

ASALUD-0008-2025

8 de mayo de 2025

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó de conformidad con el programa de actividades especiales del Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el periodo 2024 y en atención denuncia sobre presuntas irregularidades en las jornadas de producción quirúrgica de ortopedia del hospital San Juan de Dios.

Mediante el Plan 5-1 se organizó la atención de pacientes en espera de una cirugía del servicio de ortopedia del período 2016-2021, no obstante, conforme avanzó la resolución de casos, se fueron incorporando pacientes de los años 2022 al 2024, si bien, la dirección general del hospital en conjunto con las jefaturas de sección de cirugía y servicio de ortopedia conformaron dos equipos de trabajo para la atención específica por año de ingreso a la lista de espera, se evidenció que esta disposición no fue cumplida, por cuanto, ambos equipos, resolvieron casos de otros años.

Por otro lado, se determinaron debilidades de registro de información de los casos resueltos en jornadas de producción, al no disponerse de la fecha de ingreso del paciente a la lista de espera y en otros casos, pacientes con dos fechas de ingreso en esta lista, situación que no favorece una adecuada evaluación que permita determinar si todos los casos atendidos, corresponden con el período aprobado en el Plan 5-1.

Adicionalmente, se determinó que en jornadas de producción quirúrgica fueron resueltos casos relacionados con artroscopias, retiro de material y halluz valgus (deformidad del pie-juanete) ingresados a la lista de espera en el período 2023-2024, sin contar, con una autorización previa por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera, más bien, cuando la dirección general del hospital solicitó autorización a esta Unidad, el centro médico ya registraba casos de esta naturaleza resueltos.

En relación con las cirugías asistidas por médicos generales, se evidencia que la distribución no fue equitativa o equilibrada, siendo el Dr. M.N.C, Coordinador Unidad Control de Gestión, el profesional que más registro esta labor, y quien tenía a cargo la programación de las cirugías y la asignación de los médicos asistentes, lo cual demuestra una concentración de funciones incompatibles que afecta el sistema de control interno.

En cuanto al control ejercido por la Unidad Técnica de Listas de Espera, responsable de brindar el aval al Plan 5-1 y de la asignación presupuestaria, considera este órgano de fiscalización, que fue insuficiente para detectar con la oportunidad necesaria, los hechos citados, a los efectos de adoptar las medidas correspondientes y evitar la materialización de los riesgos, en este sentido, la Dra. Verónica Quesada Espinoza, directora de la Unidad Técnica de Listas de Espera, manifestó que a partir de los informes recibidos del hospital San Juan de Dios sobre el cumplimiento del Plan 5-1, no era posible detectar este tipo de situaciones.

Además, se determinaron debilidades de control relacionadas con la elaboración, reporte y trámite de pago de tiempo extraordinario por concepto de jornadas de producción quirúrgica, al existir formularios que no contienen las respectivas firmas de la autoridad superior, ni de la jefatura de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y el formulario de tiempo extraordinario no es firmado por la jefatura del servicio de ortopedia ni dirección general del centro médico.

Se evidenció que el reporte de procedimientos realizados en jornadas de producción remitido a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, adjunto al formulario de tiempo extraordinario, no contiene ninguna firma que indique la persona responsable de su elaboración, además, solamente contiene datos relacionados con el día de la cirugía, procedimiento realizado y porcentaje de pago, sin información que permita asociar cada procedimiento con el paciente de la lista de espera quirúrgica.

Se evidencia una concentración de funciones a cargo del Dr. M. N. C., Coordinador Unidad control de la gestión, quien elabora los reportes de tiempo extraordinario, los firma como jefe del servicio de ortopedia y los remite a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos para su gestión de pago, sin que exista un proceso de revisión previa por parte de otra instancia, como lo sería la Dirección General del hospital, que brinde garantía de la calidad de la información y del uso eficiente de los recursos asignados en jornadas de producción.

Por otro lado, se destaca la ausencia de la participación de la Jefatura de la Unidad de recursos Humanos, al no firmar los reportes, lo cual evidencia que los pagos se tramitaron únicamente con la firma del Dr. M. N. C. y el funcionario de esta unidad a cargo de esta labor, sin que otra persona, garantice que los pagos realizados son correctos.

De la revisión efectuada, se evidencia que existe un debilitamiento del control interno, en cuanto al cumplimiento de la jornada laboral por parte del médico Dr. C. M S. Q. y Dr. M. E. N. C.

La calidad de la información consignada en las hojas de anestesia y en las hojas de consumo de insumos de ortopedia es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia en la gestión de recursos institucionales.

Por lo anterior, se emitieron seis recomendaciones dirigidas a la Unidad Técnica de Listas de Espera y Dirección General y Administrativa Financiera del hospital San Juan de Dios, para que se subsanen los hechos evidenciados en el estudio.

ASALUD-0008-2025

8 de mayo de 2025

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LAS JORNADAS DE PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA DE ORTOPEDIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- 2102

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con la programación de actividades especiales del Plan Anual Operativo de 2025 del Área de Auditoría de Salud, y en atención a denuncia DE-128-2024.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la razonabilidad del control interno respecto a las jornadas de producción en la especialidad de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la atención de la lista de espera quirúrgica de ortopedia de conformidad con los términos establecidos en el Plan 5-1 y autorizados por la Unidad Técnica de Listas de Espera.
2. Evaluar la programación de médicos asistentes generales como asistentes en jornadas de producción quirúrgica de ortopedia.
3. Verificar el control establecido para la elaboración, trámite y gestión de pago de tiempo extraordinario en jornadas de producción quirúrgica de ortopedia.
4. Evaluar la programación y el indicador de suspensión de cirugías por falta de insumos en las jornadas de producción quirúrgica de ortopedia.

ALCANCE

El presente estudio contempla la revisión de los hechos citados en denuncia DE-128-2024 relacionada con jornadas de producción quirúrgica en la especialidad de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios, en virtud de lo cual se evaluó el período comprendido entre enero y junio de 2024, ampliándose en los casos que se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015, así como en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, R-DC-119-2009, del 16 de diciembre de 2009.

METODOLOGÍA

Para la atención de los objetivos indicados en el estudio, se aplicaron los siguientes procedimientos:

Solicitud y análisis de lo siguiente:

- Oficios suscritos por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general hospital San Juan de Dios: HSJD-DG-3841-20 del 13 de setiembre de 2024 remitido a la auditoría interna con el asunto: “Acciones relacionadas con control de jornadas de producción en cirugía ortopédica” y HSJD-DG-3818-2024 del 11 de setiembre de 2024, enviado al Dr. Manuel Navarro Correa, Coordinador Unidad Control de la Gestión y Dra. Heidy Elizondo Marín Jefe Sección de Cirugía con el asunto “recordatorio organización e implementación jornadas de producción hospitalaria”, HSJD-DG-0483-2024 del 2 de febrero de 2024 dirigido a la Dra. Heidy Elizondo Marín, Jefe a.i. Sección de Cirugía, HSJD-DG-4047-2024 del 27 de setiembre de 2024, enviado al Dr. Ricardo Guerrero Lizano, Jefe Servicio de Ortopedia.
- A la Unidad de Gestión de Recursos Humanos: reportes de tiempo extraordinario de profesionales participantes en jornadas de producción quirúrgica de ortopedia, hoja de procedimientos realizados, reporte de planilla de pago, permisos con o sin goce de salario, vacaciones o incapacidades, de los funcionarios Manuel Elías Navarro Correa y Carlos Mario Salazar Quirós.
- Dr. Miguel Arguedas Marín, Coordinador Sala de Operaciones, Hospital San Juan de Dios: reporte de cirugías realizadas en jornadas de producción quirúrgica de ortopedia.
- A la jefatura del Servicio de Ortopedia: Lista de Espera Quirúrgica, informes emitidos sobre jornadas de producción, reporte causas de suspensión cirugías programadas en jornadas de producción, oficio HSJD-JORT-837-24 del 13 de mayo de 2024, oficio H.S.J.D.JOR-1806-24 del 24 de setiembre de 2024, enviado a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general.
- A la Unidad Técnica de Listas de Espera: Plan 5-1 para la atención de la ruta de listas de espera 2016 a 2020 y su aprobación, del hospital San Juan de Dios, Lista de Espera quirúrgica de ortopedia, resuelta y pendiente, avales de prorrogas otorgadas al Plan 5-1, homologaciones autorizadas para atender las jornadas de producción quirúrgica de ortopedia, tabla quirúrgica por destajo (GM-11985-2019), informe del mayor auxiliar de asignaciones presupuestarias.
- Entrevista a los siguientes funcionarios:
 - Dr. Manuel Navarro Correa, Unidad de Control de gestión.
 - Dra. Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora Unidad Técnica de Listas de Espera.
 - Dra. Gabriela Guevara Rivera, Enlace Unidad Técnica de Listas de Espera.
 - Dra. Gabriela Sánchez Cervantes, Enlace Unidad Técnica de Listas de Espera.
 - Dr. Ricardo Guerrero Lizano, jefe Servicio Ortopedia.
 - Dr. Carlos Salazar Quirós, MAE ortopedia.
- Revisión en EDUS-SIES de una muestra de casos atendidos en jornadas de producción quirúrgica en ortopedia a los efectos de verificar la información contenida en el expediente digital en salud con las anotaciones realizadas en la lista de espera, reporte de sala de operaciones y hojas de anestesia.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292, del 4 de setiembre de 2002.
- El Reglamento General de Hospitales, N° 1743-SPPS, 04 de junio de 1971.
- Normas del Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, febrero 2009.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, agosto 2014.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE 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 debido a 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 hospital San Juan de Dios suscribió¹ en agosto de 2023, el “Plan 5-1 para la atención de la ruta de listas de espera 2016 a 2020”, con el objetivo de reducir en un 50% el plazo promedio de espera de las cirugías ingresadas en el período 2016 a 2021 (título del plan indica 2016-2020), tomando como referencia la lista de espera quirúrgica con corte al 30 de abril de 2023:

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
108	600	737	800	464	1084	1238	418	5449

Las especialidades incluidas en el Plan 5-1 son Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía General, Oftalmología, Vascular Periférico y Urología y las jornadas de producción se realizarían en los quirófanos de los hospitales San Juan de Dios y CENARE y los C.A.I.S. de Puriscal y Desamparados.

La Dra. Flavia Solórzano Morera, Coordinadora, Unidad Técnica de Listas de Espera, en ese momento, remitió el oficio GM-AOP-0785-2023 del 6 de setiembre de 2023, a la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, directora general del hospital San Juan de Dios, mediante el cual brinda el aval al Proyecto 5-1, considerando el acuerdo de Junta Directiva, Sesión No. 933, artículo 5 que definió “Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y en la gestión del recurso humano especializado en salud”.

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general, remitió a la Dra. Heidy Elizondo Marín, jefe a.i. Sección de Cirugía, oficio HSJD-DG-0483-2024 del 2 de febrero de 2024, manifestando “...la implementación y organización de las jornadas de producción a nivel del Hospital es responsabilidad directa de la Jefatura de Sección y la Jefatura de Servicio como **líderes de todo el proceso...**” (énfasis corresponde al original).

El Proyecto 5-1 fue autorizado para ser ejecutado hasta el 31 de diciembre de 2023 y con una asignación presupuestaria a esa fecha de ₡ 1.372.941.659,67 colones y ha sido prorrogado en dos ocasiones².

¹ Suscrito por la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, directora general y Dr. Manuel Navarro Correa, Encargado Unidad Control de Gestión, hospital San Juan de Dios.

² Prórrogas autorizadas al Plan 5-1 según oficios dirigidos a la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla: GM-AOP-1256-2023 del 21 de diciembre de 2023 suscrito por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, Gerente Médico, del 1 de enero 2024 al 31 de marzo 2024 y GM-AOP-0267-2024 del 1 de abril de 2024, suscrito por el Dr. Camilo Sing Briz, Coordinador, UTLE, en ese momento, avala prórrogas mensuales con prórrogas automáticas hasta por seis meses (1 de abril 2024 al 30 setiembre de 2024).

De acuerdo con el informe del mayor auxiliar de asignaciones presupuestarias³, los recursos otorgados al hospital San Juan de Dios para la atención de las jornadas de producción quirúrgica fueron ₡3,002,985,700.00 y el gasto al 6 de noviembre de 2024 es de ₡2,359,514.463.17, para un saldo de ₡643,471.236.83 (78.57% de ejecución).

HALLAZGOS

1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN 5-1 PARA LA REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE ORTOPEDIA

1.1 De la atención de casos ingresados en la lista de espera del período 2022-2024

Se determinó que mediante jornadas de producción quirúrgica fueron atendidos pacientes de la lista de espera del servicio de ortopedia del hospital San Juan de Dios del período 2016-2021, según lo acordado en el Plan 5-1⁴, no obstante, también se resolvieron casos ingresados en la lista de los años 2022-2024, existiendo casos pendientes del período 2016-2021.

Por otro lado, se evidenciaron debilidades relacionadas con la calidad de la información, por cuanto, se registran casos resueltos sin fecha de ingreso a la lista de espera o con dos fechas de ingreso, lo que imposibilita determinar la fecha real de ingreso a la lista de espera y el cumplimiento efectivo del Plan 5-1.

En este sentido, la lista de espera para cirugía en ortopedia y producción quirúrgica obtenida mediante las jornadas en el período 2023-2024, es la siguiente:

- **Lista de espera quirúrgica en ortopedia**

Cuadro No.1
Hospital San Juan de Dios
Lista de espera quirúrgica según año de ingreso
Servicio de Ortopedia
Al 31 de agosto de 2024

Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Cantidad	0	0	2	33	394	589	820	872	2710

Fuente: Servicio de Ortopedia, Hospital. San Juan de Dios

- **Producción quirúrgica ortopedia**

³ Reporte suministrado por la Dra. Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora Unidad Técnica de Listas de Espera.

⁴ Si bien el título del Plan 5-1 indica 2016-2020, el contenido del plan señala como objetivo 2016-2021, tomando este período como referencia para efectos de la evaluación de auditoría.

Cuadro No.2
Hospital San Juan de Dios
Casos resueltos en jornadas de producción quirúrgica
Por año de ingreso a la Lista de Espera
Servicio de Ortopedia
2023-2024

Período		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	Observaciones
Casos resueltos	Noviembre-diciembre 2023	17	52	65	20	54	3	4	0	215	N.A.
	Al 12-9-2024	0	125	134	127	213	244	119	13	975	El total no incluye: 12 cx sin fecha de ingreso a la lista de espera. 28 cx con dos fechas distintas de ingreso en la lista de espera. 1 cx realizada en jornada ordinaria.

Fuente: Sala de Operaciones, Servicio de Ortopedia, Hospital. San Juan de Dios

Con base en lo anterior, se determinó lo siguiente:

- Del período 2017-2021 se encontraban pendientes 429 casos, distribuidos de la siguiente forma: 2 del 2019, 33 del 2020 y 394 del 2021.
- En jornadas de producción fueron resueltos 383 casos que ingresaron a la lista de espera en el período 2022-2024, distribuidos de la siguiente manera: 247 del 2022, 123 del 2023 y 13 del 2024.
- 12 casos no registran fecha de ingreso a la lista, 28 incluyen dos fechas distintas de ingreso y una cirugía fue realizada en jornada ordinaria.

El Plan 5-1 indica en el apartado “Alcance y exclusiones”, en cuanto a la atención de casos fuera del período establecido, lo siguiente:

“El proyecto en mención propone atender un delimitado tipo de pacientes, para un periodo de tiempo (2016-2021). No obstante, de existir algún usuario con resolución constitucional por un recurso de amparo y que corresponda al periodo mencionado, se gestionará su valoración. De no pertenecer al periodo 2016-2021, los servicios deberán informar en la base de datos de recursos de amparos, cada uno de los usuarios para poder obtener una eventual justificación del retraso del cumplimiento de las metas establecidas”.

1.2 Sobre la priorización de casos en atención de la lista de espera de ortopedia

Se determinó que la lista de espera quirúrgica del servicio de ortopedia no fue atendida de conformidad con la priorización establecida en el Plan 5-1, según lo instruido por la dirección general del hospital y aprobado por la Unidad Técnica de Listas de Espera.

Consta en actas de acuerdos del 9 de enero de 2024⁵, celebradas en la dirección general del hospital, lo siguiente:

- Con la participación del Dr. Ricardo Guerrero Lizano, jefe Servicio de ortopedia, se acordó que la Unidad de Gestión⁶, (que incluye al equipo itinerante) resolvería los casos de la lista de espera del 2018 y el equipo del servicio de ortopedia el 2019, incluidos todos los reemplazos, además, que este servicio se haría cargo del proyecto (Plan 5-1).
- Con la participación de la dirección y subdirección general del hospital, jefaturas de sección de cirugía y servicio de ortopedia⁷, se expone el tema de disconformidad con la programación en jornadas de producción (cita que los MAE de ortopedia desean seleccionar pacientes en las jornadas), se acuerda que los reemplazos los resuelve el servicio de ortopedia, el equipo itinerante atenderá la lista de espera del 2018 (con excepción de los reemplazos) y el equipo de ortopedia 2017 e inicia con 2019, el servicio de ortopedia y la jefatura de sección asumen el control total del proyecto de jornadas de producción quirúrgica, el servicio de ortopedia

De conformidad con lo anterior, el Plan 5-1 fue atendido por dos equipos de trabajo, cada uno responsable de resolver un año específico de la lista de espera quirúrgica, el itinerante el 2018, excepto los reemplazos y el equipo del servicio de ortopedia los años 2017, 2019 al 2021 y reemplazos, no obstante, ambos equipos atendieron casos de todos los años.

El equipo itinerante estaba integrado por el Dr. Carlos Salazar Quirós, MAE Ortopedia⁸ y el otro equipo estaba conformado por MAE del Servicio de Ortopedia, a cargo del Dr. Ricardo Guerrero Lizano, Jefatura.

1.2.1 Casos resueltos por el equipo Itinerante según año de ingreso a la lista de espera:

Cuadro No.3
Hospital San Juan de Dios
Casos resueltos en jornadas de producción quirúrgica
Por año de ingreso a la Lista de Espera
Dr. Carlos Salazar Quirós
2018-2023

Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Casos atendidos	47	42	52	145	142	32	460

Fuente: Sala de Operaciones, hospital San Juan de Dios

Observaciones: El total excluye 5 casos que no tienen fecha de ingreso a la lista de espera y 13 casos que registran 2 o más fechas de ingreso.

De acuerdo con el cuadro anterior, el Dr. C. S. Q. atendió casos ingresados a la lista de espera del 2018 al 2023, cuando le correspondía resolver solamente el 2018, sin que esta Auditoría disponga de evidencia que indique un cambio en los acuerdos adoptados en la dirección general del hospital y en el Plan 5-1.

⁵ Suministrada a la auditoría mediante oficio HSJD-DG-3841-2024 del 13 de setiembre de 2024, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general.

⁶ Dr. Manuel Navarro Correa, Coordinador Unidad de Gestión

⁷ En oficio HSJD-DG-3818-2024 del 11 de setiembre de 2024 suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla se indica que participaron: La Dra. Villalta Bonilla, directora general, la Dra. Milena Zamora, jefe Sección Cirugía a.i., Dra. Alejandra Elizondo Marín, Sección Cirugía, Dr. Diego Rodríguez, MAE en Ortopedia y jefe a.i. Servicio de Ortopedia y Dr. Mario Sibaja Campos, subdirector General.

⁸ Asignado por la Gerencia Médica como profesional de apoyo para la atención de la lista de espera.

1.2.2 Casos resueltos por el equipo del Servicio de Ortopedia según año de ingreso a la lista de espera:

En este mismo orden, el equipo de trabajo integrado por los profesionales del servicio de ortopedia, igualmente, resolvieron casos distintos al alcance del Plan 5-1 y los acuerdos tomados en la dirección general, según se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No.4
Hospital San Juan de Dios
Casos resueltos en jornadas de producción quirúrgica
Por año de ingreso a la Lista de Espera
Servicio Ortopedia
2023-2024

Nombre del profesional	2022	2023	2024
A. G. G. C.	8	11	2
A. R. C..	80	35	0
C. A. R. M.	2	7	1
E. M. P. C.	2	13	0
F. J. B. V.	0	1	0
I. E. M. L.	0	8	0
J. F. S.	2	0	5
L D R. C.	4	7	4
P. A. Ch. G.	4	4	1
S. L. C. S.	0	1	0
Subtotal	102	87	13

Fuente: Sala de Operaciones, hospital San Juan de Dios

De acuerdo con el cuadro anterior, en jornadas de producción quirúrgica, los profesionales del servicio de ortopedia atendieron 202 casos ingresados a la lista de espera en el período 2022-2024.

1.3 De la atención de casos no autorizados por la Unidad Técnica de Lista de Espera

Se determinó que en jornadas de producción se realizaron procedimientos quirúrgicos ingresados en la lista de espera en los años 2023-2024 sin contar previamente con la autorización de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

Los procedimientos realizados con los siguientes:

Cuadro No.5
Hospital San Juan de Dios
Procedimientos realizados sin previa autorización de la UTLE
Al 12 de setiembre de 2024

Año de ingreso	Procedimiento	Cantidad de procedimientos
2023	Hallux valgus	28 (2 en marzo, 5 en mayo, 2 en julio, 13 en agosto y 6 en setiembre)
	Artroscopias	35: 2 de hombro (1 en abril y 1 en mayo) 33 de rodilla (todas en mayo)
2024	Hallux valgus	2 (10 y 12 de setiembre)
	Retiro de material	4 (3 en agosto y 1 en setiembre)

Fuente: Sala de Operaciones, hospital San Juan de Dios

El Dr. Ricardo Guerrero Lizano, jefe Servicio de Ortopedia, remitió oficio H.S.J.JOR-1806-24 del 24 de setiembre de 2024 a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general del hospital San Juan de Dios, solicitando autorización para operar en las jornadas de producción quirúrgicas pacientes de la lista de espera, artroscopias y Hallux Valgus del período 2023-2024 y procedimientos de retiro de material de pacientes del 2024.

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla remitió oficio HSJD-DG-4047-2024 del 27 de setiembre de 2024 al Dr. Ricardo Guerrero Lizano, mediante el cual brinda el aval a la solicitud realizada en el oficio H.S.J.JOR-1806-24.

Es decir, cuando el Dr. Guerrero Lizano solicitó a la dirección general del hospital autorización para atender en jornadas de producción hallux valgus, artroscopias y retiro de material de pacientes ingresados en la lista de espera en el período 2023-2024, el centro médico ya registraba de forma previa, la atención de estos casos y no se dispone de evidencia relacionada con la autorización brindada por la Unidad Técnica de Listas de Espera para realizar esos procedimientos, ampliándose el alcance del Plan 5-1.

La Ley General de Control Interno, dispone:

“Artículo 12. - Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- 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, establecen:

“Capítulo IV: Normas sobre actividades de control

4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

“4.5.1. Supervisión constante

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

“CAPÍTULO V: NORMAS SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

5.6 Calidad de la información

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

5.6.1 Confiabilidad

La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, directora Unidad Técnica de Listas de Espera manifestó⁹ a la auditoría que esta unidad brindó el aval al Plan 5-1, que el hospital San Juan de Dios debe presentar mensualmente un informe sobre el cumplimiento de metas, gasto presupuestario, agrega que el presupuesto que solicitó este centro hospitalario fue mayor a lo que se requería para atender los pacientes del Plan 5 en 1, además indicó que el objetivo del Plan 5-1 es delimitar lo que se quiere realizar, con el presupuesto asignado, indica que no es procedente pagar por la partida 2043 lo que no está delimitado en la tabla aprobada y que el seguimiento a procedimientos realizados no incluidos en la tabla, le corresponde a la Dirección General, en la UTLE, según los informes que les envían, no se enteran si se están realizando procedimientos no autorizados.

En este orden de ideas, también manifestó que “solo debería invertirse el dinero en lo que se planificó en el Plan 5 en 1, lo que quiere decir que no se pueden ingresar pacientes de la lista de espera de años que no se autorizaron. El objetivo principal a la hora de presentar un proyecto es atender con urgencia la lista de espera, quedando claro que son los pacientes con fecha de ingreso a la lista de espera más antigua, lo que hace casi nula la opción de operar pacientes recientes sin antes haber resueltos los antiguos, no se trata de una autorización como tal, sino enfatizar en que se resuelvan los pacientes de años rezagados”.

La Dra. Gabriela Guevara Rivera, enlace de la Unidad Técnica de Listas de Espera con el hospital San Juan de Dios en el tema de Jornadas de Producción, indicó¹⁰ a esta auditoría que esta unidad brinda el presupuesto, los avales y les corresponde el control de la producción mensual y las modificaciones que se requieran.

⁹ En entrevista del 6 de noviembre de 2024.

¹⁰ En entrevista del 28 de agosto de 2024

El Dr. Guillermo Guerrero Lizano, jefe Servicio de ortopedia citó a esta auditoría¹¹, que inicialmente el Plan 5-1 estuvo a cargo del Dr. Manuel Navarro Correa, Coordinador de Listas de Espera del hospital, el servicio de ortopedia era responsable de programar pacientes de la lista de espera que ya contaban con plan quirúrgico actualizado y valoración preoperatoria por parte de esa Unidad, agregó que “la lista de espera siempre fue controlada por el Dr. Navarro por medio de un programa de excel creado por él, haciendo una lista en línea (no se utilizaba el ARCA), dicha lista solo podía ser manipulada por el Dr. Navarro”.

El Dr. Guerrero Lizano, manifestó que posteriormente, la responsabilidad del Plan se trasladó a las jefaturas de sección de cirugía y del servicio de ortopedia, estableciendo dos equipos de trabajo, uno local a cargo de la jefatura de ortopedia y otro externo, a cargo del Dr. Navarro Correa, indicó que la distribución de los pacientes en jornadas de producción no era equitativa, que el Dr. Navarro Correa programó cirugías al Dr. Mario Salazar Quirós, ortopedista del equipo externo, de pacientes que ya habían sido valorados por otros ortopedistas del hospital y que contaban con plan quirúrgico también que, con el aval de la dirección general del hospital, el equipo local realizó artroscopias, retiro de material y hallux valgus de pacientes ingresados en la lista de espera el 2022 y 2023.

El Dr. Carlos Mario Salazar Quirós, MAE ortopedia manifestó a este órgano de control que la Gerencia Médica lo asignó al hospital San Juan de Dios para colaborar exclusivamente con la lista de espera de ortopedia, brindar consulta externa de esos casos y que ha realizado cirugías en el CENARE y en el CAIS Desamparados, agregó:

“Creo que en las sesiones de trabajo sobre lista de espera que se realiza los lunes en la dirección general se acordó al inicio que el equipo itinerante operaba 2018 y el equipo del San Juan operaba, 2019 y los reemplazos, eso es lo que tengo entendido. Posteriormente cuando se avanzó con la atención de pacientes se fueron incluyendo otros años y procedimientos que no se tenían disponibilidad de realizar por los colegas del San Juan”.

“La Unidad de Control de Gestión se encargaba de llamar los pacientes y asignarles una cita, yo los valoro en consulta externa, defino si es quirúrgico, ingreso el caso en una carpeta compartida (archivo electrónico en excel), asignó los casos para cirugía (5 por jornada entre semana y doble en fines de semana), programo la fecha de la cirugía y la Unidad de Control revisa el caso para cerciorarse que todos los requisitos preoperatorios estén completos y solicita los insumos a las empresas proveedoras”.

La situación evidencia debilidades de control y supervisión en la ejecución del Plan 5-1, si bien el centro hospitalario remite informes¹² de avances de su cumplimiento sobre listas de espera quirúrgica solicitados por la Unidad Técnica de Listas de Espera, estos fueron insuficientes para detectar con la oportunidad necesaria desviaciones o modificaciones en la ejecución del plan y de esta manera adoptar las acciones que corresponden, tanto administrativas como presupuestarias.

¹¹ En entrevista del 7 de noviembre de 2024.

¹² Reportes mensuales solicitados por la UTLE al Hospital San Juan de Dios: 1. Informe ejecutivo de lo realizado, 2. Listados de lo atendido en jornadas de producción con datos del pacientes y fecha de atención, plantilla control de producción, plantilla control del gasto partida 2043, reuniones mensuales de seguimiento.

Por otro lado, los sistemas de información que respaldan los procedimientos quirúrgicos realizados son ayunos en indicar para casos específicos la fecha de ingreso del paciente en la lista de espera, lo que afecta establecer si esos casos corresponden con la población meta definida en el Plan 5-1 y determinar una adecuada ejecución presupuestaria y control del gasto dirigido principalmente para atender casos del período 2016-2021.

2. Sobre la programación de cirugías asistidas por médicos generales

Se evidenció que la programación de médicos asistentes generales para asistir a los profesionales de ortopedia en jornadas de producción quirúrgica no fue equitativa, al existir diferencias importantes comparativamente en relación con la cantidad de cirugías asistidas por los médicos generales.

Lo anterior se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No.6
Hospital San Juan de Dios
Total de cirugías asistidas por médicos generales
Servicio de Ortopedia
Al 31 de agosto de 2024

Nombre	Cirugías asistidas	% de cirugías asistidas
M.E.N.C	92	34.46
N.C.V.P	33	12.36
M.A.S.L.	21	7.87
M.F.M.R.	20	7.49
M.M.M.C.	19	7.12
G.A.V.B.	18	6.74
M.B.R.	14	5.24
G.M.S.S.	13	4.87
A.F.R.C.	11	4.12
F.M.G.G.	8	3.00
J.P.D.J.	7	2.62
S.V.C.	6	2.25
L.D.G.R.	2	0.75
D.E.G.A.	2	0.75
V.S.R.M.	1	0.37
Total de cirugías	267	100.00

Fuente: Servicio de Ortopedia, Hosp. San Juan de Dios

Las 267 cirugías asistidas por los médicos generales, el Dr. M.N.C. registra la mayor cantidad con 92, lo que representa el 34%, aproximadamente del total, seguido por la Dra. N.V. P., con 33 (12.36%), los restantes 13 profesionales registran menos del 10% del total de casos asistidos en jornadas de producción.

La Ley General de Control Interno, dispone:

“Artículo 12. - Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- 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, establecen:

“Capítulo II: Normas sobre ambiente de control

2.5 Estructura organizativa

2.5.3 Separación de funciones incompatibles y del procesamiento de transacciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que las funciones incompatibles, se separen y distribuyan entre los diferentes puestos; así también, que las fases de autorización, aprobación, ejecución y registro de una transacción, y la custodia de activos, estén distribuidas entre las unidades de la institución, de modo tal que una sola persona o unidad no tenga el control por la totalidad de ese conjunto de labores”.

“Capítulo IV: Normas sobre actividades de control

4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

“4.5.1. Supervisión constante

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

El Dr. Carlos Mario Salazar Quirós, MAE ortopedia manifestó a este órgano de control:

“Yo buscaba a un médico especialista que me asistiera, pero no siempre no lo conseguía, desconozco quien asignaba al médico general, yo me enteraba del médico asistente en el programa compartido en el excel o hasta el día de la cirugía”.

Los hechos evidenciados se presentan en el centro médico debido a que los controles establecidos han sido insuficientes para detectar que el coordinador de la Unidad Control de Gestión es quien más se asigna tiempo extraordinario en las jornadas de producción quirúrgica, con un 34.46% del total de cirugías asistidas.

Lo anterior tiene como resultado que no haya equidad en la asignación de médicos asistentes generales en jornadas de producción quirúrgica y exista una concentración de tareas a cargo del Coordinador de la Unidad de Control de Gestión, quien programa las cirugías, asigna el médico asistente, elabora los reportes de tiempo extraordinario, los firma como jefe de servicio y los remite a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, según se desarrolla en el siguiente apartado.

3. SOBRE LA ELABORACIÓN, REPORTE Y TRÁMITE DE PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO POR CONCEPTO DE JORNADAS DE PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA

Se determinaron debilidades de control relacionadas con la elaboración, reporte y trámite de pago de tiempo extraordinario por concepto de jornadas de producción quirúrgica, por cuanto los formularios no contienen las respectivas firmas de la autoridad superior ni de la jefatura de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y el formulario de tiempo extraordinario no es firmado por la jefatura del servicio de ortopedia ni dirección general del centro médico.

La Unidad Técnica de Lista de Espera estableció una Tabla quirúrgica a destajo que define para cada miembro del equipo quirúrgico, de recuperación y de apoyo, el pago de un porcentaje del salario por cada procedimiento que se realice en jornadas de producción quirúrgica. La tabla es una lista taxativa de procedimientos y porcentajes. (ver tabla en anexo 1)

Se evidenció que el reporte de procedimientos realizados en jornadas de producción remitido a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, adjunto al formulario de tiempo extraordinario, no contiene ninguna firma que indique la persona responsable de su elaboración, además, solamente contiene datos relacionados con el día de la cirugía, procedimiento realizado y porcentaje de pago, sin información que permita asociar cada procedimiento con el paciente de la lista de espera quirúrgica.

3.1 SOBRE LOS PAGOS EFECTUADOS AL DR. C.M.S.Q.

La Unidad de Gestión de Recursos Humanos del hospital San Juan de Dios, gestionó a favor del Dr. CMSQ, MAE ortopedia, los siguientes reportes de tiempos extraordinario por concepto de jornadas de producción quirúrgica realizado en 2024, en los cuales se detectaron debilidades según la siguiente tabla:

Tabla No.1
Hospital San Juan de Dios
Reporte y pago de tiempo extraordinario por jornadas de producción
Dr. C.M.S.Q.
Enero, abril y mayo-2024

No. reporte	Fecha	Mes	Justificación ¹³	Observaciones
238670	14-3-24	Enero	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 18 jornadas, 237 procedimientos, lo que corresponde a un 1158% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción hasta el 31-12-2023. Jefe de Servicio: firmado por Dr. Manuel Navarro Correa. Autoridad superior: Sin firma. Pago reflejado en planilla del 17-5-24 Hoja adjunta a reporte de tiempo extraordinario con número de cédula de paciente, el procedimiento realizado y el porcentaje de pago correspondiente: Sin firma. En la hoja se reportan pacientes con dos procedimientos (Ej. 106020091, síndrome de túnel carpal, pago 4,76%, porcentaje según tabla 2.28%, 117950741 Hallux Valgus 3 o 4 orfejos, pago 28.50%, porcentaje según tabla 14.25%.) Los procedimientos reportados se ajustan a la tabla quirúrgica a destajo.
246390	25-5-24	Abril	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 14 jornadas, 112 procedimientos, lo que corresponde a un 1146% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción hasta el 31-12-2023. Jefe de Servicio: Firmado por Dr. Manuel Navarro Correa. Jefe Unidad de Gestión de RRHH: Sin firma. Autoridad superior: Sin firma. Pago reflejado en planilla del 26-7-24. Hoja adjunta a reporte de tiempo extraordinario: Sin número de cédula de paciente, no se logra relacionar el procedimiento reportado con el paciente, hoja sin firma.
249792	24-6-24	Mayo	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 15 jornadas, 138 procedimientos, lo que corresponde a un 1419% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción hasta el 31-12-2023. Jefe de Servicio: Firmado por Dr. Manuel Navarro Correa. Jefe Unidad de Gestión de RRHH: Sin firma. Autoridad superior: Sin firma. Pago reflejado en planilla del 23-8-24. Hoja adjunta a reporte de tiempo extraordinario: Sin número de cédula de paciente, no se logra relacionar el procedimiento reportado con el paciente, hoja sin firma.

Fuente: Unidad de Gestión de Recurso Humanos, Hospital San Juan de Dios

Los montos cancelados al Dr. C.M.S.Q en el período fueron: enero ₡ 21.655.149,70, abril, ₡ 30.229.445,29 y mayo ₡ 38.527.300,87, para un total de ₡ 90.411.895,86.

¹³ La Unidad Técnica de Lista de Espera estableció una Tabla quirúrgica a destajo que define para cada miembro del equipo quirúrgico, de recuperación y de apoyo, un porcentaje de pago por procedimiento que se realice en jornadas de producción quirúrgica. La tabla es una lista taxativa de procedimientos, para incluir un nuevo procedimiento, se requiere de la autorización de la UTLE.

3.2 SOBRE LOS PAGOS EFECTUADOS AL DR. M. N. C.

La Unidad de Gestión de Recursos Humanos del hospital San Juan de Dios, gestionó a favor del Dr. M. N. C., coordinador de la Unidad de Control de la Gestión los siguientes reportes de tiempos extraordinario por concepto de jornadas de producción quirúrgica realizado en 2024, en los cuales se detectaron debilidades citadas en la siguiente tabla:

Tabla No.2
Hospital San Juan de Dios
Reporte y pago de tiempo extraordinario por jornadas de producción
Dr. M. N. C.
Marzo, abril y mayo-2024

No. reporte	Fecha	Mes	Justificación ¹⁴	Observaciones
245711	13-05-2024	Marzo	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 5 jornadas, 18 procedimientos lo que corresponde a un 308.84% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción de lista de espera 2016-2020. Jefe de Servicio: firmado por Dra. Maria Eugenia Villalta Bonilla. Autoridad superior: Sin firma. Revisado: Ilegible Pago reflejado en planilla del 14-06-24 Hoja adjunta a reporte de tiempo extraordinario con número de cédula de paciente, por cada procedimiento reportado. En la hoja se reportan pacientes con dos procedimientos (Ej. 107730307, Deformidad de pie y tobillo. Valgo, varo, equino, dedos en garra, dedos en martillo, pago 7.12%, porcentaje según tabla 3.56%. Procedimiento de paciente 900520605, Artroscopia de hombro (Reparación de manguito rotador) se cobró a un 7%, y en la tabla de destajo está autorizado a pagar a un 6%. Los procedimientos reportados se ajustan a la tabla quirúrgica a destajo.
246927	30-5-24	Abril	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 14 jornadas, 112 procedimientos lo que corresponde a un 116.12% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción Jefe de Servicio: firmado por Dra. Maria Eugenia Villalta Bonilla. Autoridad superior: Sin firma. Revisado: Ilegible Pago reflejado en planilla del 28-06-2024 En la hoja adjunta al reporte de pago, donde se detallan los procedimientos efectuados, no cuenta con firmas de revisión ni autorización, además, aparecen cirugías reportadas con porcentajes más altos de los que se autorizaron en la tabla de destajo, a continuación, se detallan estos casos: Fecha 7-04-2024

¹⁴ La Unidad Técnica de Lista de Espera estableció una Tabla quirúrgica a destajo que define para cada miembro del equipo quirúrgico, de recuperación y de apoyo, el pago de un porcentaje del salario por cada procedimiento que se realice en jornadas de producción quirúrgica. La tabla es una lista taxativa de procedimientos y porcentajes.

				Retiro de placa de tobillo, radio distal y Húmero, se pagó 10.50% y en la tabla destajo indica que se debe cancelar un 3.5% Artroscopia de hombro diagnóstica o limpieza se pagó 8% y tabla destajo indica 4% Artroscopia de hombro + reparación de maguito rotador se pagó 12% y en la tabla destajo indica 6% Artroscopia de rodilla más remodelación meniscal se pagó 21.36% y en la tabla destajo se indica 3.56%. Artroscopia de rodilla diagnóstica o limpieza se pagó un 18% y en la tabla destajo indica 3%. Fecha 19-04-2024 Artroscopia de hombro diagnóstica o limpieza se pagó 8% y tabla destajo indica 4%. Artroscopia de hombro + reparación de maguito rotador se pagó 12% y tabla indica 6%. Artroscopia de rodilla más remodelación meniscal se pagó 7.12% y la tabla destajo indica 3.56%. Artroscopia de rodilla diagnóstica o limpieza se pagó 6% y la tabla destajo indica 3% Si bien es cierto, estos porcentajes más altos de lo autorizado que se pagaron, pueden obedecer a más de 1 procedimiento efectuado del mismo tipo a diferentes pacientes, no obstante no podemos determinar si esto es correcto, debido a que no se indica en este desglose, el número de cédula de los pacientes.
250082	27-6-24	Mayo	Pago según oficio GM-AOP-0785-2023, 15 jornadas, 25 procedimientos lo que corresponde a un 151.26% del salario.	El oficio GM-AOP-0785-2023 del 6-9-2023 la UTLE autoriza jornadas de producción Jefe de Servicio: firmado por Dra. Maria Eugenia Villalta Bonilla. Autoridad superior: Sin firma. Revisado: Ilegible Pago reflejado en planilla del 26-07-2024 Hoja adjunta a reporte de tiempo extraordinario: Sin número de cédula de paciente, no se logra relacionar el procedimiento reportado con el paciente, hoja sin firma, en varios casos hay porcentajes de pago de procedimientos más elevados a lo autorizado. Si bien es cierto, estos porcentajes más altos de lo autorizado que se pagaron pueden obedecer a más de 1 procedimiento efectuado del mismo tipo a diferentes pacientes, no obstante no podemos determinar si esto es correcto, debido a que no se indica en este desglose, el número de cédula de los pacientes.

Fuente: Unidad de Gestión de Recurso Humanos, Hospital San Juan de Dios

Los montos cancelados al Dr. M. N. C en el período fueron: en marzo, ₡19.681.084,87, en abril ₡3.689.467,54 y en mayo ₡ 4.772.667,91, para un total de ₡ 28.143.184,32

En relación con organización de las jornadas de producción quirúrgica, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general del hospital San Juan de Dios, remitió los siguientes oficios:

- HSJD-DG-3841-2024 del 13 de setiembre de 2024: Remitido a la Auditoría Interna señala que la implementación y organización de las jornadas de producción en el centro hospitalario es responsabilidad directa de la jefatura de sección y de servicio como líderes del proceso, que la Unidad de Control de la Gestión tiene a cargo la coordinación entre Servicios médicos y de apoyo y verificación del cumplimiento de metas.
- En oficio HSJD-DG-3818-2024 del 1 de setiembre de 2024: Dirigido al Dr. Manuel Navarro Correa, Coordinador Unidad Control de la Gestión y Dra. Heidí Elizondo Marín, Jefe Sección de Cirugía el oficio, citando que la Jefatura de Ortopedia y de Sección de Cirugía son los líderes del proceso, responsables de la implementación, organización y control de las jornadas de producción, les corresponde resolver la lista de espera 2017 y del 2019 en adelante, que el equipo itinerante atenderá pacientes del 2018, excepto los reemplazos.
Señala que es responsabilidad de la Unidad de Control de la Gestión la coordinación entre servicios médicos y de apoyo diagnóstico y tratamiento, verificar el cumplimiento de metas, que se ajusten con los parámetros establecidos en las jornadas de producción y brindar apoyo logístico para el pago de las jornadas al personal.

Por otro lado, el Plan 5-1 para la atención de la lista de espera, indica en el apartado “Roles y responsabilidades” que la Unidad de Control de Gestión¹⁵, es responsable de lo siguiente:

- “1. Coordinar con las jefaturas de servicio y coordinadores de los diferentes servicios involucrados, el flujo de trabajo para el adecuado desarrollo de las jornadas de producción y la optimización de la gestión quirúrgica hospitalaria.
2. Enviar los informes mensuales (entregables) a las autoridades correspondientes.
3. Realizar los informes mensuales para el trámite de pago correspondiente según la modalidad de pago.
4. Mantener informado a la Dirección General del avance del proyecto.”

La Ley General de Control Interno, dispone:

“Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- 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.”

El Reglamento General de Hospitales Nacionales, cita lo siguiente:

¹⁵ A cargo del Dr. Manuel Navarro Correa.

“Artículo 31. *Corresponderá especialmente a los jefes de Servicio:*

- a) Distribuir y coordinar el trabajo de acuerdo con las necesidades de su Servicio, el personal de que disponga y la capacidad técnica del mismo.*
- b) Establecer, en colaboración de su jefe inmediato superior y los jefes de Clínica, los métodos y sistemas de trabajo del personal subalterno. (...)*”

Las Normas de control interno para el Sector Público, establecen:

“CAPÍTULO II: NORMAS SOBRE AMBIENTE DE CONTROL

2.5 Estructura organizativa

2.5.3 Separación de funciones incompatibles y del procesamiento de transacciones.

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que las funciones incompatibles, se separen y distribuyan entre los diferentes puestos; así también, que las fases de autorización, aprobación, ejecución y registro de una transacción, y la custodia de activos, estén distribuidas entre las unidades de la institución, de modo tal que una sola persona o unidad no tenga el control por la totalidad de ese conjunto de labores”

“Capítulo IV: Normas sobre actividades de control

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

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

“4.5.1. Supervisión constante

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

“CAPÍTULO V: NORMAS SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

5.6 Calidad de la información

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

5.6.1 Confiabilidad

La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente”.

Este hecho está relacionado con la ausencia de controles y supervisión adecuados, además de la concentración de funciones en el Dr. Manuel Navarro Correa, quien elabora y firma los reportes de tiempo extraordinario sin que intervenga un proceso de revisión por parte de una instancia adicional, como la Dirección General del hospital. Esto limita las garantías de calidad en la información y en el uso eficiente de los recursos asignados para las jornadas de producción.

Por otro lado, se destaca la ausencia de participación de la Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos en la validación de los reportes, ya que estos no cuentan con su firma. Esto pone de manifiesto que los pagos fueron procesados únicamente con la aprobación del Dr. Manuel Navarro Correa y del funcionario encargado de esta labor en dicha unidad, sin que exista una verificación adicional que garantice la correcta ejecución de los pagos realizados.

Lo anterior afecta el sistema de control interno y la razonabilidad de los reportes enviados y tramitados, por cuanto, un mismo funcionario, elabora y firma como jefe de servicio, los formularios de tiempo extraordinario y la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, los tramita sin contar con la revisión de la jefatura de esta unidad.

4. SOBRE LAS CIRUGÍAS REALIZADAS EN JORNADA ORDINARIA E INICIADAS A LAS 4:00 PM Y 3:00 PM

4.1 SOBRE LA CIRUGÍA POR JORNADA DE PRODUCCIÓN REALIZADA EN JORNADA ORDINARIA

Se determinó que se realizó una cirugía el 18 de enero 2024, en jornada ordinaria, de 10:30 a 11:30, en el C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz, realizada por el Dr. C. M. Z. Q. y asistida por el Dr. M. E. N. C., sin existir algún permiso para ausentarse de la jornada ordinaria del hospital San Juan de Dios, tal y como se detalla a continuación:

Tabla 3
Cirugía realizada por Jornadas de Producción Quirúrgica en jornada ordinaria
C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz
2024

Cédula de Paciente	Fecha de operación	Día de la semana	Médico Especialista	Médico asistente	Inicio de anestesia	Fin de anestesia	Inicio Cirugía	Fin de Cirugía	Lugar de cirugía
11938XXX X	18-01- 2024	Jueves	C. M. S. Q.	M. E. N. C.	10:30 AM	11:35 AM	10:40 AM	11:30 AM	Dr. Marcial Fallas Díaz

Fuente: Informe de Cirugías realizadas al 16-09-2024, proporcionada por Sala de operaciones

Como se puede observar en la tabla anterior, hay una cirugía que se realizó el jueves 18 de enero 2024, a las 10:40 am, con un inicio de anestesia a las 10:30 am, horario en el cual, están contratados estos médicos en el hospital San Juan de Dios, esto según acciones de personal aportadas por la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.

4.2 SOBRE CIRUGÍAS REALIZADAS A LAS 3:00 PM Y 4:00 PM POR JORNADAS DE PRODUCCIÓN EN EL C.A.I.S. DR. MARCIAL FALLAS DÍAZ

Se determinó, que se iniciaron Cirugías por jornadas de producción quirúrgica de Ortopedia a las 3:00 pm (viernes) y a las 4:00 pm (miércoles), en el C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz, realizadas por médicos que laboran el hospital San Juan de Dios y tienen jornada ordinaria de Lunes a Jueves de 7:00 AM a 4:00 PM, y viernes de 7:00 am a 3:00 pm.

Tal y como se detalla a continuación:

Tabla 4
Cirugías realizadas a las 3:00 PM (viernes) y a las 4:00 PM (miércoles) en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Cédula de Paciente	Fecha de operación	Día de la semana	Médico Especialista	Médico asistente	Inicio de anestesia	Fin de anestesia	Inicio Cirugía	Fin de Cirugía
10467XXXX	01-03-2024	Viernes	C. M. S. Q.	M. E.N. C.	3:05 PM	3:50 PM	3:10 PM	3:45 PM
10468XXXX	19-04-2024	Viernes	C. M. S. Q.	M. E.N. C.	3:00 PM	4:00 PM	3:05 PM	3:55 PM
10506XXXX	17-05-2024	Viernes	C. M. S. Q.	M. E.N. C.	3:00 PM	4:00 PM	3:05 PM	3:55 PM
90052XXXX	20-03-2024	Miércoles	C. M. S. Q.	M. E.N. C.	4:00 PM	5:05 PM	4:15 PM	5:00 PM

Fuente: Informe de Cirugías realizadas al 16-09-2024, proporcionada por Sala de operaciones

Como se puede observar en la tabla anterior, se evidencia que realizaron cirugías los días: Viernes 01-03-2024 a las 3:10 pm, (inicio de anestesia a las 3:05 pm), viernes 19-04-2024 a las 3:05 pm, (inicio de anestesia a las 3:00 pm), viernes 17-05-2024 a las 3:05 pm, (inicio de anestesia a las 3:00 pm), y miércoles 20-03-2024 a las 4:15 pm, con un inicio de anestesia a las 4:00 pm.

Todas estas cirugías mencionadas anteriormente, se realizaron en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas, en las cuales participaron el médico especialista Dr. C. M. S. Q., y lo asistió el Dr. M. N. C., médico general.

Esta Auditoría, en revisión de la distancia y tiempo promedio que existe entre el Hospital San Juan de Dios y el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, en la aplicación Google Maps, obtuvo el siguiente resultado:

Imagen 1

Distancia entre el hospital San Juan de Dios y el CA.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz
Medición efectuada a las 11:15 am del 15-10-2024

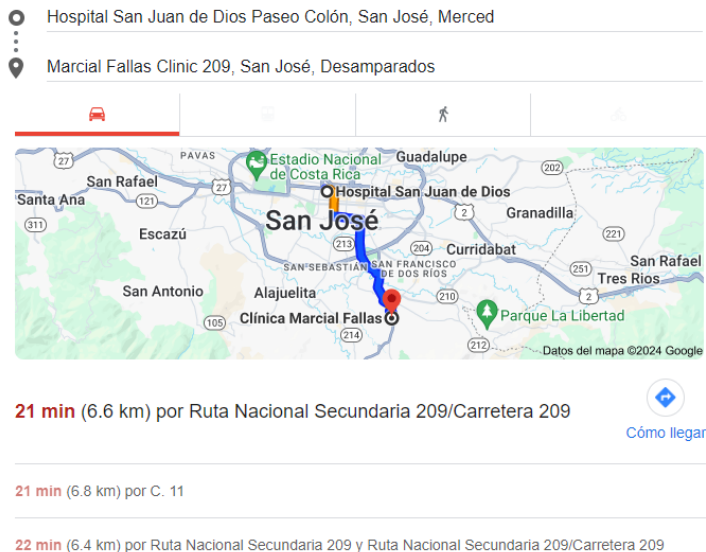
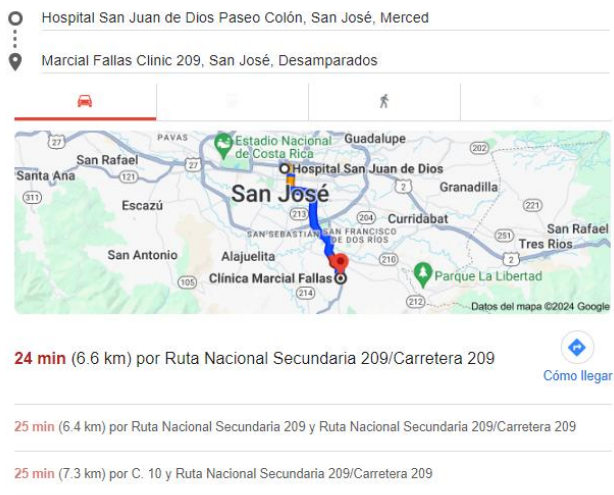


Imagen 2

Distancia entre el hospital San Juan de Dios y el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz
Medición efectuada a las 3:00 pm del 15-10-2024



Con base en las imágenes previamente presentadas, se determina que la distancia entre el Hospital San Juan de Dios y el C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz es de 6.6 kilómetros, lo que implica un tiempo de traslado aproximado de 20 minutos. Por consiguiente, para que los médicos en cuestión hubieran podido realizar las cirugías en los horarios indicados, habría sido necesario que gestionaran un permiso para ausentarse antes de completar su jornada laboral en el Hospital San Juan de Dios. Sin embargo, según la información proporcionada por la Unidad de Gestión de Recursos Humanos de dicho hospital mediante el oficio HSJD-UGRH-118-2024, fechado el 17 de octubre de 2024, no se identificó evidencia de un permiso que justificara su salida anticipada.

Así mismo, esta Auditoría efectuó una revisión de las hojas de anestesia de todas estas cirugías, y coinciden con las horas y los días indicados, así mismo todas cuentan con su respectiva hoja de consumo de los insumos utilizados, además se comprobó el pago respectivo.

El artículo 71 del Código de Trabajo, establece el deber de la persona trabajadora de prestar sus servicios en el tiempo y lugar convenidos, en concordancia con lo dictado en el artículo 46, inciso b) del Reglamento Interior de Trabajo, mismo que dispone como una obligación de toda persona trabajadora, lo siguiente:

“b. Comenzar las labores, de conformidad con el horario fijado en su centro de trabajo o el que se estipule en su respectivo contrato, exactamente a la hora señalada, no pudiendo abandonarlas ni suspenderlas sin causa justificada, a juicio del jefe respectivo, antes de haber cumplido su jornada de trabajo (...).”

El artículo 77 del reglamento Interior de Trabajo, establece:

“El trabajador no podrá abandonar, sin causa justificada o sin permiso del jefe inmediato, la labor que le ha sido encomendada (...).”

La circular GG-1841-2020 de fecha 02 de julio, 2020 firmada por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, gerente general indica lo siguiente:

“...como responsables del sistema de control interno, figuran en el numeral 10 de la Ley General de Control Interno, el jerarca y del titular subordinado, a quienes les corresponde establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional, siendo responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

La situación descrita puede obedecer a una falta de supervisión y controles por parte de la jefatura en cuanto al cumplimiento de horario por parte de los funcionarios mencionados, así como la evidencia justificada, razonada y documentada que brinde un cumplimiento efectivo de la normativa institucional.

Lo anterior podría configurarse en un eventual abandono de trabajo, considerando que no se dispone de documentación que justifique la salida de los médicos mencionados, del hospital San Juan de Dios, antes de la finalización de su jornada laboral.

5. SOBRE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN LAS HOJAS DE CONSUMO Y DE ANESTESIA

Se evidenció que los documentos denominados hojas de anestesia, y hojas de consumo, utilizados en los procedimientos quirúrgicos de ortopedia en jornadas de producción, carecen de aspectos relacionados con: firmas de jefatura, no cierran la última línea de insumos, en el caso de las hojas de anestesia, se determinó que su letra es ilegible, y faltan aspectos de llenado tales como nombre o firma del anestesiólogo y diagnóstico preoperatorio.

Lo anterior, según información aportada por parte del Dr. Manuel Elías Navarro Correa, coordinador de la Unidad de Control de la Gestión, del hospital San Juan de Dios, tal y como se detalla a continuación:

Tabla 6
Hojas de anestesia de procedimientos quirúrgicos de Ortopedia
Enero, marzo, abril y mayo 2024

ID	Paciente	Fecha	Observaciones
1	11963XXXX	21/04/2024	Letra ilegible
2	10480XXXX	08/05/2024	Letra ilegible Sin firma anestesiólogos
3	50234XXXX	04/05/2024	Letra ilegible
4	30294XXXX	04/05/2024	Letra ilegible
5	11871XXXX	05/05/2024	Letra ilegible
6	11418XXXX	05/05/2024	Letra ilegible
7	10411XXXX	05/05/2024	Letra ilegible
8	11938XXXX	18/01/2024	Sin observaciones
9	10506XXXX	17/05/2024	Letra ilegible
10	10467XXXX	01/03/2024	Letra ilegible
11	90052XXXX	20/03/2024	Sin diagnóstico preoperatorio
12	10468XXXX	19/04/2024	Letra ilegible
13	10851XXXX	04/05/2024	Letra ilegible
14	11460XXXX	04/05/2024	Letra ilegible

Fuente: Información aportada por el Dr. Manuel Elías Navarro Correa, oficio UCG 228-10-2024, del 10 de octubre de 2024

Según se muestra en la tabla anterior, podemos observar que, de las 14 hojas de anestesia, el 88% (12) de las mismas, su letra es ilegible, lo cual no permite analizar los datos contenidos de forma confiable, además el 7% (1) no indica el diagnóstico preoperatorio y 1 no indica la firma o nombre del anestesiólogo.

Tabla 7
Hojas de consumo de procedimientos quirúrgicos de Ortopedia
Enero, marzo, abril y mayo 2024

ID	Paciente	Fecha	Observaciones
1	11968XXXX	18/01/2024	No cierra los ítem U.L Sin firma de jefe de Servicio de Ortopedia
2	10606XXXX	17/05/2024	Sin firma de jefe de servicio de Ortopedia
3	10467XXXX	01/03/2024	Sin firma de jefe de servicio de Ortopedia
4	90052XXXX	20/03/2024	No cierra los ítem U.L Sin firma de jefe de Servicio de Ortopedia
5	10468XXXX	19/04/2024	Sin firma de jefe de servicio de Ortopedia
6	10722XXXX	19/04/2024	No cierra los ítem U.L Sin firma de jefe de Servicio de Ortopedia
7	11137XXXX	20/04/2024	Sin firma de jefe de servicio de Ortopedia
8	11274XXXX	19/04/2024	Sin firma de jefe de servicio de Ortopedia

Fuente: Información aportada por el Dr. Manuel Elías Navarro Correa, oficio UCG 228-10-2024, del 10 de octubre de 2024.

Como se puede observar, las hojas de consumo de insumos de ortopedia, utilizadas para procedimientos quirúrgicos, el 100% (8), no tiene firma de la jefatura de ortopedia, el 25% (2), no se indica el final de las líneas, lo cual evidencia al riesgo de que se agreguen otros insumos.

La Ley General de Control Interno, establece en los artículos 8 y 12, lo siguiente:

“Artículo 8. Se entenderá por sistema de control interno, la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos: a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.

(...) Artículo 12. Deberes del jerarca y los titulares subordinados

“(…) 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 de la Contraloría General de la República, establecen lo siguiente:

“(…) 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”.

Lo anterior obedece a que no existe una adecuada supervisión y revisión de estos documentos por parte de la jefatura correspondiente.

Lo descrito, puede generar errores en los datos consignados en las hojas de anestesia, una inadecuada interpretación de los mismos, esto por cuanto, toda esa información debe ser trasladada al expediente digital de salud del paciente, además, la omisión de datos en las hojas de consumo, se corre el riesgo de que personas no autorizadas, estén solicitando insumos para beneficio propio, así como insumos no necesarios para los procedimientos correspondientes, lo que generaría afectación al patrimonio institucional.

CONCLUSIÓN

De la evaluación realizada en el hospital San Juan de Dios en atención a denuncia, se concluye la existencia de debilidades de control y supervisión de actividades relacionadas con el cumplimiento del Plan 5-1 para la reducción del plazo de la lista de espera quirúrgica de ortopedia.

Mediante el Plan 5-1 se organizó la atención de pacientes en espera de una cirugía del servicio de ortopedia del período 2016-2021, no obstante, conforme avanzó la resolución de casos, se fueron incorporando pacientes de los años 2022 al 2024, si bien, la dirección general del hospital en conjunto con las jefaturas de sección de cirugía y servicio de ortopedia conformaron dos equipos de trabajo para la atención específica por año de ingreso a la lista de espera, se evidenció que esta disposición no fue cumplida, por cuanto, ambos equipos, resolvieron casos de otros años.

Por otro lado, se determinaron debilidades de registro de información de los casos resueltos en jornadas de producción, al no disponerse de la fecha de ingreso del paciente a la lista de espera y en otros casos, pacientes con dos fechas de ingreso en esta lista, situación que no favorece una adecuada evaluación que permita determinar si todos los casos atendidos, corresponden con el período aprobado en el Plan 5-1.

Adicionalmente, se determinó que en jornadas de producción quirúrgica fueron resueltos casos relacionados con artroscopias, retiro de material y halluz valgus (deformidad del pie-juanete) ingresados a la lista de espera en el período 2023-2024, sin contar, con una autorización previa por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera, más bien, cuando la dirección general del hospital solicitó autorización a esta Unidad, el centro médico ya registraba casos de esta naturaleza resueltos.

En relación con las cirugías asistidas por médicos generales, se evidencia que la distribución no fue equitativa o equilibrada, siendo el Dr. M. N. C., Coordinador Unidad Control de Gestión, el profesional que más registro esta labor, y quien tenía a cargo la programación de las cirugías y la asignación de los médicos asistentes, lo cual demuestra una concentración de funciones incompatibles que afecta el sistema de control interno.

En cuanto al control ejercido por la Unidad Técnica de Listas de Espera, responsable de brindar el avala al Plan 5-1 y de la asignación presupuestaria, considera este órgano de fiscalización, que fue insuficiente para detectar con la oportunidad necesaria, los hechos citados, a los efectos de adoptar las medidas correspondientes y evitar la materialización de los riesgos, en este sentido, la Dra. Verónica Quesada Espinoza, directora de la Unidad Técnica de Listas de Espera en el momento en que se realizó el estudio, manifestó que a partir de los informes recibidos del hospital San Juan de Dios sobre el cumplimiento del Plan 5-1-, no era posible detectar este tipo de situaciones.

Se determinaron debilidades de control relacionadas con la elaboración, reporte y trámite de pago de tiempo extraordinario por concepto de jornadas de producción quirúrgica, al existir formularios que no contienen las respectivas firmas de la autoridad superior ni de la jefatura de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y el formulario de tiempo extraordinario no es firmado por la jefatura del servicio de ortopedia ni dirección general del centro médico.

Además, se evidenció que el reporte de procedimientos realizados en jornadas de producción remitido a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, adjunto al formulario de tiempo extraordinario, no contiene ninguna firma que indique la persona responsable de su elaboración, además, solamente contiene datos relacionados con el día de la cirugía, procedimiento realizado y porcentaje de pago, sin información que permita asociar cada procedimiento con el paciente de la lista de espera quirúrgica.

Por otro lado, se determinó una concentración de funciones a cargo del Dr. M. N. C., Coordinador Unidad control de la gestión, quien elabora los reportes de tiempo extraordinario, los firma como jefe del servicio de ortopedia y los remite a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos para su gestión de pago, sin que exista un proceso de revisión por parte de otra instancia, como lo sería la Dirección General del hospital, que brinde garantía de la calidad de la información y del uso eficiente de los recursos asignados en jornadas de producción.

Por otro lado, se destaca la ausencia de la participación de la Jefatura de la Unidad de recursos Humanos, al no firmar los reportes, lo cual evidencia que los pagos se tramitaron únicamente con la firma del Dr. M. N. C. y el funcionario de esta unidad a cargo de esta labor, sin que otra persona, garantice que los pagos realizados son correctos.

De la revisión efectuada, se puede evidenciar que existe un debilitamiento del control interno, en cuanto al cumplimiento de la jornada laboral por parte del médico Dr. C. M. S. Q. y Dr. M. E. N. C.

La calidad de la información consignada en las hojas de anestesia y en las hojas de consumo de insumos de ortopedia es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia en la gestión de recursos institucionales.

RECOMENDACIONES

AL DR. ENUÉ ARRIETA ESPINOZA, COORDINADOR A.I. UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1. De conformidad con el hallazgo 1 del presente informe sobre el cumplimiento del Plan 5-1 para reducir el plazo de atención de la lista de espera quirúrgica del Servicio de ortopedia del Hospital San Juan de Dios, proceder con la elaboración y puesta en práctica de un Plan de Acción, posterior a la aprobación de Junta Directiva del Plan de Trabajo 2025, que permita fortalecer el control y supervisión que realiza la Unidad Técnica de Listas de Espera sobre los centros hospitalarios, en aras de subsanar a futuro hechos como los evidenciados a los efectos de lograr una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos asignados para la atención de fines específicos.

Este Plan de Trabajo debe contener objetivos, metas, actividades, responsables y un cronograma. Para la atención de la presente recomendación se debe suministrar a la auditoría el Plan de Acción, aprobado por la Gerencia Médica y el resultado de su implementación, posterior a la aprobación por la Junta Directiva Institucional.

Plazo de cumplimiento: 9 meses, a partir del recibo del presente informe.

A LA DRA. MA. EUGENIA VILLALTA BONILLA, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

- De conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 1 del presente informe sobre debilidades de control en la ejecución del Plan 5-1 para reducir el tiempo de espera quirúrgico en el hospital San Juan de Dios, adoptar las acciones que correspondan para garantizar el cumplimiento efectivo de las condiciones establecidas en los Planes de trabajo autorizados por la Gerencia Médica y que las modificaciones, ajustes u homologaciones sean elevadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera de forma previa a su ejecución, a los efectos de fortalecer el control interno y uso de los recursos asignados para fines específicos.

Para la atención de la presente recomendación se debe suministrar a la auditoría las medidas adoptadas para el cumplimiento de los Planes de Trabajo y que las modificaciones, ajustes u homologaciones sean elevadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera.

Plazo de cumplimiento: 3 meses, a partir del recibo del presente informe.

- De conformidad con el hallazgo 3 relacionado con la programación de cirugías asistidas por médicos generales, adoptar las acciones que correspondan para garantizar una distribución equitativa del tiempo extraordinario entre todos los profesionales que participan de las jornadas de producción quirúrgica en ortopedia, es aras de garantizar una administración eficiente de los recursos destinados a la atención de la lista de espera.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá aportar a esta Auditoría, las acciones adoptadas al respecto.

Plazo de cumplimiento: 3 meses, a partir del recibo del presente informe.

- Según lo evidenciado en el hallazgo 4, efectuar una revisión de los casos citados en el presente informe relacionados con procedimientos quirúrgicos realizados en el CAIS de Desamparados en un horario de 3:00 pm y 4:00 pm y uno en horario de trabajo ordinario, por parte de funcionarios del hospital San Juan de Dios, sin que se evidencia permiso para su traslado a otro centro médico, con el propósito de que se valore si este hecho constituye un eventual incumplimiento del horario de trabajo y se apliquen las acciones que en derecho correspondan.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá aportar a esta Auditoría, el análisis efectuado y las acciones aplicadas.

Plazo de cumplimiento: 3 meses, a partir del recibo del presente informe.

5. De conformidad con los resultados mostrados en el hallazgo 6, instruir a la jefatura de servicio de ortopedia, para que las hojas de consumo contengan su respectiva firma y sean cerradas en la última línea del insumo utilizado, y a la jefatura del servicio de anestesia para que las anotaciones que se realizan en las hojas de anestesia correspondientes a los procedimientos quirúrgicos cumplan con los criterios de confiabilidad, oportunidad y utilidad de la información.

Para el cumplimiento de la recomendación, se deberá aportar a esta Auditoría, la instrucción girada y las acciones correspondientes para garantizar firma y cierre de las hojas de consumo y el cumplimiento de criterios de calidad de las hojas de anestesia.

Plazo de cumplimiento: 1 mes, a partir del recibo del presente informe.

AL MBA. ADOLFO CARTÍN RAMÍREZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, O Q QUIE EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

6. De conformidad con el hallazgo 3, adoptar las acciones que correspondan para que se atienda lo siguiente:
 - a) Que los formularios de tiempo extraordinario contengan las firmas de los funcionarios responsables de su elaboración y trámite, es decir, jefatura de servicio, máxima autoridad del centro, funcionarios de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos (tramitador y jefatura de la unidad).
 - b) Hay que asegurar que los reportes de procedimientos realizados que fundamentan el pago de tiempo extraordinario incluyan la firma de la persona que las elabora, se especifique cada procedimiento realizado con el dato del paciente, con el fin de que la Unidad de Gestión de Recursos Humanos pueda revisar la calidad de la información y se garantice que los pagos tramitados corresponden con las jornadas realizadas.
 - c) Verificar que la justificación de cada una de las hojas de reportes de tiempo extraordinario coincida con los reportes de procedimiento realizados por jornadas de producción quirúrgica.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá aportar a esta Auditoría, las acciones ejecutadas relacionadas con a. Firma de los formularios de pago de tiempo extraordinario. b. firma de los reportes adjuntos a los formularios de pago de tiempo extraordinario y que se especifique cada procedimiento realizado con el paciente correspondiente, c. Evidencia de que la verificación de la hoja de procedimientos coincida con el reporte de tiempo extraordinario.

Plazo de cumplimiento: 3 meses, a partir del recibo del presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados del presente estudio fueron comentados de la siguiente manera:

- El 13 de febrero de 2025 y 4 de marzo de 2025 (por solicitud de la administración activa), con la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora general, Dr. Mario Sibaja Campos, subdirector general, Licda. Karla Vanesa Cortés Ruíz, Asesora Legal, Hospital San Juan de Dios, mediante oficio de convocatoria AI-0312-2025 del 12 de febrero 2023, quienes manifestaron lo siguiente:

RECOMENDACIÓN 2

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: No entiendo la redacción de la recomendación, yo debía atender solo 2021 para salir de la lista de espera, pero si no tengo salas de operaciones, no tengo capacidad y me quedan solo reemplazos de cadera, entonces si yo puedo hacer en Puriscal artroscopias 2023- 2024, para ir avanzado, voy reduciendo los pacientes.

Así se expuso en Junta Directiva que operamos pacientes ambulatorios 2023 y 2024 porque ya no tenemos 2022, porque para operar 2022 ocupábamos cama hospitalaria, entonces seguimos operando aquí los antiguos, pero los casos recientes menos complejos los incluimos entre cirugía y cirugía, yo no puedo esperar a terminar pacientes 2019 para ver más recientes, porque ocupo seguir avanzando.

La propuesta de la recomendación es la siguiente:

“A LA DRA. MA. EUGENIA VILLALTA BONILLA, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

De conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 1 del presente informe sobre la ejecución del Plan 5-1 para reducir el tiempo de espera quirúrgico en el hospital San Juan de Dios, adoptar las acciones que correspondan para que las modificaciones, ajustes u homologaciones que se realicen a los Planes de trabajo autorizados por la Gerencia Médica, sean elevadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera de forma previa a su ejecución, a los efectos de fortalecer el control interno y uso de los recursos asignados para fines específicos.

RECOMENDACIÓN 3

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: Los médicos nuevos no quieren hacer tiempo extraordinario, la generación nueva no acepta, lo que vamos a hacer es publicar para que manifiesten si quieren participar del tiempo extraordinario, como sacar el concurso para que se apunten y demostrar que no se apuntaron, esto que lo hagan las jefaturas de servicio, porque se está concentrando en unos pocos, porque las nuevas generaciones no les gusta trabajar. Indica que está de acuerdo con el plazo.

RECOMENDACIÓN 4

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: Es que tenemos una alianza con el CAIS de Desamparados, son parte de las salas del San Juan, con esta recomendación no estoy de acuerdo. En la recomendación se debe consignar que el traslado de los funcionarios a otros Centros Hospitalarios está amparado al Plan 5-1. Asimismo, que se verificaran los casos del personal médico que se mencionan en el hallazgo.

RECOMENDACIÓN 5

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: Me parece que esta recomendación debe ir dirigida a la Dirección Administrativa Financiera por tratarse de un tema de recursos humanos.

RECOMENDACIÓN 6

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: El hospital no es responsable de la falta de insumos, eso es responsabilidad de la Gerencia de Logística.

Y esa debería ser a la Gerencia de Logística, nosotros podemos revisar los pacientes y decir que no han sido operados, permanecen porque aún no tenemos insumos para hacer artroscopia.

De conformidad con documentos aportados por la citada gerencia que evidencia que las Autoridades del Hospital informaron sobre la falta de insumos, por tanto, considera esta Auditoría que esta recomendación no es procedente.

RECOMENDACIÓN 7

La Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, señala: Estoy de acuerdo con la recomendación y el plazo.

Criterio de la auditoría: De conformidad con los comentarios realizados por la administración activo se acuerda lo siguiente para cada recomendación: 2, se ajusta redacción, 3, sin variaciones, 4, se mantiene en los términos comentados, 5, se dirige a la dirección administrativa-financiera, 6, se suprime a partir de la evidencia aportada por la unidad de contratos de la gerencia de logística, 7, sin variaciones.

- El 24 de febrero de 2025 con Mba. Adolfo Cartín Ramírez, director Administrativo Financiero Hospital San Juan de Dios, mediante oficio de convocatoria AI-0312-2025 del 12 de febrero 2023, quien manifestó su conformidad con la recomendación 6 y el plazo establecido para su cumplimiento.
- El 26 de febrero de 2025 con Dr. Enue Arrieta Espinoza, Coordinador, Dra. Gabriela Sánchez Cervantes, médico asistente, Dra. Paola Ugarte Medina, médico asistente, Unidad Técnica de Listas de Espera, Licda. Karen Vargas López, asesora legal, Lic. Héctor Hernandez Vega, asistente, Gerencia Médica, oficio AI-0330-2025, del 17 de febrero 2023, quienes manifestaron lo siguiente:

RECOMENDACIÓN 1

Licda. Karen Vargas López

Manifiesta que la recomendación cita elaborar un plan de acción y ejecución, la elaboración sí podría hacerse, pero la ejecución va a depender de una instancia superior para dar continuidad a las jornadas de producción.

Solicita que se valore aumentar el plazo de atención de la recomendación, como mínimo a nueve meses, por cuanto la implementación del Plan está condicionada a la aprobación de Junta Directiva y revisar la redacción relacionada con el término sistemático.

Dr. Enué Rodrigo Arrieta Espinoza

Solicita revisar redacción a esa parte (sistemático), nosotros ya tenemos el plan operativo, para poder continuar con las jornadas de producción o la metodología de atención de la lista de espera, pero todavía tiene que ir a Junta Directiva, de ahí, va a depender el cumplimiento de la implementación del Plan solicitado por la auditoría.

Dra. Gabriela Sánchez Cervantes

Ahorita estamos por presentar a Junta Directiva el Plan para empezar 2025 y para un resultado sistemático de su implementación deberíamos tener las primeras devoluciones de las jornadas realizadas 2025, para implementar el Plan de Acción, va a depender si se aprueba o no la continuidad de las jornadas de producción y solicita revisar el plazo de 6 meses para su cumplimiento y la redacción relacionada con el término sistemático.

Criterio de la auditoría: Se ajusta recomendación según los comentarios realizados por la administración activa.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Lic. Nelson Corrales Solano
Asistente de Auditoría

Lic. Warren Garro Calderón
Asistente de Auditoría

Licda. Francella Fallas Núñez, jefe
Subárea

Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe
Área

RJS/EAM/FFN/NCS/WGC/jfrc

ANEXO 1
TABLA QUIRÚRGICA POR DESTAJO

Especialidad	Procedimientos	Pago por Procedimiento efectivamente realizado	Recurso Humano de Quirófano						Recurso Humano de Recuperación			Recurso Humano de Apoyo a Quirófano			
			MAE Cirujano	Médico Asistente quirúrgico (MAE; MAG)	MAE Anestesiología	Enfermera Instrumentista (E1)	Auxiliar de Quirófano	Circulante	Enfermera de Recuperación	Auxiliar de Enfermería	Asistente de Pacientes	Técnico de Rayos X	Técnico de Urología	Técnico de Ortopedia	Técnico de Medicina Nuclear
Ortopedia y traumatología	Reemplazo de Rodilla, Cadera y Hombro	7.13%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Artroscopia de Rodilla + Remodelación meniscal	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Rodilla Diagnóstica o limpieza	3.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Rodilla + Sutura meniscal	4.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Rodilla + Plastia Cruzado Anterior	6.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Rodilla + oats	5.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Hombro (Diagnóstica o Limpieza)	4.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Hombro + Reparación dos tendones	7.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Hombro + Reparación de Manguito rotador	6.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de Hombro por Inestabilidad	7.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de tobillo terapéutica (condroplastia)	4.75%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artroscopia de tobillo + reconstrucción de Ligamentos	7.25%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Resección de gastrónemio medial	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Síndrome de túnel carpal	2.38%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Dedos en Gatillo	2.38%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Quistes sinoviales	1.78%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Tenosinovitis, sinovitis	2.85%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Deformidad de pie y tobillo: valgo, varo, equino,dedos en garra, dedos en martillo	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	secuelas de fx de Pie	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	luxación de peroneo	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	espolón calcáneo y de tuberosidad posterior de calcáneo	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Artrosis de Tobillo y Pie	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Dupuytren	2.85%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	NO	✓	NO
	Hallux Valgus simple (osteotomía)	4.75%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Hallux Valgus con metatarsalgia, plastia 1o2 orjeos	7.13%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Hallux Valgus con metatarsalgia, plastia 3 o 4 orjeos	14.25%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Escoliosis	14.25%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Conductos Lumbares Estrechos	14.25%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Hernia de disco lumbar (ver laminectomías)	7.13%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de clavo bloqueante femur, tibia y humero	7.13%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de placa de tobillo, radio distal y humero	3.50%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de placa de femur y tibia	5.00%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de Obenque	3.56%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de Tornillos trans sindeesmales (Miembro Inferior o Superior)	2.38%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Retiro de Tornillo canulados	2.38%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO
	Ortopedia Pediátrica (patología Complejidad I,II y III)	4.75%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NO	✓	NO