta Auditoría revelan que la Administración Activa del hospital San Carlos requiere fortalecer la implementación de los módulos del ARCA en los diversos servicios, uso de los componentes de conformidad con la normativa, reglas del negocio y requerimientos de usuarios, además, se determinaron oportunidades de mejora en el análisis de la calidad de la información registrada en EDUS – ARCA, expediente digital SIES por parte de los usuarios según perfil otorgado, así como en la designación de un usuario líder en el centro médico que verifique la calidad de la información acorde con lo referido en la normativa institucional vigente en la materia, con el fin de avalar la integridad de la información.

La evaluación permitió identificar la necesidad de actualizar el inventario de los equipos que conforman la plataforma tecnológica EDUS ARCA en el hospital San Carlos y su administración, debido a las inconsistencias presentadas en los reportes de los estados de los equipos de cómputo que controla el Centro de Gestión Informática Local y los datos ingresados en el Sistema Contable de Bienes Muebles SCBM, lo cual genera que no se pueda garantizar el resguardo de los activos asignados a esa Unidad y a la ausencia de un plan de sustitución de los equipos que han cumplido la vida útil y/o se encuentran en mal estado de funcionamiento.

Aunado a lo anterior, es importante reiterar la obligatoriedad y responsabilidad -de los funcionarios- de atender lo que dicta el marco normativo institucional y las Normas de Control Interno para el Sector Público en materia de Bienes Muebles administrados, relacionado con la custodia y control de los activos, valoración del riesgo, procedimientos sobre el ingreso de un activo, retiro o traslado. Asimismo, se evidenció la necesidad de fortalecer la práctica de inventarios periódicos que permitan conocer el estado de los bienes muebles, sea para darlos de baja o que sean aprovechados en el mismo centro de trabajo o en otras Unidades de la institución, efectuando los registros correspondientes en el SCBM.



RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO FELIPE RUÍZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Efectuar un recordatorio a los Directores de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y a los Directores de los hospital Nacionales y Especializados, sobre la importancia de la verificación de los datos estadísticos registrados en el SIES (Expediente Digital), la integración con el ARCA y que estos sean detallados en el campo destinado para el registro del diagnóstico. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 5 del presente informe. Para dar atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar evidencia documental de las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento 2 meses** a partir de recibido el presente informe.

AL DR. GUSTAVO ZELEDÓN DONZO, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR NORTE O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

2. Ordenar se realice un análisis de las recomendaciones emitidas en los informes de lista de espera quirúrgica elaborados por la Unidad de Gestión de Listas de Espera de esa Dirección de Red, con el objetivo de medir el cumplimiento, fortalecimiento de las posibles falencias detectadas a tiempo para evitar que se materialice el riesgo, debido a que se señalaron las mismas recomendaciones durante el período evaluado. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 3 del presente informe. Para dar por atendida la presente recomendación la Administración deberá aportar evidencia de las acciones de seguimiento realizadas. **Plazo de cumplimiento 6 meses** a partir de recibido el presente informe.

AL DR. EDGAR CARRILLO ROJAS, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL SAN CARLOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Efectuar un recordatorio a los profesionales médicos sobre el registro de la información en el SIES (Expediente Digital), con el propósito de que estos sean detallados en el campo destinado para el registro del diagnóstico y de la forma correcta. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 5 del presente informe. Para dar atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar evidencia documental de las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 2 meses** a partir de recibido el presente informe.
4. Brindar seguimiento y soporte a la estrategia definida por el Comité Gestor del Expediente Digital Único en Salud - EDUS, con el fin de que se incorporen los requerimientos necesarios considerando las situaciones señaladas en el hallazgo 1 referente al uso de los módulos o aplicativos, en el que, además, se verifiquen las acciones requeridas para el fortalecimiento de la conectividad del Expediente en Salud, conforme lo establecido en la Ley 9162 y otra normativa aplicable vigente. Lo anterior, con el fin de garantizar oportunidad en la atención, simplificación de trámites, facilitar los procedimientos requeridos por los profesionales en salud y administrativos, disponer de las condiciones necesarias para las funcionalidades pendientes de implementación del Expediente Digital Único en Salud en el hospital San Carlos. Para dar por atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar un informe de los trabajos a ejecutar responsabilidad del Proyecto EDUS, del centro médico y fecha probable de finalización. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.
5. Designar y capacitar un funcionario administrador del sistema ARCA Hospitalización con el propósito de que él y las jefaturas de servicio se ajusten a lo establecido en el Manual sobre la operativa de las labores de administración de usuarios y perfiles en el Expediente Electrónico. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 2. Para dar por atendida la recomendación, la Administración Activa deberá aportar la nota de designación y los mecanismos de control diseñados para tal fin. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.



AL ING. JIMMY SALAZAR ARRIETA, EN SU CALIDAD DE COORDINADOR DEL CENTRO DE GESTIÓN INFORMÁTICA DEL HOSPITAL SAN CARLOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

6. Elaborar informes periódicos e informar a las autoridades locales sobre el comportamiento de las incidencias que se producen según tipo: sistemas de información, soporte, redes, seguridad y las soluciones que se brindan, tiempos de atención, cargas de trabajo, entre otras para el control de las actividades a cargo del ente técnico, toma de decisiones y el aprovechamiento de las herramientas proveídas por la institución. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 4. Para dar por atendida la presente recomendación se deberá aportar el primer informe que se presente a las autoridades del hospital producto de la gestión efectuada en el manejo de incidencias. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.
7. Brindar seguimiento al plan y cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo cómputo con el propósito de garantizar su cumplimiento y generar indicadores para la toma de decisiones en cuanto al estado de la plataforma tecnológica. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 6. Para dar por atendida la presente recomendación se deberá aportar el avance obtenido y la ficha técnica como resultado de las rutinas ejecutadas a cada uno de los dispositivos. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.
8. Corregir la información contenida en el inventario de TIC y proceder según la normativa para el control y administración de activos. Lo anterior de conformidad con el hallazgo 6. Para dar por atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar evidencia documental de las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe
9. Remitir un detalle del activo placa 1115003, debido a que se reportó como faltante retirado en el Sistema Contable Bienes Muebles SCBM y el inventario de TIC se ubica en la sección 3 a. Lo anterior de conformidad con el hallazgo 6. Para dar por atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar evidencia documental de las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.
10. Elaborar un diagnóstico del estado actual de la plataforma tecnológica, producto de los resultados obtenidos de la aplicación de la Guía para el reemplazo de los activos TIC, con el objetivo de reportar a las autoridades los recursos candidatos al remplazo, mejora, reparación o declaratoria de obsolescencia, en el que además se valore analizar aquellos dispositivos con sistemas operativos y herramientas ofimáticas sin soporte. Lo anterior de conformidad con el hallazgo 6. Para dar por atendida la presente recomendación, la Administración Activa deberá aportar evidencia documental del diagnóstico efectuado, los resultados y las acciones a ejecutar. **Plazo de cumplimiento: 6 meses** a partir de recibido el presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados de la presente evaluación fueron comentados el 21 de setiembre de 2020 con los siguientes colaboradores del hospital San Carlos: Dr. Edgar Carrillo Rojas, Director General; Dra. Graciela Barrantes Alfaro, Médico Asistente General coordinadora Grupo Gestor Listas de Espera; Dr. Daniel Abarca Hernández, Médico Asistente General; Lic. Oscar Vargas Murillo, Director Administrativo Financiero; Ing. Jimmy Salazar Arrieta, coordinador Centro Gestión Informática; Lic. Mauricio Valverde Arias, jefe de Registros y Estadísticas en Salud; Licda. Taryn Ramírez Quirós, Asistente Administrativo Dirección General; quienes indicaron estar de acuerdo con las recomendaciones emitidas para atender los hallazgos y los plazos de cumplimiento, además, refirieron que van a fortalecer las gestiones para la implementación del sistema ARCA; en atención a la recomendación 4. El Dr. Carrillo Rojas, indicó: *“la fecha probable de finalización de la compra de voz y datos depende de la Administración Activa del hospital San Carlos, no obstante, no se finaliza con la primera etapa la implementación del proyecto EDUS, por parte de la Dirección Médica, se brindará seguimiento al proyecto EDUS, sin embargo, no depende de la administración del centro médico la implementación del EDUS*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

y sus aplicativos en su totalidad, debido a que los proyectos están siendo gestionados en conjunto con la Dirección de Mantenimiento Institucional". Ese mismo día también se comentó con personal de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte: Dr. Gustavo Zeledón Donzo, Director; y doctores Cindy Rodríguez Araya y Dr. Javier Alfaro Rodríguez, Médicos Asistentes Generales; quienes manifestaron estar de acuerdo con la recomendación emitida y el plazo de cumplimiento.

El 24 de setiembre de 2020 se comentó con los siguientes colaboradores de la Gerencia Médica: MDE. Gilberto Alonso León Salazar y M. Sc. Ana Lorena Solís Guevara, Asesor y jefe de Estadísticas en Salud; quienes manifiestan estar de acuerdo con el hallazgo 5, la recomendación 1 y con el plazo de cumplimiento.

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

Licda. Hellen A. Ortega Chamorro
Asistente de Auditoría

Ing. Óscar Chaves Aguirre
Asistente de Auditoría

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgtr.
Jefe de Subárea

OSC/GAP/OCHA/HOCH/ams