

ASALUD-0009-2025

4 de abril de 2025

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el periodo 2025, referente a aspectos relacionados con el fortalecimiento de la prestación de los servicios de radioterapia institucional.

La OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica), define la radioterapia como un mecanismo de tratamiento o medida paliativa, en solución a diferentes tumores y/o estadios; por lo tanto, el desarrollo de estrategias y mecanismos orientados a la prestación de servicios a nivel nacional, para el cumplimiento de planes, debe ser congruente e integral; acompañado de una inversión sustancial en la capacitación, equipo tecnológico y de personal. Todo esto a través del conocimiento del perfil epidemiológico de cáncer en el país, que permita gestionar las tasas de utilización de la radioterapia (RUR) y por ende, también una proyección futura de estas unidades.

Esta auditoría determinó la necesidad de que la Gerencia Médica continúe fortaleciendo el desarrollo de acciones de carácter estratégico para la mejora de los servicios de radioterapia oncológica, por ser una forma de tratamiento para las personas que padecen enfermedades relacionadas con el cáncer, patología que ha sido declarada de interés y prioridad¹ institucional por ser una de las principales causas de morbimortalidad.

De los resultados del estudio se determinó la necesidad que presentan los servicios de radioterapia, sobre todo en la especialidad oncológica, en cuanto a que la Gerencia Médica continúe fortaleciendo acciones para la mejora de los servicios y así contribuir en el avance de los objetivos institucionales en materia de Radioterapia, la identificación de necesidades de la población y la asignación de recurso humano especializado y tecnológico, con el fin de que los usuarios reciban en igualdad de condiciones el tratamiento y atención según lo establecen los principios institucionales.

Además, se documentó la ausencia de parámetros de medición, identificación de la capacidad real de oferta/demanda, la utilización e implementación de indicadores operativos, así como, la definición de un porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales bajo un análisis debidamente justificado y documentado. Por otra parte, se evidenció que los sistemas de información no permiten garantizar una trazabilidad en el EDUS, considerando además que los registros facilitados por las unidades distan de los reportes a nivel institucional.

Se evidenció, que pueden generarse riesgos de eventuales fallos de los LINAC's (aceleradores lineales), considerando que el hospital México tiene en funcionamiento los aceleradores lineales más antiguos de la institución y operan en un I, II y III turno, aspecto que propicia que se acelere la vida útil del equipo; sin embargo, el CCTR -hospital San Juan de Dios- (Centro Conjunto de Radioterapia), no ha atendido lo instruido por la Gerencia Médica, para la apertura del II turno.

¹ Declaratoria indicada en el artículo 9º de la sesión N.º 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Llama la atención a esta Auditoría que la administración Activa no ha propiciado otros mecanismos que permitan maximizar los recursos disponibles (infraestructura, personal, equipamiento médico y otros) sin que medie el uso y pago de jornada extraordinaria, de manera que se cumpla con las tareas encomendadas, aspecto que contraviene la normativa y finanzas Institucionales.

Las deficiencias en la infraestructura y el incumplimiento de los lineamientos de seguridad y limpieza impactan la calidad de atención a los usuarios; además, la ausencia de un programa de mantenimiento adecuado, las debilidades en materia de supervisión, ha generado un entorno que compromete tanto la seguridad y bienestar de los trabajadores, usuarios y la vida útil de los equipos.

En relación con la percepción de los usuarios respecto al servicio brindado, esta se estableció como aceptable 97%, considerando la información que fue suministrada por usuarios y familiares que requirieron del servicio de radioterapia. De los puntos a considerar se mencionó el fortalecimiento en relación con el trato en cuanto a información, oportunidad y seguimiento brindado, aspecto que se desarrolló en el hallazgo 7 del presente informe.

Adicionalmente, la presencia de enceres privados, como alimentos en las zonas de trabajo, puede incrementar el riesgo de plagas, afectando la salud de pacientes y de los trabajadores. Por lo tanto, el implementar medidas correctivas y establecer un sistema de monitoreo continuo para mejorar las condiciones de espacios de trabajo aseguran un ambiente laboral y de atención a los usuarios y sus familiares seguro y saludable para todos, evitando los riesgos de infecciones nosocomiales.

En términos generales, es fundamental que la Gerencia Médica, las Direcciones Generales de los hospitales San Juan de Dios y México, la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, en conjunto con las unidades técnicas correspondientes, brinden atención a las 10 recomendaciones emitidas, con la finalidad de subsanar los hallazgos detectados en los procesos involucrados y que actualmente repercuten en la atención de la salud de los pacientes, finanzas e imagen institucional.



ASALUD-0009-2025

4 de abril de 2025

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA PRESTACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE RADIOTERAPIA A NIVEL INSTITUCIONAL
HOSPITAL MÉXICO-2104, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - 2102,
GERENCIA MÉDICA- 2901**

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en atención al Plan Anual Operativo de la Auditoría 2025, apartado de estudios especiales.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión estratégica, operativa y el fortalecimiento de los servicios de radioterapia oncológica, en relación con las acciones implementadas para la mejora de la prestación de los servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las acciones estratégicas realizadas por la Gerencia Médica para el fortalecimiento de los servicios de Radioterapia Institucional.
- Verificar el grado seguimiento y avance del Plan para el fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025, en cuanto al cumplimiento de los objetivos planteados en el documento.
- Analizar la capacidad resolutive, gestión y direccionamiento del Servicio de Radioterapia del Hospital México y del Centro Conjunto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, según la disponibilidad de infraestructura, equipamiento médico, recurso humano y presupuestario para la prestación de los servicios.
- Verificar la oportunidad, seguridad, tratamiento y seguimiento de los servicios de radioterapia brindados a los pacientes.

ALCANCE

El estudio comprendió el análisis de los procesos de gestión y trazabilidad en la atención, la disponibilidad de los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles, programación operativa, producción, acciones gerenciales y locales para garantizar el uso y el fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia del hospital México y del Centro Conjunto de Radioterapia, ubicado en el hospital San Juan de Dios. El periodo del estudio comprendió desde el 1° de enero de 2024 al 30 de junio de 2024, ampliándose en aquellos casos en 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

- Inspección ocular realizada en los Servicios de Radioterapia del hospital México y hospital San Juan de Dios-Centro Conjunto de Radioterapia.
- Visita al hospital San Juan de Dios, Centro Conjunto de Radioterapia en compañía del Técnico Kenneth Lizandro Artavia Araya, Técnico de Radioterapia, y la Licda. Paola Catalina Zúñiga Madrigal, Asistente Administrativa ambos de ese centro médico.
- Visita al Servicio de Radioterapia, Edificio 1 Sección 13 Consulta Externa y el Edificio 2 Sección 17 del Hospital México, en compañía de la Dra. Vanessa Umaña Herrera, Jefatura y el Msc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa, ambos del centro médico.
- Solicitud de información y entrevistas a los siguientes funcionarios:
 - Gerencia Médica.
 - Dr. Armando Mauricio Cortés Ruiz, Asesor, Gerencia Médica.
 - Dr. Randall Josué Céspedes Víquez, Asesor, Gerencia Médica.
 - Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Dirección Administración Proyectos Especiales.
 - Ing. Fredys Jorge Santos Gutiérrez, Jefe, Área Control de Calidad y Protección Radiológica.
 - Proyecto de Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer.
 - Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Director Ejecutivo.
 - Licda. Katherine Molina Cubillo, Coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia.
 - Ing. Rafael Madrigal Jara, Ingeniero Industrial.
 - Ing. Joseline María Blanco Valenciano, Ingeniero Electromedicina.
 - Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia.
 - Hospital San Juan de Dios.
 - Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, jefe, Servicio de Radioterapia.
 - Dr. José Pablo Villalobos Cascante, Coordinador del Consejo Oncológico Institucional.
 - Licda. Nataly Santamaría Avendaño, Secretaria, Servicio de Radioterapia.
 - Dr. Marvin Francisco, Rodríguez González, Físico Médico.
 - Tec. Kenneth Lizandro Artavia Araya, funcionario, Servicio Radioterapia.
 - Lic. Jorge Villalobos Rosales, Licenciado en imagenología diagnóstica 2.
 - Licda. Paola Catalina Zúñiga Madrigal, Asistente Administrativa.
 - MSc. Marco Pérez Castro, jefe a.i. Sub-Área de Presupuesto- Área Financiero Contable.
 - Hospital México.

- Dra. Vanessa Umaña Herrera, Jefatura, Servicio de Radioterapia.
 - Msc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa, servicio de Radioterapia.
 - Licda. Lucia Segura Alfaro, jefe subárea de presupuesto.
 - Lic. Hernán Cedeño Rodríguez, jefe Financiero Contable.
- Otros- externos.
 - Ing. en Electrónica Jeffry García Vindas, de la empresa Promed.
 - Ing. Ana Villalobos Villalobos, Jefatura de la Unidad de Protección Radiológica- Ministerio de Salud.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, N° 8292
- Ley Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados N° 8239.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, N-2-2009-CO-DFOE.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.
- Instructivo para la Confección, trámite y pago de Tiempo Extraordinario Informe DFOE-SOC-IF-00016-2018.
- Dictamen C-150-2011, 30 de junio de 2011, la Procuraduría General de la Republica Oficio GM-AUDB-21632-2017 del 21 de abril del 2017, medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de Medicamentos a nivel institucional.
- Sala Constitucional, Voto 7532-2004 de las 17:03 hrs. Del 13 de julio 2004.
- Oficio GM-6061-2022 del 10 de mayo de 2022 el Dr. Randal Álvarez Juárez, gerente médico -en ese momento-.
- Oficio GM-UEP-0216-2023 del 23 junio de 2023 el Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, director ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.
- GM-UEP-0424-2022 del 29 de noviembre de 2022.
- Oficio GM-UEP-0102-2023 del 23 marzo de 2023, suscrito por el Dr. Gonzalo Azúa Córdoba.
- Oficio GM-UEP-0340-2023, del 8 setiembre 2023, suscrito por el Dr. Azúa.
- Oficio 180-DHO-HSJD-2024 del 11 de junio del 2024 al Dr. Mario Sibaja Campos.
- Oficio 257-RT-HSJD-2024 del 3 de octubre del 2024.
- Oficio 270-RT-HSJD-2024 del 25 de setiembre de 2024.

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

La radioterapia, como especialidad médica utiliza altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores como parte del tratamiento para enfermedades asociadas al Cáncer. Los tratamientos que se emplean son complejos, y conllevan la vinculación de competencias técnicas específicas y especializadas, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y minimización de los riesgos². A nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social la articulación y estandarización de los procesos pretenden garantizar equidad en la oportunidad y calidad de la atención a todos los usuarios y pacientes que requieren o son candidatos a estos servicios.

Asimismo, institucionalmente, la atención en los servicios de Radioterapia se organiza de manera general en 8 etapas/procesos: Valoración Médica, Simulación, Contorneo, Prescripción, Planificación, Aplicación de planificación, Controles Médicos intratratamiento y Seguimiento.

Para la década del 2020-2030, según GLOBOCAN⁵ se estima para Costa Rica una incidencia de 266.5 pacientes por cada 100,000 habitantes, de los cuales según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA) recomiendan una cobertura óptima de un 47-52% de dicha población en tratamientos con acelerador lineal, contemplando que al menos un 10% de los pacientes tratados requerirán re-irradiaciones a futuro como demanda secundaria³.

Actualmente en la CCSS, se brindan las siguientes técnicas de radioterapia:

- Técnica 3D: Ginecológico y cáncer de recto, Cáncer Mama, Paliativos.
- Técnica IMRT: Cáncer mama y sus variantes
- Técnica VMAT: Pelvis: Próstata, canal anal y vulva, SNC, Cabeza y Cuello, Tórax, Hematológicos.
- Braquiterapia: técnicas de tratamiento en radioterapia, en donde la fuente de emisión de radiación del equipo de tratamiento se ubica a distancias cortas del paciente (de varios milímetros). En este rubro ubicamos los equipos de descarga de fuente de alta tasa de dosis (HDR por sus siglas en inglés). Alta tasa de dosis implica que se entregan dosis altas en tiempos muy cortos (algunos minutos).

PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA 2020-2025

Mediante el oficio GG-2064-2020 del 17 de julio de 2020, el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General en ese momento, instruyó al Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico en esa oportunidad y al Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías lo siguiente:

² Fuente: Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025 elaborado en el 2019.

“(...) Esta Gerencia aprueba la puesta en marcha de este, debiendo sus representadas proceder con las acciones administrativas que correspondan Institucionalmente a la mayor brevedad.

Los requerimientos de recurso humano deberán ser coordinados con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, tomando en consideración las observaciones realizadas en su momento por este Despacho, entre ellas lo relacionado a la creación de plazas con financiamiento local”.

Como principal justificación del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia se indica textualmente: “Este documento resume el Plan Estratégico desarrollado para el Programa de Radioterapia Institucional al 2025, orientado a canalizar y fortalecer la construcción a corto plazo de un Servicio de Radioterapia Institucional que responda a los intereses comunes de todos los asegurados a través de una atención integral y de calidad de su bienestar”.

Su objetivo principal es planificar las estrategias para el desarrollo Institucional del Servicio de Radioterapia de la CCSS al 2030, promoviendo una disminución de la brecha entre la oferta y la demanda de servicios con atención oportuna y de calidad para los pacientes. Este plan está constituido por: 3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica de los objetivos del programa. (Véase Anexo N°2)

SOBRE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

En aspectos de organización a nivel Institucional, el Servicio de Radioterapia del hospital México, depende jerárquicamente del Departamento de Hemato Oncología de ese establecimiento, dispone de dos sectores, uno en la Consulta Externa y otro en el edificio anexo construido en el 2013, que suman 8 salas en funcionamiento, de las cuales 6 son de acelerador lineal, 1 terapia superficial, 1 de braquiterapia, adicionalmente se dispone de una sala de 1 de TAC Simulador, 8 consultorios médicos, 15 licencias de planificación para técnicas especiales con acelerador lineal, además de infraestructura y equipo complementario, este servicio brinda atención 24 horas de lunes a Viernes, incluidos los sábados, con 121 funcionarios, entre personal administrativo, médicos radioterapeutas, físicos médicos, dosimetristas, técnicos en imágenes y enfermeras.

Por su parte, el servicio de Radioterapia - Centro Conjunto de Radioterapia- del hospital San Juan de Dios se encuentra constituido por 4 departamentos de trabajo: Departamento de Clínica, Departamento de Física Médica, Departamento de Imagenólogos y Departamento Administrativo; el Servicio fue inaugurado el 21 de noviembre de 2022, y a nivel de equipos dispone de 2 aceleradores lineales, 1 TAC Simulador, el cual brinda atención de Lunes a Jueves de 7 am a 4 pm y los Viernes de 7 am a 3 pm, con 54 funcionarios (incluido personal sustituto, permanente y de apoyo).

Este Órgano de Fiscalización en relación con el tema de Radioterapia, informó a la administración activa mediante los productos de Auditoría, ASS-81-2019³, del 13 agosto de 2019, ASS-33-2021⁴ del 4 de junio de 2021 y AS-ASALUD-0026-2023⁵, del 18 de abril de 2023, oportunidades de mejora asociadas al funcionamiento de la tecnología, mantenimiento, gestión, operación, producción del Servicio de Radioterapia del hospital México, aunado a la necesidad de un análisis gerencial y determinación de la capacidad productiva que permitiera definir acciones estratégicas para el fortalecimiento a nivel institucional, con la finalidad de enfrentar eficientemente el incremento en la demanda de casos propios del comportamiento de la enfermedad. Así mismo, se mencionó la importancia de implementar mecanismos de evaluación para la sistematización, mejora en el control, monitoreo de los procesos, programación, y aprovechamiento de los recursos, considerando la disponibilidad de personal, evaluación de nuevas tecnologías, técnicas de tratamiento, y estrategias de fortalecimiento integral para la atención oportuna de las personas.

Adicionalmente, en estos informes se documentó que el fortalecimiento tecnológico se estaba valorando de forma tardía respecto las técnicas actuales y recomendadas clínicamente; se recomendó la oportunidad de implementar otras técnicas como radiocirugía institucional *-sin embargo, esta solo se proyectó que sea realizada por el Hospital México-*, baño de electrones para linfoma cutáneo y gaiting, para facilitar el tratamiento de los tumores pulmonares, hígado, páncreas y ayudar a minimizar la dosis de radiación al corazón en los tratamientos de mama, esto mediante la atención de la recomendación 4, del informe ASS-33-2021, **la cual se encuentra pendiente** de atención al momento de finalizar el presente informe.

Por su parte, en el oficio AS-ASALUD-0026-2023⁶, del 18 de abril del 2023, esta Auditoría referenció que el uso intensivo y las extensas jornadas a las que se ven expuestos los aceleradores lineales del hospital México en algunos casos de 24 horas, 6 días a la semana, incide en un desgaste anticipado de los componentes del equipo médico.

SOBRE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Hospital San Juan de Dios.

De conformidad con la información aportada por el hospital San Juan de Dios, la asignación presupuestaria ordinaria para el Servicio de Radioterapia en los periodos comprendidos entre 2021 y 2024 es la siguiente:

³ Auditoría de carácter especial sobre la Gestión de la capacidad resolutive del Servicio de Radioterapia del hospital México posterior al proceso de intervención, así como las proyecciones Fortalecimiento según Demanda.

⁴ Auditoría de carácter especial sobre el Control de Procesos y Maximización de Capacidad Instalada para Tratamientos con Aceleradores Lineal en el Servicio de Radioterapia del Hospital México.

⁵ Oficio de Asesoría referente al fallo de los equipos de Radioterapia en el hospital México.

⁶ Oficio de Asesoría referente al fallo de los equipos de Radioterapia en el hospital México.

Cuadro N° 1 Asignación Ordinaria Hospital San Juan de Dios, 2021 a 2024, CCSS

| Asignación presupuestaria | Servicio | Periodo | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Partida 2002 | Radioterapia Personal | | | | |
| 2021 | Sustituto Tac | ₡4,078,796.00 | ₡6,297,082.00 | ₡6,297,082.00 | ₡6,297,082.00 |
| | Simulador - Tiempo Extraordinario | ₡1,352,027.00 | ₡1,269,451.00 | ₡1,269,451.00 | ₡1,269,451.00 |

Fuente: Oficio AFC-0023-2021, 11 diciembre 2020, elaboración propia, octubre 2024, Oficio ADC-0023-2022, 25 noviembre 2021, elaboración propia, octubre 2024.

Hospital México:

La asignación presupuestaria total al centro médico se detalla en el cuadro N° 2, no obstante, no fue posible segmentar la asignación ordinaria del Servicio de Radioterapia, dado que se encuentra inmerso en el Departamento de Hemato – Oncología del centro médico.

**Cuadro N° 2 Asignación Presupuestaria – Hospital México, 2021 a 2024, CCSS.
Periodo 2021 - 2024**

| Año | Solicitado | Asignación Modificada | Presupuesto Total | Ejecución |
|------|---------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| 2021 | ₡173.157.392.924,02 | ₡26.300.261.387,73 | ₡199.457.654.311,75 | ₡194.065.400.491,23 |
| 2022 | ₡180.898.478.248,00 | ₡14.457.155.752,95 | ₡195.355.634.000,95 | ₡191.142.496.648,65 |
| 2023 | ₡190.114.674.677,62 | ₡27.740.566.122,85 | ₡217.855.240.800,47 | ₡205.064.462.801,41 |
| 2024 | ₡189.578.733.846,3 | ₡21.517.197.676,79 | ₡211.095.931.523,09 | ₡104.386.597.403,93* |

*Corte al 1° de agosto de 2024

Fuente: Hospital México

En ese sentido, la Licda. Lucia Segura Alfaro, jefe subárea de presupuesto, y el Lic. Hernán Cedeño Rodríguez, jefe Financiero Contable ambos del Hospital México, coinciden en señalar mediante narrativa del 9 de agosto del 2024, a este Órgano de Fiscalización, lo siguiente:

“(…) Nosotros no tenemos una distribución del presupuesto por servicio, lo que hacemos es que del total financiamos las compras del servicio, en 2021 y 2022 prácticamente se dejó de realizar los ejercicios de reuniones por el riesgo de contagio a Covid-19 (política institucional de sesiones de trabajo presencial), ni con la dirección de presupuesto se llevaron a cabo dichas sesiones de trabajo. De acuerdo a los recursos de la institución así se nos asignaba.

Con respecto a la identificación del gasto, tampoco es posible identificarlo por servicio, por lo menos al día de hoy.

El presupuesto siempre se ha dispuesto por partidas en general, no por servicio, se lleva un control por compras y otros aspectos para cuidar una sobre ejecución. Los sistemas para formulación de los servicios no es el utilizado para por el área de presupuesto, es decir, no están articulados de manera tal que alimente de información el gasto, los servicios disponen de un formato propio. (...)".

HALLAZGOS

1. DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

Esta Auditoría determinó la necesidad de que la Gerencia Médica continúe fortaleciendo el desarrollo de acciones de carácter estratégico para la mejorade los servicios de radioterapia oncológica, por ser una forma de tratamiento para las personas que padecen enfermedades asociadas al cáncer; patología que ha sido declarada de interés y prioridad⁷ institucional al ser una de las principales causas de morbimortalidad.

Algunos de los aspectos y acciones relevantes para el fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia Oncológica son:

1. Involucramiento en la ejecución del plan de fortalecimiento de los servicios de radioterapia (en adelante **-PFSRT-**), con el fin de lograr un mayor compromiso, enfoque y mejoramiento del trabajo en equipo con otros actores⁸ para lograr concretar los productos o resultados incluidos en el paquete de tareas que se ejecuta desde el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en coordinación con el Consejo Oncológico Institucional. A modo de ejemplo: para el seguimiento al oficio GM-UEP-0290-2023 y GM-UEP-0238-2024, se solicitó la aprobación para el acompañamiento de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud en el desarrollo del estudio sobre el tiempo de uso de los aceleradores lineales⁹, lo cual se encuentra pendiente de atención.
2. Identificación de necesidades epidemiológicas actuales y futuras que permitan definir la oferta y demanda en el tema de radioterapia oncológica y así satisfacer los requerimientos de los usuarios, mediante la determinación del RUR¹⁰, ya sea nacional o institucional, según convenga.

⁷ Declaratoria indicada en el artículo 9º de la sesión N.º 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.

⁸ La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y Direcciones adscritas, Comité Gestor EDUS-ARCA, y otras direcciones de la misma Gerencia Médica.

⁹ Así se refiere en el documento borrador "Estudio de Tiempos durante la aplicación de tratamientos en aceleradores lineales del Servicio de Radioterapia".

¹⁰ La tasa óptima de utilización de radioterapia (RUR) es la proporción de todos los casos de cáncer que deben recibir radioterapia, por sus siglas del inglés (Optimal Radiotherapy Utilisation Rate)

3. Respecto a la asignación de tecnología adecuada, alineación/estandarización de algunos procesos o de la prestación de servicios, aprovechamiento óptimo de los recursos, así como la dotación de equipo de especialistas¹¹ necesarios. De este último aspecto, tuvo conocimiento esta auditoría¹² que existe situaciones identificadas para la incorporación de físicos médicos en su colegio respectivo, hecho que limita la oferta de profesionales para la institución.

Al respecto conviene citar que la Ley General de Control Interno en el Capítulo II, Artículo 8, en la generalidad establece "(...) se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de objetivos como; (...) garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones (...).

Según la Norma de Control Interno para el sector público, en el punto 2.2 sobre el compromiso superior: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben apoyar constantemente el SCI, al menos por los siguientes medios:

(...) d. La aplicación de una filosofía y un estilo gerencial que conlleven la orientación básica de las autoridades superiores en la conducción de la institución y la forma como se materializa esa orientación en las actividades. Ambos elementos deben conducir a un equilibrio entre eficiencia, eficacia y control, que difunda y promueva altos niveles de motivación, así como actitudes acordes con la cultura de control".

El documento "Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y la Elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas" indica:

"(...) Conducir la prestación integral de servicios de salud a la población y promover la participación social, de acuerdo con las políticas, planes, estrategias y programas gubernamentales e institucionales, con el propósito de mejorar los indicadores de salud, la eficiencia, la eficacia y la gestión de los establecimientos de salud que conforman la red de servicios (...)

(...) Desarrollar los procesos de atención en salud desde la perspectiva técnico-administrativa, con el desarrollo de sistemas de control y evaluación y el diseño del marco de actuación en este ámbito de acción, con base en el marco normativo institucional (...)"

¹¹ En el que deben participar radio-oncólogos, físicos médicos, tecnólogos de radioterapia y personal de enfermería, entre otros.

¹² Oficio de advertencia de la auditoría interna, AD-AOPER-0002-2025 de fecha 16 de enero de 2025 denominado: "Oficio de Advertencia sobre la participación de profesionales en física médica en la etapa de ejecución y puesta en marcha el proyecto de construcción y equipamiento de la Torre de Hemato-Oncología del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, así como la dotación de estos profesionales en la institución". Oficio del Dr. Pablo Ordoñez Sequeira, Jefatura del Servicio de Radioterapia, Hospital San Juan de Dios, número 179-RT-HSJD-2024 del 25 de junio de 2024, con asunto: Solicitud de aclaración de los requisitos de los egresados universitarios de la maestría de física médica para su incorporación en el Colegio de Físicos de Costa Rica. En el Oficio GM-UEP-0067-2025 de fecha 24 de febrero de 2025, dirigido al Dr. Gean Carlos Rodríguez Maroto, Jefe Departamento de Hemato Oncología, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y en el cual el Dr. Gonzalo Azua Córdova, Director ejecutivo del PFAIC, le indica la necesidad que se tiene de considerar en la planificación y asignación de recurso humano a la totalidad de los servicios de Hemato Oncología y que previamente en oficio GM-UEP-0355-2024 (29 de octubre de 2024): Se solicitó la asignación de físicos médicos y Dosimetristas para garantizar la operatividad segura de los equipos de radioterapia.

El 26 de setiembre del 2024, el Dr. Randall Josué Céspedes Víquez, asesor de la Gerencia Médica indicó mediante sesión de trabajo, respecto al (PFSRT) lo siguiente:

“(...) se tiene poco tiempo en la coordinación de temas de cáncer desde el despacho de la Gerencia Médica lo que impide contar con el conocimiento, de cómo se ha brindado manejo al tema en específico de Radioterapia y el Plan como tal (...)”

Actualmente están en coordinaciones para iniciar trabajos en conjunto y establecer una relación más continúa con respecto a los trabajos que realiza el COI y relacionado a este proceso de fortalecimiento de los servicios de radioterapia.

Según se indica previo a este acercamiento que se realizó, la comunicación con la gerencia se ha dado, pero no en esta la línea en que viene la consulta de la auditoría. Es decir, no ha concretado, como una gestión de seguimiento de procesos, sino de comunicación, de coordinación y de enlace (...)”.

Adicionalmente el Dr. José Pablo Villalobos Cascante, director del Consejo Oncológico Institucional, indicó mediante sesión de trabajo de ese mismo día:

“(...) la institución ha pasado como por muchos hitos, que han impactado la parte de las funciones sustantivas de todas las instancias de las gerencias hasta la parte operativa en las diferentes Unidades Programáticas en los Hospitales.

(...) Posteriormente y como parte de las modificaciones del personal en el despacho de la gerencia, se tuvo que enviar un oficio, por cuanto no se logró consolidar la comunicación con la gerencia, en este documento se solicitaba esa necesidad, considerando que el gerente estaba muy ocupado, el enlace se dio con asesores, en esa oportunidad con el Dr. Mario Urcuyo y la Dra. Dominique Guillén.

(...) Otras situaciones como el hackeo no han facilitado los acercamientos, pero no se puede indicar que exista una mala comunicación, porque mediante oficios se ha establecido una nueva comunicación, sin embargo, se indica que hay temas que mediante oficio se vuelve complicado el abordaje de la temática en la información.

Se reitera que en estos aspectos y considerando el tema complejo de radioterapia la presencialidad en las sesiones del consejo facilitaría y agilizaría la toma decisiones desde la Gerencia Médica”.

Aunado a lo anterior el Dr. Villalobos Cascante agregó que: *“(...) Debido a situaciones internas y de coordinación en las sesiones el consejo se mandó una solicitud porque básicamente el representante del primer y segundo nivel en ese momento casi no participaba de las sesiones y no se contaba con alguien que tuviera la visión de la gestión y necesidades de la atención del cáncer en el I y II nivel de atención, por lo tanto, se designó al doctor Javier Céspedes, quien aporta ese análisis integral desde el primer y segundo nivel desde la logística del consejo oncológico”.*

La Licda. Katherine Molina Cubillo, coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia indicó sobre el PFSRT en sesión de trabajo del 30 de octubre de 2024 lo siguiente:

“Se requiere un acompañamiento y seguimiento de la Gerencia Médica tanto en la toma de decisiones como también en la emisión instrucciones y el cambio de Gerentes y asesores puede afectar la continuidad de los temas, ya que cada vez que incorpora una nueva persona hay que empezar por explicar todo el Plan y sus componentes desde el inicio y eso requiere tiempo y dedicación que no alcanza en espacios cortos de tiempo como en una hora”.

La Dra. Flory Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia del hospital México, manifestó el 13 de noviembre de 2024, en relación con su percepción acerca del compromiso y gestión que realiza la Gerencia Médica para el mejoramiento de los Servicios de Radioterapia, lo siguiente:

“Considero que no se conoce desde el despacho de la Gerencia, la realidad de las necesidades de los servicios de radioterapia, llámese, recurso humano, equipamiento, hasta de compra de servicios; no se tiene conciencia de lo complejo que son los servicios. A nivel de la dirección general del Hospital sí se tiene claro, porque se recibe el apoyo y demás se colabora ante la Gerencia Médica”, adicionalmente, agregó no se ha brindado la importancia que requieren los servicios como ejemplo cito las respuestas tardías a sus solicitudes”.

Mediante oficio HM-DG-4427-2024 del 11 de octubre de 2024, el Dr. Douglas Montero Chacón, director general, del Hospital México, indicó al Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico, que el Hospital México atiende un recargo de funciones de Radioterapia con Acelerador Lineal, y que a pesar de que el Hospital San Juan de Dios tiene dos equipos, les remiten alrededor de 40 a 50 pacientes por mes.

Para garantizar la mejora continua de la prestación de los Servicios de Radioterapia, considerando la complejidad y relevancia que esta representa, es necesario que la Gerencia Médica refuerce las acciones de involucramiento y seguimiento a este tema, con el fin de fortalecer la estandarización de un modelo de servicios *-en procesos y/o tareas que así convenga-*, maximización y aprovechamiento de recursos, así como el mejoramiento y búsqueda de técnicas de tratamiento adecuadas y la asignación de los profesionales acorde a las necesidades actuales y futuras.

El debilitamiento de los servicios de radioterapia, así como la falta de direccionamiento, son las principales causas que podría enfrentar la prestación de tratamientos radioterapéuticos relevantes para los usuarios que presentan patologías de cáncer principalmente, por tal razón es importante que la Gerencia Médica fortalezca el desarrollo de acciones estratégicas en este tema.

2. SOBRE EL AVANCE DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA 2020 - 2025.

Esta Auditoría Interna no logró evidenciar por parte de la Gerencia Médica acciones de seguimiento y control del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025, que permitan establecer el grado de avance y cumplimiento de este; el cual está constituido principalmente por: 3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica de los objetivos del programa. (Véase Anexo N°2)

Por su parte, sí se evidenció que el trabajo realizado por el equipo del Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer, encargado de ejecutar el plan, incluye principalmente tareas relacionadas con la estructura de desglose de trabajo (EDT)¹³, entrega de informes y evaluaciones relacionadas con su ejecución, los cuales, si bien es cierto, superan los planteamientos del Plan, no se observó el grado de avance y cumplimiento específico del PFSRT.

Con el fin de evidenciar los entregables en los informes por parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, se menciona lo siguiente:

- En relación con la II Evaluación del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, entregada mediante oficio GM-UEP-0252-2024 del 25 de julio de 2024, la Dra. Xenia Sancho Mora, directora ejecutiva a.i. del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, remitió al Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico, los resultados de avance en relación con los siguientes indicadores:
 - 4.1 Indicadores de Impacto
 - 4.1.1 Indicador 1: Tiempo de Implementación del Plan
 - 4.1.3 Indicador 3: Número de Personal Capacitado
 - 4.2 Indicadores de Resultado
 - 4.2.1 Indicador 1: Reducción en Tiempos de Espera para los Pacientes
 - 4.2.2 Indicador 2: Incremento en el Número de Pacientes Atendidos
 - 4.2.3 Indicador 3: Incremento en el Número de Productos o Documentos Finalizados.
- En el informe #24 sobre el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2025-2030, comunicado mediante oficio GM-UEP-286-2024, del 16 de setiembre de 2024, el Dr. Gonzalo Andrés Azúa Córdova, Director Ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer remite al Dr. Wilburg Diaz Cruz, Gerente Médico en ese momento y al Dr. José Pablo Villalobos Cascante, coordinador de Consejo Oncológico Institucional los resultados del paquete de trabajo para la ejecución del Plan:

Imagen N° 1. Cronograma del PFSRT informe 24



Al mes de diciembre 2023 el plan tenía un avance general de un 54%, optimizado. A continuación, se presenta el avance optimizado al mes de abril 2024:

| Indicadores | Paquete de trabajo | INFORME #23 | INFORME #24 | Diferencias |
|-------------|--|-------------|-------------|-------------|
| 1 | Plan para el fortalecimiento institucional de Radioterapia 2022-2025 | 48% | 54% | 6% |
| 1.1 | II Evaluación del plan 2020-2025 | 0% | 100% | 100% |
| 1.2 | Proyectos de infraestructura y equipamiento | 43% | 47% | 4% |
| 1.3 | Optimización del proceso de gestión oferta-demanda | 63% | 78% | 15% |
| 1.4 | Guías Clínicas | 77% | 77% | 0% |
| 1.5 | Innovación de técnicas y mecanismos de trabajo | 38% | 37% | -1% |
| 1.6 | Recursos Humanos para los Servicios de Radioterapia | 90% | 71% | -19% |
| 1.7 | Actualización del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de R | 91% | 92% | 1% |
| 1.8 | Comunicación de avance de los Servicios de Radioterapia | 99% | 99% | 0% |
| 1.9 | Programa de Garantía de Calidad | 21% | 36% | 15% |
| 1.10 | Reuniones | 99% | 100% | 1% |

Fuente: Cronogramas del Plan actualizados al 9 de agosto 2024.

13 El Plan para el Fortalecimiento a los Servicios de Radioterapia a nivel Institucional consta de un total de 9 paquetes de trabajo, 34 entregables y 15 sub entregables que conforman la actualización del plan

Esta Auditoría el 30 de octubre de 2024, consultó en sesión de trabajo presencial *-realizada en la oficina de auditoría interna-*, a los funcionarios encargados de coordinar la ejecución del Plan de Fortalecimiento de los servicios de Radioterapia, a saber: Licda. Katherine Molina Cubillo, Ing. Joseline María Blanco Valenciano y el Ing. Rafael Madrigal Jara acerca del grado de avance general de los objetivos específicos del plan, el cual no fue aportado; al respecto, los citados funcionarios realizaron una **construcción del dato al momento**, con el fin de brindar respuesta a las interrogantes planteadas por este órgano de fiscalización. (La negrita es nuestra).

Al respecto conviene citar que la Ley General de Control Interno en el Capítulo II, Artículo 8, en la generalidad establece: "(...) se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de objetivos como; (...) garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones (...)".

El documento "Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y la Elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas" indica:

"(...) Conducir la prestación integral de servicios de salud a la población y promover la participación social, de acuerdo con las políticas, planes, estrategias y programas gubernamentales e institucionales, con el propósito de mejorar los indicadores de salud, la eficiencia, la eficacia y la gestión de los establecimientos de salud que conforman la red de servicios (...)

"(...) Desarrollar los procesos de atención en salud desde la perspectiva técnico-administrativa, con el desarrollo de sistemas de control y evaluación y el diseño del marco de actuación en este ámbito de acción, con base en el marco normativo institucional (...)"

La Licda. Katherine Molina Cubillo, coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, manifestó en sesión de trabajo del 30 de octubre de 2024 lo siguiente:

"El grado de avance en general del Plan de Fortalecimiento en el informe #24 es de un 54 % del total, es decir Equipamiento: 47%, Recursos Humanos 71%, y Desarrollo Logístico 74%¹⁴.

Los objetivos estratégicos del Plan se han mantenido firmes a lo largo del tiempo y, hasta la fecha, se han presentado 24 informes de avance que desglosan los porcentajes alcanzados en cada uno de los paquetes de trabajo que sustentan dichos objetivos. Los informes se presentan de manera detallada y estructurada. Cabe destacar que el formato de estos informes ha sido desarrollado internamente por el equipo del Plan, organizándose según los objetivos de recurso humano, infraestructura y equipamiento, mientras que el objetivo logístico se detalla en función de los paquetes de trabajo que lo componen.

¹⁴ Esta información se brinda con una construcción a partir de los componentes que se indican en respuesta vía teams el 14-11-2024, sin embargo, no se brinda o facilita documentación que así lo respalda.

Para obtener un porcentaje específico del avance en el objetivo logístico, es necesario realizar una consolidación basada en la suma de los distintos componentes que lo integran. Estos componentes abarcan: procesos de gestión, innovación de técnicas y mecanismos de trabajo, elaboración de guías clínicas, implementación del programa de garantía de calidad, así como la actualización y comunicación del Plan, además de sus respectivas evaluaciones”.

Se evidenció que, mediante el oficio GM-9713-2020 del 24 de julio de 2020, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico en ese momento, designó al Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en coordinación con el Consejo Oncológico Institucional, gestionar la implementación del “Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025”, sin embargo, no se establecen líneas de trabajo en relación con las acciones, actividades y entregables que debía desarrollar el Proyecto de Fortalecimiento.

La principal causa por la cual no se logra definir el grado de avance del plan (objetivos estratégicos y específicos, ejes estratégicos, Planificación Estratégica de los objetivos del programa), podría estar vinculada a la falta de seguimiento y determinación de las líneas estratégicas del PFSRT, por parte de las autoridades competentes.

El Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia no evidencia el grado de cumplimiento de las necesidades o los planteamientos establecidos en el PFSRT -3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica de los objetivos del programa-, situación que podría afectar la ejecución de acciones por parte de la administración en cuanto a la oportunidad para la atención de las personas y uso de los recursos institucionales. Además, un posible incumplimiento de los objetivos planteados podría ocasionar que no se atiendan las necesidades identificadas en su momento.

3. DEL DIRECCIONAMIENTO, GESTIÓN Y CAPACIDAD DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL MÉXICO Y DEL CENTRO CONJUNTO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los Servicios de Radioterapia presentan características muy específicas, en cuanto a las técnicas aplicadas y los niveles de complejidad que dependen de múltiples factores, tales como; recurso humano, capacitación, expertiz, vida útil del equipo médico, capacidad tecnológica, entre otros aspectos.

Sin embargo, se evidenció que es necesario finiquitar aspectos relacionados con el direccionamiento de los servicios, los cuales requieren del establecimiento del RUR, con el fin determinar la población por cubrir y así definir líneas estratégicas de la prestación de los servicios actual y a futuro, otro aspecto relevante es el aval, oficialización y automatización de indicadores, los cuales podrán contribuir a la toma de decisiones, mejoras y optimización de los servicios.

En línea con lo indicado, la gestión que se realiza de forma conjunta e individualmente en cada uno de los establecimientos de salud, no garantiza una prestación igualitaria, indistintamente del servicio de radioterapia donde se recibe, es decir no configura la estandarización en procesos y/o tareas que así convenga, tal y como se menciona en el PFSRT 2020-2025, lo cual repercute en diferencias horarias de prestación de servicios, en las estructuras organizacionales, la forma de trabajo entre las unidades y uso permanente de tiempo extraordinario.

Aunado a estos aspectos que se desarrollaran en los siguientes sub-hallazgos, es necesario adicionar la necesidad de identificación de la capacidad productiva (considerando infraestructura, recurso humano, entre otros) y relacionada con los equipos -LINAC-, la cual es relevante para que en conjunto con los elementos de gestión y dirección se defina la magnitud de operación de estos servicios. De lo indicado, a continuación, se detalla cada uno de aspectos:

3.1. Cobertura, tasa e incidencia de los servicios de radioterapia- RUR-.¹⁵

Se evidenció que, la Institución aún no ha logrado establecer en la actualidad el dato de la tasa de utilización de los Servicios de Radioterapia -RUR-, que permitan estimar la población por cubrir, así como la utilización y crecimiento de estos servicios¹⁶; pese a que, el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, dispone de nuevos datos¹⁷ (al 2022).

Además, se documentó que la información estadística que puede contribuir para la toma de decisiones no está disponible de manera oportuna, tal y como consta en respuesta a la solicitud efectuada por el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer el 7 de mayo de 2024, la cual fue atendida por el Área de Estadísticas en Salud, 6 meses después.

Por lo anterior, los escenarios incluidos en el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia no contemplan las nuevas realidades en lo que corresponde al Cáncer, a manera de ejemplo se citan:

- La colocación e inclusión de la vacuna del papiloma de humano, puede modificar el comportamiento epidemiológico de la patología de cáncer de cérvix, aspecto que podría repercutir en la asignación, uso y aprovechamiento de los servicios de radioterapia.
- Modificación en la cantidad de pacientes por aumento y/o disminución de patologías de cáncer, esto relacionado con las nuevas modalidades de detección oportuna.

El 7 de mayo de 2024¹⁸, el Dr. Alejandro Calderón Céspedes, del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer en la Red – en ese momento-, Gerencia Médica, solicitó al Área de Estadísticas en Salud, lo siguiente:

¹⁵ La tasa óptima de utilización de radioterapia (RUR) es la proporción de todos los casos de cáncer que deben recibir radioterapia, por sus siglas del inglés (Optimal Radiotherapy Utilisation Rate)

¹⁶ Otras tasas de utilización: Sin riesgo operativo, con riesgo operativo, radioterapia real, RUR-Brecha, metas de cobertura e indicadores mencionadas en el PFSRT 2020-2025.

¹⁷ Datos oficiales actualizados al periodo 2022, Salud actualiza datos de Tumores malignos del Registro Nacional de Tumores en página web

¹⁸ Mediante Correo electrónico del 7 de mayo de 2024, suscrito por el Dr. Alejandro Calderón Céspedes.

“(...) obtener los datos de diagnósticos de cáncer por sitio tumoral del 2018 al 2022, con el cuidado de que el diagnóstico sea solo una vez por persona (puesto que a veces hay biopsia diagnóstica y luego de la pieza o varias biopsias de la misma persona), para poder hacer la comparación y tener la tranquilidad y seguridad de que el dato del ministerio de salud es real o alertarlos de la situación.

El año pasado el Registro Nacional de Tumores puso "al día" su base y agregó 5 años (2017-2022) en el sistema. Llama la atención que en estos nuevos datos tuvimos una disminución importante en prácticamente todos los tipos de cáncer, lo cual no es lo esperado viendo las tendencias que se traían y además porque cada vez envejecemos y somos más por lo tanto lo que se espera es que cada año haya más casos de cáncer (...).”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el capítulo III: de las Normas sobre valoración del Riesgo, en el punto 3.3 Vinculación con la planificación institucional lo siguiente:

“(...) los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.

El Plan Nacional para el control del Cáncer 2024-2030, en el punto 5. Análisis de la Situación Actual, 5.2 Componentes del Control del Cáncer, 5.2.2 Acceso a Servicios Especializados de Salud 5.2.2.2, Diagnóstico y tratamiento del cáncer, se indica:

“(...) Específicamente, a la disponibilidad y el acceso a la radioterapia el prestador de servicios de salud, CCSS, cuenta con un Plan de fortalecimiento de los servicios de radioterapia 2020-2025, en el cual se vinculan los equipos que se van a adquirir para dar cobertura al 2030, así como el fortalecimiento del recurso humano que lo acompaña para ponerlo a funcionar (...).”

El Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025, en el punto 6.2.3. sobre la Tasa de Utilización óptima de la Radioterapia para Costa Rica, se indica textualmente:

“La RUR-Óptima, por sus siglas del inglés (Optimal Radiotherapy Utilisation Rate), es una tasa de proyección que permite estimar la necesidad de cobertura potencial con equipos de acelerador lineal en un país de la población con cáncer que potencialmente puede requerir de atención con radioterapia. Dicho rubro contempla los equipos de acelerador lineal públicos y privados existentes según su nivel de cobertura.

En Costa Rica el índice de RUR-Óptima, recomendada es 47% (Rosenblatt E, 2015), rubro al cual se recomienda estimar al menos un 10% de re-irradiaciones. Es decir, para un país como el nuestro la recomendación del RUR ajustada a la tasa de re-irradiaciones es de entre 47% - 52% del total de pacientes estimados que serán diagnosticados por primera vez con cáncer en el año, con base a la incidencia de la enfermedad. Considerando que la CCSS cubre el 96% de la población del país, la RUR Óptima debe ser de al menos el 47%”.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría, el 19 de setiembre de 2024, sobre la tasa de utilización de radiación, lo siguiente:

“(...) estamos trabajando en una serie de indicadores que también mide la tasa de utilización de la radiación a nivel caja, de tal forma que después podamos hacer una comparación de la tasa de utilización de la radiación nacional con la tasa de utilización internacional y así ya definir exactamente cuál es la brecha de cobertura entre los pacientes de la caja y la privada (...)”.

La inoportunidad en la actualización y disponibilidad de los datos estadísticos de tumores consignados en los sistemas de información institucional, a pesar de que en la CCSS se dispone de registros locales; ocasiona diferencias con la información consignada para estos tumores, por parte del Ministerio de Salud.

Lo descrito, en relación con los análisis de los datos de tumores, limita la identificación de cambios en la situación epidemiológica y tendencias de radioterapia, así como la determinación de las necesidades de la prestación de los servicios institucionales, incide en la correcta planificación que permita una inversión acorde a la realidad nacional y/o institucional, por cuanto son recursos costosos, limitados y complejos.

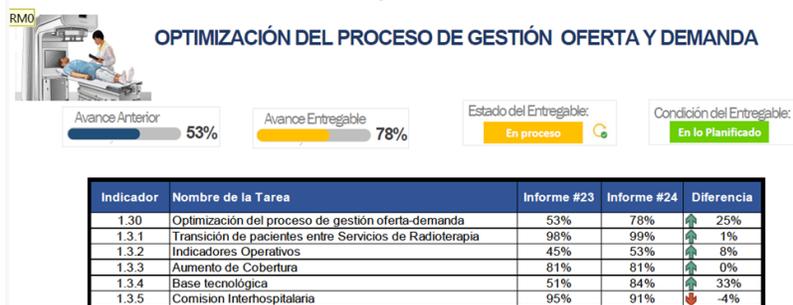
3.2. De los indicadores en los servicios de radioterapia

Se determinó que la institución no dispone de indicadores avalados, automatizados, y oficializados para evaluar la gestión administrativa y operativa de los servicios de radioterapia. Adicionalmente, la información estadística requerida se debe solicitar a cada unidad (Hospital México y Centro Conjunto de Radioterapia) a través de registros manuales y software de los proveedores, situación que reafirma la ausencia de los indicadores.

Llama la atención que han transcurrido aproximadamente 2,5 años desde que la Gerencia Médica solicitó apoyo¹⁹ al Comité Gestor EDUS-ARCA, Proyecto EDUS en la implementación de un proceso automatizado; sin embargo, el porcentaje de avance del indicador 1.3.2. Indicadores Operativos es de un 53%, según el Informe #23 de Avance del Plan para el Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2022-2030.

¹⁹ El 10 de mayo 2022 mediante GM-6058-2022.

Imagen N° 2 Indicador, Informe #23 de Avance del Plan para el Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2022-2030.



Fuente: Informe #23 de Avance del Plan para el Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2022-2030

Si bien, existe una propuesta borrador de indicadores operativos (estratégicos, de resultados y proceso), no es posible determinar con certeza la cantidad de enunciados asociados a los Servicios de Radioterapia, por cuanto, el Mapa²⁰ y Cronograma²¹ citan 23 y 25 ítems respectivamente, es decir, se evidencian diferencias en la cantidad de líneas. Es importante señalar que desde que se empezaron a elaborar estos indicadores, (1° de septiembre de 2021 hasta el 2 marzo de 2028), transcurrirán 1 697 días, lo cual puede verse afectado considerando que la comisión interhospitalaria se encuentra realizando una revisión y nuevos planteamientos, situación que podría impactar la ejecución ya propuesta.

Adicionalmente, se constató que desde el año 2022, se requiere de licencias Microsoft Office en los Servicios de Radioterapia, a efectos de disponer de información de los servicios, sin embargo, han transcurrido 2 años y se sigue gestionado la extracción y análisis de datos de forma manual.

Mediante oficio GM-6061-2022 del 10 de mayo de 2022, el Dr. Randal Álvarez Juárez, gerente médico -en ese momento- solicitó a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, y al Dr. Douglas Montero Chacón, directores generales de los Hospitales San Juan de Dios y México, bajo el asunto: “Solicitud de Registro Indicadores de Radioterapia”, textualmente:

“(…) se elaboró una herramienta (matriz en Excel) en la cual cada centro médico debe registrar los datos de operación de los Servicios de Radioterapia, y a partir de ello identificar cómo se está trabajando actualmente y posterior a la aplicación de mejoras incluidas en el Plan, identificar y promover variaciones en la metodología de trabajo.

(…) el registro de estos datos debe ser de llenado obligatorio entre tanto, se continúa gestionando de forma paralela la automatización de la herramienta con la Dirección de Tecnologías de Información, Área de Estadística en Salud y el EDUS, lo necesario para sistematizar la información”.

²⁰ En el Mapa de Indicadores Operativos de los Servicio de Radioterapia, se detalla que, del total de indicadores, 5 están finalizados, 2 en revisión y 16 pendientes.

²¹ En el Cronograma de Actividades de Indicadores Operativos, este refiere un total de 25 indicadores que serían implementados en el periodo del 17 de diciembre de 2025 al 2 de marzo de 2028

Además, mediante oficio GM-UEP-0216-2023 del 23 junio de 2023 el Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, director ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, informó al Dr. Marino Ramírez Carranza, gerente médico en ese momento, "(...) *sobre la implementación de indicadores operativos en los servicios de radioterapia, señala: "(...) este despacho remitió documento GM-UEP-6061-2022 a los Servicios de Radioterapia, solicitando el registro de los indicadores de radioterapia en la matriz de Excel mencionada anteriormente. Con el objetivo principal de registrar la información en la herramienta de trabajo, que orientara la toma de decisiones y estandarizara la información, promoviendo el análisis para la creación de planes de contingencia ajustados a la realidad de cada centro médico, encaminados a la puesta en marcha del Centro Conjunto de Radioterapia permitiendo la continuidad del tratamiento, ofreciendo una atención oportuna y eficiente sin interrupción del Servicio (...)*".

La Ley General de Control Interno, en el numeral 5.6. calidad de la información y en el artículo 5.7. referente a la calidad de la comunicación, establece la responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, de 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, y de establecer los procesos necesarios para asegurar razonablemente que la comunicación de la información se da a las instancias pertinentes y en el tiempo propicio, de acuerdo con las necesidades de los usuarios, según los asuntos que se encuentran y son necesarios en su esfera de acción.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el capítulo III: de las Normas sobre valoración del Riesgo, en el punto 3.3 Vinculación con la planificación institucional: La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y en consecuencia, de los riesgos correspondientes.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría, el 19 de setiembre de 2024, sobre los indicadores, lo siguiente:

"(...) actualmente estamos trabajando con una serie de indicadores a los que les estamos haciendo la validación final con los servicios y el Área de Estadísticas en Salud (AES) para poder hacerlo automatizado, esos indicadores tienen diferentes niveles de usuario, entonces por ejemplo el de tasa de utilización de la Radiación es el indicador más general y es de forma muy general, el cual me dice, qué tan bien o qué tan mal está los servicios de radioterapia, entonces ese es un indicador que ve el gerente médico y con base a eso se puede tomar decisiones macro, pero conforme vamos bajando de ese indicador, se derivan otro tipos de indicadores más administrativos para los servicios o más operacionales como: el número de fracciones, número de pacientes irradiados por año, irradiados por equipo, el tiempo que está durando el paciente, el momento en que se le hace el diagnóstico hasta el momento que recibe la radioterapia, la cantidad de pacientes que no logran terminar la radioterapia, entonces estamos generando esa serie de indicadores importantes para la institución.

Creo que tenemos ya como 15 indicadores, y estamos terminando la revisión con los servicios para ya validarlos y poder empezar a implementarlos formalmente (...)”.

Sobre el tema el Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, jefe del Servicio de Radioterapia CCRT- HSJD, manifestó a esta Auditoría el 10 de octubre de 2024, lo siguiente:

“(...) no se habían utilizado los indicadores iniciales ya que se habían detectado inconsistencias en los mismos, que fueron notificados con antelación, y la herramienta brindada en ese momento no podía ser accesada por la mayoría del personal por no contar con licencias office. Dadas las inconsistencias detectadas, la comisión interhospitalaria de radioterapia ha establecido como uno de sus objetivos el realizar una revisión de estos indicadores (...)”.

“(...) Con respecto a lo solicitado por la gerencia médica mediante oficio GM-6061-2022 del 10 de mayo de 2022, sobre el llenado de una matriz Excel, que incluye el registro de algunos Indicadores de Radioterapia esto no se han completado por parte del CCRT, por las razones explicadas (...)”.

Adicionalmente, el Dr. Ordóñez Sequeira señaló en el oficio 163-RT-HSJD-2022, del 27 de junio de 2022, en términos generales limitaciones de recurso humano para la implementación de propuestas, así como una serie de observaciones a cada uno de los indicadores propuestos en ese momento.

Aunado a lo anterior este funcionario manifestó a esta Auditoría mediante correo electrónico del 6 de noviembre de 2024, lo siguiente:

“(...) el oficio se envió cuando se plantearon los indicadores por el Ing. Justin Alfaro Cordero del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer (PFAIC), a las pocas semanas ya el Ingeniero Alfaro ya no laboraba en el Proyecto de Fortalecimiento del Cáncer por lo que no le dieron seguimiento a estos indicadores. En el oficio 163-Rt-HSJD-2022, se solicitaron aclaraciones a diversos indicadores que nunca fueron aclarados e inconsistencias de los indicadores. (...)”.

El 13 de noviembre de 2024, la Dra. Flory Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia del hospital México, indicó en relación con los indicadores para el mejoramiento de los Servicios de Radioterapia lo siguiente:

“(...) ahorita se está trabajando una vez por semana en la revisión de estos indicadores...,

Es mi criterio, que la revisión sí es necesaria, considerando que los mismos, se obtuvieron de un documento de referencia de España, por lo tanto, se requiere tropicalizar a nuestros servicios, considerando que los tiempos de radioterapia cambian constantemente (...)”.

La Licda. Katherine Molina Cubillo, Coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, el Ing. Rafael Madrigal Jara y la Ing. en electromedicina Joseline María Blanco Valenciano, todos del Proyecto de Atención Integral del Cáncer, manifestaron a esta Auditoría el 30 de octubre de 2024 lo siguiente:

“(...) solicitó el llenado de la matriz a los servicios, no obstante, ellos no disponían de licencias office, aspecto que no les permitía abrir la matriz con los macros, cabe resaltar que aún no se tiene acceso por que se están gestionando las licencias con DTIC, una vez que se concluya la revisión y depuración de indicadores, la matriz debe modificarse y se puede llenar para obtener la información.

“(...) la matriz que actualmente se utiliza tendrá algunos cambios importantes en la redacción y cálculo de indicadores, pero también en la eliminación de otros que ya no tienen un valor agregado (...)

para diciembre 2024 se espera que se cuente con el mapa de indicadores. Considerando que va a bajar la cantidad de 23 indicadores, en los cuales a la fecha falta 13 de revisar”.

Aunado a lo señalado se indicó:

“esos indicadores (...) responde a una tarea asignada desde la Comisión Intrahospitalaria, para diciembre 2024, se logre tener un mapa de indicadores ya definido, a la fecha se dispone de un 45% de avance según el proyecto. Pero para su implementación se requiere de la colaboración de EDUS-SIAC, lo cual no ha consistido en una prioridad, por lo que se solicitó a la gerencia médica apoyo con el fin de continuar con este proceso a través de varios oficios (...).”

La necesidad de concretar las inconsistencias detectadas en los indicadores propuestos por parte de las unidades, así como debilidades en la capacidad de las instancias inmersas en el proceso de finiquitar las tareas del EDT, ha limitado disponer de los indicadores en tiempo y forma. Situación que afecta la toma de decisiones basadas en estadísticas reales, para brindar cobertura a la población en los servicios de radioterapia.

El no disponer de indicadores avalados y oficializados, es un aspecto que requiere de abordaje ante el impacto generado, en cuanto a la toma de decisiones, direccionamiento de las actividades, con la finalidad de disponer de elementos mediante los cuales se pueda medir el avance y cumplimiento en el tiempo y forma de los objetivos que se han definido, así como en la definición de estrategias y recursos.

3.3. De la organización de los Servicios de Radioterapia

Se determinó que los servicios de radioterapia institucionales, a saber, Centro Conjunto de Radioterapia -HSJD- y Hospital México presentan diferencias en su estructura organizacional y gestión interna, según se describe a continuación:

- Los organigramas internos, en el caso del centro conjunto de radioterapia, dispone de una jefatura y 3 coordinaciones (Física médica, imagenología y una jefatura clínica) el hospital México a diferencia del Centro Conjunto, incluye 5 coordinaciones y/o unidades (jefe clínica. Unidad de tecnología y comunicación, jefe Área Operativa, Subárea de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento y un responsable de Seguridad Radiológica).
- No disponen de uniformidad en los formularios de solicitud de exámenes, por ejemplo, los formularios de solicitud de simulación -detallan- información distinta.
- Cantidad de funcionarios, usuarios y/o turno asignado por acelerador es diferente entre Servicios.
- Desarrollo de tareas y/o acciones diferentes en la prestación de los servicios de los pacientes, por ejemplo: sesiones multidisciplinarias, considerando que para el caso del Centro Conjunto se aplica a todos los usuarios estas sesiones, en el Hospital México, solo en algunos casos.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República enuncian en el capítulo II, apartado 2.5, sobre “Estructura Organizativa”, lo siguiente:

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

Ese mismo cuerpo normativo establece en el capítulo IV: normas sobre actividades de control apartado 4.5 y 4.5.1, lo siguiente:

“(…) El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional (...) 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 Reglamento para el otorgamiento de autorización para el funcionamiento de equipos de teleterapia y de braquiterapia, establece:

Artículo 7º-Recurso humano necesario. Todo establecimiento de salud dedicado a tratamientos con unidades de teleterapia y de braquiterapia deberá contar con el recurso humano mínimo.

El modelo funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología, establece en relación con las responsabilidades de los niveles organizacionales y funciones sustantivas, en el punto 7.7.3 de los servicios de Radioterapia, lo siguiente:

“(...) Dirigir, planificar, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las actividades y las funciones sustantivas asignadas, a partir de las políticas, la normativa vigente, el plan operativo, el presupuesto, los procesos de trabajo aprobados, las prioridades establecidas, los sistemas de información existentes, el análisis de los resultados, las instrucciones del nivel superior, entre otros aspectos, con el propósito de detectar desviaciones, corregirlas con oportunidad y lograr la eficiencia y eficacia en el desarrollo de la gestión (...).”

(...) • Aplicar los procedimientos de radioterapia a los pacientes, con base en los protocolos y las guías de atención establecidas, la investigación clínica y las técnicas aplicables, con el propósito de controlar y eliminar las células cancerígenas”.

En el plan de fortalecimiento de los servicios de radioterapia 2020-2025, en el resumen ejecutivo del documento plantea la necesidad de crear un nuevo modelo de gestión que garantice una estandarización del servicio a nivel institucional, adicionalmente en el punto VIII. Planificación Estratégica de los objetivos del programa, en el indicador de nivelación de competencias 8.3 sobre Logística operativa se indica para el 2021 “Estandarización del modelo por procesos a otras unidades de tratamiento”.

El 21 de octubre de 2024, el FM. Marvin Francisco Rodríguez González, Físico Médico y Coordinador de la disciplina en el CCRT, manifestó lo siguiente:

“(...) Se llevan a cabo estas sesiones 3 veces a la semana de 8:00 a.m. a 10:00 a.m. (2 horas diarias, es decir 6 horas a la semana), en algunas oportunidades se llevan a cabo sesiones extraordinarias cuando se tiene muchos pacientes que requieren el inicio de tratamiento. En esas dos horas podríamos estar viendo a lo máximo unos 8 pacientes, casi 20 minutos, depende de la complejidad del caso. Esto es una recomendación del OEA, cabe señalar que no está implementado en todos los servicios, nosotros como parte de la garantía de calidad a los pacientes, la buena práctica en radioterapia implementamos esta sesión, no es de carácter obligatorio, se implementó cuando existía el tratamiento con Cobalto (...).”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el apartado 4.4.2 Formularios uniformes: “El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer lo pertinente para la emisión, la administración, el uso y la custodia, por los medios atinentes, de formularios uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la institución. Asimismo, deben prever las seguridades para garantizar razonablemente el uso correcto de tales formularios”.

De acuerdo con el principio de igualdad y derecho a la salud, se debe dar el mismo trato a todas las personas que se encuentran bajo una premisa de atención en salud. Por lo tanto, el Cáncer es una situación de gran interés, en donde los servicios de Radioterapia representan un factor de importancia a nivel institucional.

La Ing. Ana Villalobos Villalobos, jefe de la Unidad de Protección Radiológica del Ministerio de Salud, indicó a esta Auditoría mediante correo electrónico del 24 de setiembre de 2024, en lo referente a la vigencia del Decreto 32152-S en cuanto a la asignación de recurso humano, y actualización de la normativa de conformidad con los cambios que ha sufrido la prestación de servicios en materia de radioterapia, lo siguiente:

“(...) Efectivamente el decreto 32151-S se encuentra vigente y se aplica actualmente. En el mes de octubre tendremos una misión de experto para la revisión y actualización del citado decreto por parte de experto del Organismo de Energía Atómica (...)”.

La Dra. Vanessa Umaña Herrera, Jefatura y el MSc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa, ambos del Servicio de Radioterapia del Hospital México, mencionaron el 2 de setiembre de 2024 a esta Auditoría, lo siguiente:

“(...) Nosotros llevamos a pacientes a sesiones multidisciplinarias solo cuando se considera necesario (...)”.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría el 19 de setiembre de 2024, sobre la estandarización de trabajo en los Servicios de Radioterapia institucional, lo siguiente:

“(...) Lo ideal es estandarizar los servicios, eso lleva tiempo y trabajo, una forma que se ha logrado para iniciar el proceso de estandarización de los servicios es con la existencia del Comisión Interhospitalaria (...)”.

El Ing. Fredys Jorge Santos Gutiérrez, jefe del Área Control de Calidad y Protección Radiológica, señaló a esta Auditoría el 2 de octubre de 2024, lo siguiente:

“(...) la normativa del Ministerio de Salud no es adecuada a la realidad institucional (...)”.

La ausencia de una estructura funcional, organizativa y administrativa clara que regule los servicios de radioterapia a nivel institucional, junto con la falta de actualización en la normativa emitida por el Ministerio de Salud -en ese momento- para el uso adecuado de los aceleradores lineales, limita significativamente la capacidad de estos servicios para operar y cumplir con las necesidades reales de los pacientes. Es esencial establecer lineamientos claros, funcionales que garanticen procesos adecuados y de calidad en la atención.

Las diferencias en la prestación de los servicios entre unidades pueden generar consecuencias en la prestación de los servicios y por ende, en el usuario, imagen institucional y finanzas, considerando que la diferencia entre estructuras organizacionales genera posibles desigualdades y/o reprocesos en el tratamiento, que limitan el aprovechamiento de los servicios de radioterapia y oportunidad en la atención de los pacientes.

3.4. De la apertura del II turno en el Centro Conjunto de Radioterapia

Se determinó, que actualmente el Centro Conjunto de Radioterapia, labora únicamente en un primer turno de atención a usuarios; pese a lo externado por los coordinadores de las tecnicidades y la cantidad de recurso humano, sí es posible ampliar sus actividades de atención a usuarios en un segundo turno, a fin de impactar en la prestación y oportunidad del servicio otorgado a las personas con patologías como: cáncer de cérvix, cabeza, cuello, mamas y otros, de manera que se optimicen los tiempos de atención y tratamiento de acuerdo con el hallazgo 6 de este informe, relacionado con la lista de espera.

A continuación, se detalla el recurso humano actual destinado al Centro Conjunto de Radioterapia bajo el siguiente escenario:

Cuadro N° 3 Recurso Humano Asignado al Servicio de Radioterapia hospital San Juan de Dios, CCSS.

| Perfil Puesto | Cantidad de Recurso Humano. | Turno Contratado | |
|--|-----------------------------|-----------------------|----------|
| | | 7:00 a.m. a 4:00 p.m. | Rotativo |
| Diplomado en Radiaciones Ionizantes (Dosimetrista) Profesional 2 | 23 | 7 ²² | 1 |
| Tecnologías y Terapias de la Salud (Licenciado en Imagenología Diagnóstica) Imagenólogos | | 2 | 13 |
| Diplomado, Bachiller, Licenciados en Radiaciones Ionizantes (Dosimetrista) | 7 | Según necesidad | |
| Médico Especialistas en Radioterapia | 9 | 4 | 5 |
| Médico General | 1 | | 1 |
| Físicos Médicos | 7 | 3 | 4 |
| Secretaria 3 | 1 | 1 | |
| Oficinista 2 | 1 | | 1 |
| Técnico Administrativo 3 | 1 | | 1 |
| Enfermera Lic. 2 | 1 | | 1 |
| Enfermera Lic. 1 | 2 | | 2 |
| Asistente de Pacientes | 2 | | 2 |
| Ingeniero Informática | 1 | 1 | |

Fuente: Hospital San Juan de Dios, elaboración propia, octubre 2024

²² Estas plazas obedecen a profesionales en Dosimetristas (8) y Licenciado en Imagenología Diagnóstica (15).

Al respecto, la Gerencia Médica desde el año 2022 instruyó²³ al Centro Conjunto de Radioterapia, para que iniciara con un II turno a partir de julio de 2023 o cuando se asignara el recurso humano requerido; no obstante, ha transcurrido más de un año y no se ha completado la asignación, estando pendientes 5 plazas para atender la instrucción Gerencial.

Debido a lo anterior, esta Auditoría a través del oficio AS-ASALUD-0026-2023 del 18 de abril de 2023, “Oficio de Asesoría referente al fallo de los equipos de Radioterapia en el hospital México” indicó a la Gerencia Médica, al Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, hospitales México y San Juan de Dios, señaló lo siguiente en relación con los equipos de Radioterapia en el hospital México:

“(...) el eventual incremento de su productividad ya sea mediante un segundo turno u otra estrategia, reduciría las cargas de trabajo a los que han sido sometidos los aceleradores lineales del hospital México en los últimos 6 años.

De este modo, se estarían estableciendo acciones para descongestionar el uso de los equipos del hospital México y mejorar la prestación de los servicios en la población oncológica, garantizando un mayor aprovechamiento de la infraestructura y equipos disponibles en el Centro Conjunto de Radioterapia; trabajar de forma conjunta con el objetivo de tener un único servicio de Radioterapia para la aplicación de tratamientos de pacientes que están recibiendo este o se encuentran en proceso de planificación para iniciarlo, a fin de que se asigne espacio a los usuarios en cualquiera de las dos sedes (...).”

Por su parte, mediante el oficio GM-UEP-0424-2022 del 29 de noviembre de 2022, el Dr. Gonzalo Azúa Córdova, director ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS, informó al Dr. Randal Álvarez Juárez, gerente médico – en ese momento- lo siguiente:

“(...) se recomienda para el Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios:

A. Que se implementen los parámetros descritos.

B. Que se implemente el Escenario 3: recomendado para inicio del Centro Conjunto de Radioterapia de noviembre 22 a junio 2023.

C. Que se implemente el Escenario 5: Según lo planificado para el Proyecto Centro Conjunto de Radioterapia a partir de julio 2023 o cuando llegue el recurso humano para implementar el segundo turno. (resaltado no es del original) (...).”

Así mismo, en el oficio GM-UEP-0102-2023 del 23 marzo de 2023, el Dr. Azúa Córdoba, informó al Dr. Álvarez Juárez, sobre la “Dotación de plazas para apertura del segundo turno del Centro Conjunto de Radioterapia”, “... que conforme se van entregando más plazas de RRHH, se deberá incrementar automáticamente la cantidad de pacientes que permanezcan en tratamiento en el Centro Conjunto de Radioterapia hasta llegar al 100% y se deberá informar sobre este aumento de capacidad (...).”

²³ GM-UEP-0424-2022 del 29 de noviembre de 2022 y GM-0051-2023 del 9 de enero del 2023.

Posteriormente, mediante el oficio GM-UEP-0340-2023, del 8 de setiembre de 2023, el Dr. Azúa Córdoba, remitió al Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médico – en ese momento- el “Informe de evaluación retrospectiva de la apertura del Centro Conjunto de Radioterapia (CCTR)”, del cual se extrae:

“(…) 2. Sobre el recurso humano (RRHH):

- *Imagenólogos en equipo se entregaron 1 mes antes de apertura, cuentan con **22 plazas**, ya imagenólogos suficientes para un segundo turno para 1 acelerador. Tres imagenólogos se encuentran dando apoyo en el México; ante la solicitud del HM. **Se espera que este grupo de 3 imagenólogos vuelvan al San Juan para abrir el 2 turno de 1 acelerador en noviembre del 2023.** (resaltado no es del original)*

(…)

- *Asistente administrativo: se otorgó una plaza.*
- *Enfermeras: se otorgaron 3 plazas (enfermera 2 una plaza y dos plazas de enfermero 1)*
- *Asistente de pacientes: se otorgó dos plazas*
- *Secretaría: se otorgaron 1 plaza*
- *Ingeniero informático: se otorgaron 1 plaza*
- *Ingeniero industrial: no se otorgaron plazas*
- *Plaza de “jefe de área operativa” no existe en manual de perfiles de puestos de la CCSS por lo que no se otorgó. Aunque está estipulado en el Plan 2020-2025 que debe existir esta persona.*
- *Redes: no se dieron plazas. Se están teniendo muchos problemas debido a esto a nivel hospitalario hay escasez de plazas con este perfil. La administración del HSJD nos recordó que esta plaza se debe solicitar nuevamente cuando se otorguen las plazas del segundo turno.*

Discusión sobre hallazgos: “(…) se han presentado 3 problemas que han hecho que el cumplimiento no se de a su cabalidad, a saber:

Se otorgaron todas las plazas para el RRHH antes de la apertura del Servicio para un turno para dos aceleradores solo que varias muy a destiempo. Algunas de las plazas para poder entrar en funcionamiento un acelerador en un segundo turno están pendientes de entrega (…).”

El Dr. José Pablo Villalobos Cascante, jefatura del Departamento de Hemato Oncología, informó a través del oficio 180-DHO-HSJD-2024 del 11 de junio de 2024 al Dr. Mario Sibaja Campos, director general a.i., ambos del Hospital San Juan de Dios lo siguiente:

“(…) Gestionar la apertura de un segundo turno en el CCRT es una prioridad para la Institución y ante los proyectos de sustitución de los aceleradores lineales en el Hospital México, se convierte en una necesidad como contingencia y minimizar el impacto sobre la prestación del servicio y acceso oportuno a tratamientos de radioterapia (…).”

Además, en el oficio GM-UEP-0282-2024 del 2 de octubre de 2024, el Dr. Azúa Córdoba, director del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, comunicó al Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico, lo siguiente:

“(...) la apertura del segundo turno en el CCRT no solo es una necesidad operativa, sino una medida crítica para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de radioterapia y la falta de recurso humano suficiente limita el avance de las técnicas modernas de tratamiento y la capacidad de respuesta a las crecientes demandas de pacientes con cáncer que debió de implementarse a finales del año 2023.

Lo anterior considerando que dicho proyecto fue concebido en el estudio de oferta y demanda por parte de la DPSS a dos turnos de trabajo en ambos aceleradores (...)

(...) el OIEA reconoce que la sobrecarga de trabajo, tanto en el personal como en los equipos, es un factor importante que puede contribuir a los accidentes radiológicos. En varios de sus informes y directrices, el OIEA señala que una excesiva carga de trabajo puede llevar a errores humanos, fallos operativos y fallos en la seguridad de los procedimientos, lo cual aumenta el riesgo de incidentes y accidentes radiológicos.

(...) El OIEA recomienda varias medidas para mitigar los riesgos asociados a la sobrecarga de trabajo:

- Gestión adecuada del personal: Asegurar que haya suficientes operadores, técnicos y físicos médicos para cubrir las necesidades operativas sin generar sobre carga de trabajo.*
- Turnos rotativos: Implementar rotaciones adecuadas en el trabajo para evitar la fatiga y mantener la vigilancia de los procedimientos empleado recursos de apoyo (suficientes).*
- Mantenimiento Operativo: Programar adecuadamente el mantenimiento de los equipos para evitar fallos por sobreuso y garantizar la seguridad operativa.*
- Monitoreo de la carga de trabajo: Evaluar regularmente la carga de trabajo de las personas y equipos, ajustando las operaciones si es necesario para evitar situaciones que aumenten el riesgo de accidentes (...).”*

Además, mediante el oficio 257-RT-HSJD-2024 del 3 de octubre del 2024, el Dr. Ordóñez Sequeira informó al Dr. José Pablo Villalobos Cascante, Jefatura, Departamento de Hemato-Oncología de ese hospital, en relación con el segundo turno de un acelerador lineal del Centro Conjunto de Radioterapia (CCRT), lo siguiente:

“(...) Se le ha informado en varios oficios a la Gerencia que existen varias plazas que no se han entregado para el funcionamiento adecuado del segundo turno (oficinista, enfermería, asistentes de pacientes) al Hospital San Juan de Dios.

Abrir un segundo turno para un acelerador para el tratamiento de pacientes estaríamos en un escenario de riesgo intermedio para el CCRT. El otro acelerador ya se encuentra trabajando en un segundo turno con controles de calidad de los planes de tratamiento e inicios y seguiría en estas funciones durante este escenario.

En el escenario de “riesgo intermedio” se debe considerar lo siguiente:

Escenario donde se trabaja en 2 turnos con pacientes y otro de un turno con usuarios, donde se dispondría de horario vespertino para controles de calidad e inicios de pacientes, es decir, se estaría en uso ambos equipos.

Se hace referencia a escenario donde en caso de fallar alguno de los equipos como se dispondría la organización para atender a los usuarios. (ver Anexo N°6)

Se indica, además,

“(…) Para implementar el segundo turno sin las plazas que nos deben, se tendrían que cubrir estos nombramientos con presupuesto extraordinario.

(…)

El implementar el segundo turno del acelerador con pacientes no está exento de riesgo que puede surgir por sobre carga de horarios extraordinarios, sobre todo en el personal de física médica.

(…)

Los equipos de radioterapia por su alta tecnología pueden presentar eventos esporádicos de fallas por repuestos que deben ser sustituidos, por lo que la contingencia es una realidad que se va a tener que utilizar (uso 24/6 de uno de los aceleradores)”. **(Resaltado no es del original).**

El Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños, contempla en el apartado 7.7.3, sobre las funciones del Servicio de Radioterapia, administrar y controlar los recursos tecnológicos asignados, con base en la normativa institucional vigente y las instrucciones superiores, con el fin de racionalizar su utilización, lograr el cumplimiento de los objetivos, de las metas definidas y mayor productividad en el desarrollo de la gestión.

La Sala Constitucional en el Voto 7532-2004 de las 17:03 hrs. del 13 de julio 2004, señaló respecto a la eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación en los servicios públicos de salud, que:

“Los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación”.

La Dra. Vanessa Umaña Herrera, Jefatura y el M.Sc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa, ambos del Servicio de Radioterapia del Hospital México, manifestaron el 2 de setiembre de 2024 a esta Auditoría, lo siguiente:

“(...) este servicio atiende en promedio 4 700 pacientes al año, durante los 3 turnos. Disponemos de un estudio de capacidad instalada, con base en información histórica, datos anuales, agendas y tiempo extraordinario – ya que no se dispone del personal suficiente para un tercer turno, por lo cual se cubre con T.E. (Tiempo Extraordinario)”.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría, el 19 de setiembre de 2024, lo siguiente:

“(...) Debería incrementar la cantidad de turnos, Sí, y debería tratar de acoplarse un poquito más a lo que está en México, de tal forma que los 2 se nivelen y el México no tenga ese montón de TAC y de esa forma que no haya tiempo ocioso en alguno de los centros y en el otro no (...)”.

“(...) Actualmente, el centro conjunto sí tiene todas las plazas necesarias para poder abrir segundos (...)”

“(...) existe una jefatura, una dirección y es dependencia de ellos definir si hacen ese segundo turno o no, lo que sea cierto es que ya había un pacto de parte, incluso del servicio de radioterapia, de que en el segundo semestre del 2023 y el segundo turno, pero no se ha dado (...)”.

El Ing. Fredys Jorge Santos Gutiérrez, jefe del Área Control de Calidad y Protección Radiológica, señaló a esta Auditoría el 2 de octubre de 2024, que no existe limitación de parte de esa Área para la apertura del II turno en el CCRT.

Esta Auditoría consultó mediante correo electrónico el 14 de octubre de 2024 al Técnico Kenneth Lizandro Artavia Araya del Centro Conjunto de Radioterapia sobre la posibilidad de cubrir dos turnos en ambos aceleradores lineales sin que requiera el pago de tiempo extraordinario, quien señaló que *“con el personal existente, es posible cubrir 2 turnos en ambos aceleradores lineales sin necesidad de tiempo extraordinario, siempre que uno de los dos aceleradores se utilice parte de la jornada en el segundo turno para realizar mediciones e inicios de tratamientos (...)”.*

Al respecto, el Lic. Jorge Villalobos Rosales, Licenciado en imagenología diagnóstica 2, del Centro Conjunto de Radioterapia, indicó a esta Auditoría el 25 de setiembre de 2024 sobre la disponibilidad del recurso humano en Imagenología y Dosimetría que, a su criterio la cantidad de funcionarios que se disponen actualmente cumple con la normativa recomendada a nivel internacional por Organismo de Energía Atómica para poder cubrir dos turnos. De igual forma, el Dr. Marvin Francisco Rodríguez González, Físico Médico del Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, informó en correo del 21 de octubre que considera factible la apertura del segundo turno, si fuera únicamente para el tratamiento de pacientes.

Por su parte, el Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, jefe del Servicio de Radioterapia CCRT-HSJD manifestó a esta Auditoría el 10 de octubre de 2024, en cuanto al recurso humano disponible, que están pendientes las plazas de una oficinista, enfermera, auxiliar de enfermería, asistente de pacientes y un funcionario de redes, el cual a su criterio es necesario para implementar el II turno; agregó además que 2 meses antes se asignó una plaza de médico especialista en radioterapia, por lo que desde el punto de vista médico se dispone del recurso necesario. Sobre la cantidad de Físicos médicos, 4 tienen horario rotativo, únicamente 3 tienen disponibilidad de realizar tiempo extraordinario y otros con permisos y licencias.

La Licda. Katherine Molina Cubillo, Coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, el Ing. Rafael Madrigal Jara y la Ing. Joseline María Blanco Valenciano, todos del Proyecto de Atención Integral del Cáncer, señalaron el 30 de octubre de 2024 a esta Auditoría en relación con la dotación del recurso humano señalado en el oficio GM-UEP-0340-2023 que acerca de los códigos pendientes para el II Turno (ya mencionados en el párrafo anterior), se está gestionando con la Gerencia Médica el escenario actual y futuro con la implementación del II turno en el CCRT.

Con el fin de evidenciar la importancia de la flexibilidad y ampliación de horarios para la prestación de servicios de radioterapia, se consultó a usuarios del Servicio²⁴, quienes manifestaron lo siguiente:

Tabla N° 1 Periodo del 11 al 15 de noviembre de 2024

| Usuario(a) | Tipo Cáncer | Comentario |
|------------|-------------|---|
| D.U.C. | Mama | Nos atendieron a las 4:00 a.m. pese a ser un horario de madrugada el hecho de que nos den diversas opciones de horarios es válido para que el tratamiento no se atrase, los usuarios nos ajustamos a las diversas opciones, pero si recomiendo valorar quienes viven lejos. |
| H.C.L.A. | Próstata | *Las atenciones eran en la madrugada a las 2:00 a.m. este horario no nos generaba complicaciones, tomando en consideración que son muchas personas las que requieren el tratamiento. |

*Comentario de la familia del paciente.

Fuente: elaboración propia, encuesta Auditoría Interna 2024.

Pese a que se encuentran cinco plazas²⁵ pendientes de asignar y situaciones particulares como reducción de jornadas del personal, licencias de maternidad, permisos sin y con goce de salario en el Centro Conjunto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, la falta de planificación y estrategias para el funcionamiento del segundo turno en la atención de pacientes afecta negativamente la maximización de los recursos institucionales. Esto a su vez, impacta en la posibilidad de ofrecer a los usuarios una atención médica de manera expedita y oportuna, así también en distribuir las cargas de trabajo que repercuten en el hospital México.

²⁴ Usuarios y familiares que han recibido atención en los Servicios de Radioterapia en los hospitales México y San Juan de Dios – CCRT, mediante una encuesta de percepción, a una muestra de 66 usuarios, la cual contenía 17 preguntas, por medio de la plataforma Microsoft Forms®

²⁵ Enfermería y Redes.

El escaso seguimiento por parte de las instancias responsables y tomadoras de decisiones de los proyectos en cuanto a la apertura del II turno para la atención de usuarios, impide alcanzar las metas y objetivos institucionales, aunado al faltante de recurso humano lo que genera un uso ineficiente de los recursos disponibles.

La situación expuesta incide en la maximización y aprovechamiento de los recursos disponibles, diferenciación e inequidad de la forma de trabajo de los servicios que brindan tratamiento de Radioterapia a la población, a saber: hospital San Juan de Dios CCRT y el hospital México, por ende, una sobre carga de pacientes en este último.

3.5. Sobre el pago de tiempo extraordinario de manera permanente

De conformidad con el análisis efectuado, se evidenció²⁶ que para el I semestre de 2024, el Servicio de Radioterapia del hospital San Juan de Dios, presentó una ejecución constante de las partidas variables por concepto de tiempo extraordinario, gasto que asciende mensualmente a 28 millones de colones, aproximadamente tal y como se detalla en la siguiente tabla.

**Tabla N° 2 Análisis de asignación de Tiempo Extraordinario
Hospital San Juan de Dios – CCRT, I Semestre 2024, CCSS.**

| N° | Actividad | Costo aproximando por mes | Costo por 5 meses |
|----|----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 | Mantenimiento Simulador | ₡205,136.80 | ₡1,025,684.00 |
| 2 | Recargo Nocturno | ₡5,224,444.90 | ₡26,122,224.50 |
| 3 | Nuevo Presupuesto | ₡20,939,845.40 | ₡104,699,227.00 |
| 4 | Mantenimiento Aceleradores | ₡889,409.80 | ₡4,447,049.00 |
| 5 | Sesiones de Inicio | ₡1,298,792.00 | ₡6,493,960.00 |
| | Total | ₡28,557,628.90 | ₡142,788,144.50 |

Fuente: Hospital San Juan de Dios, elaboración propia, setiembre de 2024.

En los documentos 071-RT-HSJD-2023 del 24 de febrero de 2023 y 055-OA-RT-HSJD-2024, del 20 de marzo de 2024, suscritos por el Dr. Pablo Ordóñez Sequeira y la Dra. Tatiana Soto Monge, bajo la figura de jefes Servicio de Radioterapia, Hospital San Juan de Dios, se detalla:

“(…) solicitar aumento presupuestario en las partidas varias, para el Centro Conjunto de Radioterapia, a continuación, se detalla:

- Partida 2027 “Personal Médico”, para Inicios.
- Partidas 2021 “Tiempo extraordinario”, para Mantenimiento de los aceleradores, realizado por Físicos Médicos en el C.C.R.T
- Partidas 2021 “Tiempo extraordinario”, para Inicios del personal No médico que realiza tiempo extraordinario en el C.C.R.T.

Enumero el total de actividades que se realizan en tiempo extraordinario:

²⁶ Oficios 071-RT-HSJD-2023, del 24 de febrero 2023, 055-OA-RT-HSJD-2024, del 20 de marzo 2024 y 077-OA-RT-HSJD-2024, del 04 de junio del 2024.

1. *Mantenimientos de tomógrafo computarizado simulador. Esta actividad ya se realizaba previo a la apertura del CCRT, se solicita continuar con esta actividad. Se mantiene las horas que se habían solicitado con anterioridad.*
2. *El mantenimiento mensual de cada uno de los aceleradores lineales (dos aceleradores). Son 20 horas aproximadamente de esta actividad, parte de las horas se van a asumir en el horario ordinario de los físicos médicos, pero no es posible asumir todo el proceso.*
3. *Inicio de pacientes. Actividad que no se puede realizar durante el horario ordinario ya que tendríamos que disminuir los espacios de tratamiento. El utilizar los aceleradores lineales en tiempo ordinario para realizar estas actividades significaría que durante 40 horas mensuales no se podrían aplicar tratamientos de pacientes en los equipos, eliminando 160 espacios que deberían utilizar para el tratamiento de pacientes”.*

Nótese, además, que en oficio 077-OA-RT-HSJD-2024, del 4 de junio de 2024, la Dra. Tatiana Soto Monge, jefe a.i. Servicio de Radioterapia, solicitó a Licda. Flory Peña Seas, jefe a.i Sub-Área de Presupuesto, ambas funcionarias del hospital San Juan de Dios, lo siguiente: (Véase la siguiente Tabla)

“(…) solicitud de Recursos de partidas varias para el Servicio de Radioterapia y C.C.R.T.

Lo anterior de acuerdo a solicitud, de modificación de la proyección a 5 meses (Junio-octubre 2024), ya que, según indicación del Analista Presupuestario, los meses de noviembre y diciembre se pagan con presupuesto del año 2025. (...).”

Tabla N° 3 Solicitud de asignación de Tiempo Extraordinario hospital San Juan de Dios – CCRT y Servicio de Radioterapia, Junio a Octubre 2024, CCSS.

| N° Oficio | Partida Presupuestaria | Monto Solicitado |
|---------------------------|---|------------------|
| 059-OART-HSJD-2024 | 2027 “Tiempo Extraordinario Personal Médico” | ¢ 37,047,805.50 |
| | 2021 “Tiempo Extraordinario Personal no médico” | ¢ 70,218,658.00 |
| 060-OART-HSJD-2024 | 2022 “Recargo Nocturno” | ¢ 5,224,444.90 |
| 055-OART-HSJD-2024 | 2027 “Personal Médico” | ¢ 2,472,238.00 |
| | 2021 “Tiempo Extraordinario” (personal no médico) | ¢ 4,021,722.00 |
| | 2021 “Tiempo Extraordinario” | ¢ 4,447,047.00 |
| 054-OA-RTHSJD-2024 | 2021 “Tiempo Extraordinario” | ¢ 1,025,684.00 |

Fuente: Servicio Radioterapia – Hospital San Juan de Dios, Oficio 077-OA-RT-HSJD-2024, del 04 de junio del 2024, elaboración propia octubre 2023

De la tabla anterior, se infiere que el Servicio de Radioterapia solicitó por concepto de tiempo extraordinario para un total de 5 meses un monto de ¢123,431,915.4 (Ciento veintitrés millones cuatrocientos treinta y un mil novecientos quince colones con 4 netos) para el Centro Conjunto de Radioterapia y ¢1,025,684.00 (Un millón veinticinco mil seiscientos ochenta y cuatro colones netos), para el Servicio de Radioterapia, es decir, ya no consiste en una situación excepcional, temporal e imprevista tal y como refiere la normativa.

Al respecto, el MSc. Marco Pérez Castro, jefe a.i. Sub-Área de Presupuesto- Área Financiero Contable del Hospital San Juan de Dios, informó a esta Auditoría²⁷, referente a los oficios 055-OA-RT-HSJD-2024 y 077-OA-RT-HSJD-2024, que en el Centro Conjunto de Radioterapia se han ejecutado en el presente año para las subpartidas presupuestarias 2021, 2022 y 2027, un monto total de ₡54,457,800 (Cincuenta y cuatro millones cuatrocientos cincuenta y siete mil ochocientos colones) y un remanente de ₡70,000,000 (setenta millones).

En dictamen C-150-2011, 30 de junio de 2011, la Procuraduría General de la República, señala:

*“... Tribunales de Trabajo, al señalar que, en virtud de los artículos 58 constitucional, 136 y 139 del Código de Trabajo, **la jornada extraordinaria de trabajo es de carácter excepcional y temporal, en virtud de las tareas especiales e imprevistas** que se pueden suscitar ya sea en la Administración Pública o en la privada, **las cuales resultan ser también de naturaleza ocasional**. Así, mediante el Dictamen No. C- 047 de 20 de febrero del 2003, ha explicado ampliamente: (...)”.* **(Resaltado no es del original)**

El Instructivo para la Confección, trámite y pago de Tiempo Extraordinario, señala en el inciso 1.2 Condiciones para el pago de tiempo extraordinario, lo siguiente:

“(…)

El jefe de cada Unidad será el responsable de la organización funcional del personal a su cargo, con el propósito de que la Caja no pague sumas de dinero por concepto de horas extra que no se justifiquen.

Por regla general, la jornada extraordinaria puede autorizarse para resolver situaciones especiales y excepcionales, no como labor diaria, de allí que, por ser una actividad diferente, se impone el deber de colaboración por parte del trabajador(a).

“(…)

Por otra parte, se considera el trabajo extraordinario como un hecho aislado y excepcional, por lo que no es permitido que adquiera la condición de permanente, de conformidad con el artículo 31 de la Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público y el artículo 17 de la Ley de Salarios de la Administración Pública.

“(…)

Las labores rutinarias o tareas que puedan ser diferidas dentro del volumen normal de responsabilidades de cada puesto, no serán consideradas como justificante para la realización de tiempo extraordinario. Cuando el volumen de trabajo aumente en forma notoria y permanente, la jefatura inmediata deberá realizar las modificaciones administrativas del caso, pero sin horas extraordinarias, además podrá recurrir a la Dirección de Sistemas Administrativos, utilizando para ello el canal jerárquico correspondiente, en procura de la necesaria asesoría para la reorganización del trabajo y la simplificación de tareas”.

²⁷ Mediante oficio AFC-SP-0651-11-2024 del 4 de noviembre de 2024.

El 21 de octubre de 2024, el FM. Marvin Francisco Rodríguez González, Físico Médico y Coordinador de la disciplina en el CCRT, manifestó a esta Auditoría lo siguiente:

“(...) Respecto a la posibilidad de trasladar las actividades que realizan los Físicos Médicos los fines de semana en tiempo extraordinario (QA y/o mantenimientos a los aceleradores, los mensuales y/o los anuales), según lo conversado sí se puede analizar y validar la factibilidad de efectuar los mantenimientos en jornada ordinaria, pero se tendrían que acondicionar las agendas de tal forma que no se afecte la prestación de servicios de forma directa (...)”.

La situación expuesta, podría obedecer a la inexistencia de un estudio técnico, fundamentado y validado por las instancias pertinentes que determinen cuál es la capacidad productiva del centro conjunto de radioterapia, así como un eventual faltante de recurso humano, principalmente de los físicos médicos; situación que repercute en el pago permanente de tiempo extraordinario

El disponer de manera permanente del pago de tiempo extraordinario consiste en un incumplimiento a la normativa, además de un riesgo financiero y la sostenibilidad institucional para garantizar la prestación del servicio, así como en un elemento que podría afectar la salud física, mental u emocional, por ende, el agotamiento de los funcionarios que trabajan horas adicionales (Burnout), incidiendo incluso en la aparición de eventuales errores laborales.

3.6. De la capacidad productiva en el servicio de radioterapia del Hospital México y el Centro Conjunto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios.

En el desarrollo del presente estudio se verificó que la Administración Activa no ha establecido la capacidad productiva de los Servicios de Radioterapia en los hospitales San Juan de Dios y México – *este último debido a la apertura del CCRT-* conforme a la disposición de los recursos asignados (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, presupuestarios y otros).

En ese sentido, han trascurrido 9 años aproximadamente desde que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, desarrolló el último estudio relacionado con la necesidad de recurso humano, el cual data del 2015²⁸. Por lo tanto, se considera relevante determinar la cobertura real y capacidad resolutive de cada uno de los servicios de radioterapia en los establecimientos de salud; conforme a la dotación de recursos, necesidad tecnológica y población meta.

La Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones*”.

Mediante el oficio 194-RT-HSJD-2023 del 1° de junio de 2023, el Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, jefe Servicio de Radioterapia informó al Dr. José Pablo Villalobos Cascante, jefe, departamento de Hemato Oncología ambos del hospital San Juan de Dios, lo siguiente:

²⁸ El Estudio de Capacidad Instalada de la DPSS, del 2015 mismo que señala la producción de aceleradores Lineales (4 equipos en ese entonces).

“(...) Urge generar datos reales que evalúen el trabajo real de cada servicio, por equipo, por turno, por hora, etc. No es posible que uno de los servicios sea evaluado con datos reales (HSJD) y otro con capacidad instalada (HM). Insto a las autoridades competentes que generen este tipo de información de manera urgente”.

El oficio HM-DG-4427-2024 del 11 de octubre de 2024, el Dr. Douglas Montero Chacón, director general del Hospital México, indica al Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico, lo siguiente:

“(...) En reuniones y notas tramitadas entre los Jefes de Servicio de Radioterapia de los Hospitales San Juan de Dios y Hospital México, se evidencia la falta de acuerdos de la capacidad potencial que debe tener cada uno de los Servicios de Radioterapia de dichos Centros.

Existe una Comisión Nacional (Equipo Técnico Comisión Intrahospitalaria), para tratar de estandarizar estos asuntos, sin embargo, de más de un año de trabajo no se ha concretado ningún aspecto para nivelar las cargas entre los Hospitales, lo cual repercute en el Hospital México, quien tiene una alta producción y necesidad de pagar tiempo extraordinario con sobre saturación de los profesionales en el Servicio, cuando desde nuestra perspectiva se puede equilibrar las cargas.

El Hospital México atiende un recargo de funciones de Radioterapia con Acelerador Lineal, durante más de 15 años, ya que era el único servicio existente en el país con estos equipos, no obstante, el Hospital San Juan de Dios tiene dos equipos y aun así nos siguen remitiendo alrededor de 40 a 50 pacientes por mes, al Hospital México, cuando el personal y equipo del Hospital San Juan de Dios tiene la capacidad para atenderlos. Ante esta situación, mucho agradezco a la Gerencia Médica, acelerar los resultados de la Comisión, en busca de una equidad de cargas entre los Hospitales México y Hospital San Juan de Dios (...).”

Al respecto, en sesión de trabajo se consultó a la Licda. Katherine Molina Cubillo, Coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, el Ing. Rafael Madrigal Jara y la Ing. en electromedicina Joseline María Blanco Valenciano, todos del Proyecto de Atención Integral del Cáncer, manifestaron el 30 de octubre de 2024, lo siguiente:

“(...) El Dr. Saborío y el Ing. Raúl Dávila Alvarado. De la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, están haciendo un análisis y seguimiento a este estudio para definir de manera conjunta la necesidad de aceleradores lineales a nivel nacional (...)

(...) determinar las cargas de trabajo en los turnos actuales, es parte de los escenarios de cómo trabajan los servicios de radioterapia actualmente y como se espera que deben trabajar de manera equitativa y este entregable es una de las tareas del equipo técnico de la Comisión Interhospitalaria (...).”

La falta de definición de la capacidad productiva de los servicios de radioterapia disponibles en la Institución repercute negativamente en el uso efectivo y eficiente de los equipos, en la equidad en las cargas de trabajo - tal y como lo describe el oficio HM-DG-4427-2024-, así como en la visualización de soluciones de mejora en la oferta de servicios

Lo señalado, representa un riesgo financiero para la institución, ante la carencia de fundamentación técnica, por cuanto, no existe garantía razonable de que los recursos dispuestos se asignen acorde a la demanda que bridan los Servicios de Radioterapia, situación que podría generar incumplimiento de los principios de maximización, eficiencia y eficacia de los recursos públicos, así como el cumplimiento de las actividades de control y supervisión, en beneficio de los usuarios.

3.7. Porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales.

Se determinó que a nivel institucional no se han establecido parámetros de medición para disponer del porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales en la CCSS, considerando el tiempo de funcionamiento, eficiencia y eficacia en relación con el tiempo de carga o producción para la oferta de servicios.

En ambos centros médicos (HM, HSJD), se dispone de un dato del 85% de aprovechamiento, según se evidencia en los documentos “Manual de Operación Radioterapia hospital México” y oficio 185-RT-HSJD-2024 del 25 de junio 2024 del hospital San Juan de Dios. El documento -borrador- “*Estudio de Tiempos durante la aplicación de tratamientos en aceleradores lineales del Servicio de Radioterapia*”, elaborado por el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, refiere para el hospital México un dato del 90% y 85% según el tipo de equipo médico.

Es importante señalar que los datos mencionados no se sustentaron técnicamente, y que en el transcurso de los años se ha trabajado bajo costumbres en la utilización de los equipos, sin que ello considere la vida útil, cantidad de horas utilizadas, mejoras tecnológicas, cantidad de pacientes y otros elementos de los diferentes equipos con que dispone la CCSS (LINAC´s).

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el apartado 4.5 -Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones-, que “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”.

Asimismo, el inciso 4.6. Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico, “(...) establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes. Las actividades de control respectivas deben actuar como motivadoras del cumplimiento, prevenir la ocurrencia de eventuales desviaciones, y en caso de que éstas ocurran, emprender las medidas correspondientes. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas (...)”.

El Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, define para la Dirección de Equipamiento Institucional, en sus objetivos específicos:

“Mantener una evaluación permanente de la tecnología adquirida, para retroalimentar la toma de decisiones con respecto a su utilización, desempeño y productividad”.

Esta Auditoría consultó²⁹ a los Ingenieros en Electromedicina Marcia Quirós Sanabria y Jamile Brenes Agüero, ambos de la Dirección de Arquitectura Institucional, respecto a la existencia de un estudio técnico que defina el porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales en la institución, quienes manifestaron lo siguiente:

“(...) sobre el porcentaje de aprovechamiento de los LINACs, este es un indicador estadístico que depende de múltiples variables. Su cálculo no se basa en una fórmula estándar, sino que considera factores como parámetros del OIEA, el estado actual de los equipos, las recomendaciones de los fabricantes, el RRHH, la programación de turnos, los planes de mantenimiento y los controles de calidad. En otras palabras, es un cálculo complejo que requiere una evaluación integral de diversos aspectos según la experiencia de los Centros de RT (...)”

Al respecto, los funcionarios citados, agregaron que realizaron consulta a una colega en México, quien les indicó que en el caso de ese país se utilizan datos estadísticos y económicos para el cálculo.

El 19 de setiembre de 2024, se consultó a la Ing. María Paula Esquivel Asenjo, Directora de Equipamiento Institucional (DEI), acerca de la existencia de criterio referente a la definición de un porcentaje de utilización de los equipos médicos, en este caso de los aceleradores lineales, la cual manifestó que no se dispone a lo interno de la DEI de un instrumento que limite el uso de un equipo.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría, el 19 de setiembre de 2024, sobre el porcentaje de utilización de los aceleradores lineales, lo siguiente:

“(...) Para utilizar un equipo el 85% debería existir una justificación, habría que revisar las normas de ingeniería de la institución para ver si es un rango está entre 85 y el 90%.”

Por su parte, el Ing. Fredys Jorge Santos Gutiérrez, jefe del Área Control de Calidad y Protección Radiológica, señaló a esta Auditoría el 2 de octubre de 2024, que por muchos años la institución trabajó con un solo acelerador lineal y la relevancia de la prestación de servicios estaba centrada en la necesidad de los usuarios y no enfocada en la previsión de porcentajes para el funcionamiento del equipo.

Adicionalmente, el Ing. Jeffry García Vindas, de la empresa Promed - división Radioterapia, manifestó a esta Auditoría el 5 de noviembre de 2024, en relación con el tiempo de aprovechamiento de los Aceleradores Lineales, en términos generales lo siguiente: *“No hay un tiempo definido y/o delimitado por parte de la empresa Varían, ni de nosotros como distribuidores, sin embargo, entre más utilicemos el equipo, la vida útil de estos, la cantidad de pacientes, los respaldos, mantenimientos preventivos- correctivos, controles de calidad, verificaciones, los protocolos de uso de cada centro, u otros aspectos se deben considerar por cada equipo van a influir en el tiempo de uso de los equipos”.*

²⁹ Mediante la plataforma institucional Microsoft Teams, el 28 de octubre de 2024

La Licda. Katherine Molina Cubillo, Coordinadora del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, el Ing. Rafael Madrigal Jara y la Ing. Joseline María Blanco Valenciano, todos del Proyecto de Atención Integral del Cáncer, manifestaron el 30 de octubre de 2024 lo siguiente:

“(...) no existía un estudio como tal, que demuestre la realidad de los equipos de la Institución (...)” relacionado con ese aspecto del aprovechamiento, es importante adicionar que los últimos estudios eran del 2011, sin embargo, ningún estudio explicaba el 85% (...)

(...) desde que se realizaron las proyecciones sobre capacidad de los equipos tanto del Hospital México como del Centro Conjunto de Radioterapia, no hubo una necesidad real por realizar un estudio de tiempos que analizara el tiempo que un paciente dura en recibir su tratamiento basado en su tipo de cáncer, técnica a implementar y fracciones de tratamiento, de igual forma es importante conocer la información relacionada con el % de aprovechamiento de los equipos ya que no hay literatura o estudio previo que detalle la definición de dicho porcentaje.

(...) En la actualidad se está realizando un estudio de tiempos y movimientos que pretende buscar una mediana, por eso no podemos establecer actualmente ese mínimo y/o máximo, sin embargo, aún no se sabe si es un término que se va a seguir utilizando y por eso se realiza el estudio para definir ese porcentaje actual y real de los equipos. Es relevante indicar que la fecha del estudio aún no está finiquitado”.

Mediante consulta realizada el 13 de noviembre del 2024, a la Dr. Flory Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia del hospital México, en relación con los cuadros que realiza el Hospital México sobre: “capacidad instalada máxima”, que incluye un porcentaje de aprovechamiento -85%-, si dispone de algún estudio técnico que valide este indicó:

“La Dra. Umaña menciona que ese 85% se establece pensando solo en pacientes, es decir tiempo de atención a pacientes, el otro 15% queda pensando en los controles de calidad, pacientes de emergencias (se atienden a las 8pm, por lo general se programan a esa hora). Adicionalmente, se tiene que dejar 15 minutos en la mañana y en la tarde 15 minutos como tiempos de limpieza.

No se cuenta con estudio técnico que valide esos porcentajes, según indica la Dra. Umaña desde su ingreso, se indicó que la jefatura anterior del departamento había definido ese porcentaje. A lo largo de los años se han presentado en el servicio dos ingenieros, con el fin de medir estos tiempos. Pero no se nos ha indicado nada al respecto”.

La ausencia de un estudio que defina o incluya parámetros de medición y de utilización de los equipos LINAC´s, así como la implementación de este, limita establecer el aprovechamiento máximo de los equipos, situación que puede incidir en el tratamiento y atención de los pacientes.

Considerar el porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales, con el fin de determinar la cantidad de tiempo que estarán disponibles los equipos o en operación; es un aspecto esencial de la planificación, para la toma de decisiones y establecimiento de la capacidad real, lo cual radica en mejoras respecto al agendamiento de sesiones de tratamiento que cubre las necesidades de los usuarios; así como la cantidad de recurso humano, presupuestario, proyecciones futuras en materia de cobertura y crecimiento de los servicios de radioterapia.

4. SOBRE EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE EN EL EDUS.

Se determinó, en relación con el seguimiento y tratamiento de los pacientes que son atendidos en el CCTR del hospital San Juan de Dios y del hospital México, que la información relacionada con el control, seguimiento y aplicación de tratamiento a nivel de los aceleradores lineales se registra principalmente en el sistema ARIA®³⁰, el cual, a pesar de ser una herramienta de apoyo importante, en la actualidad no constituye un aplicativo del EDUS.

La asistencia médica en el caso de que el usuario deba presentarse a los servicios de emergencias o urgencias institucionales se ve limitada, considerando que la información de las citas intra-tratamiento se consignan en el EDUS por parte de los profesionales en salud, y la totalidad de la atención, así como la aplicación del tratamiento se registra en el ARIA®, o tarjeta física de Control del Tratamiento del Paciente.

“El sistema ARIA® “Oncology Information System for Radiation Oncology”, es una solución de software para gestionar las actividades clínicas y administrativas del departamento. ARIA®, añade información a un completo registro médico electrónico específico de oncología que facilita la gestión de la información médica, proporciona información sobre la programación de las actividades clínicas, el registro de la información del historial del paciente, el registro de la respuesta al tratamiento, el almacenamiento de la documentación del paciente y el registro de los datos para fines de facturación”³¹.

Al respecto, a manera de ejemplo, se presenta en los siguientes documentos sobre el registro de la información de los pacientes, donde se evidencia el control, seguimiento y valoración de las sesiones de radioterapia:

³⁰ ARIA® Oncology Information System for Radiation Oncology, Varian Medical Systems, Inc.

³¹ Instrucciones de uso de ARIA Oncology Information System for Radiation Oncology, ID de la publicación P1061182-001-A, noviembre 2022.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud, presentado por la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-SJD-31156-2017 del 30 de octubre de 2017, establece lo siguiente:

Completitud de los registros. (Artículo 23)

“Todos los usuarios del EDUS que participan en el proceso de atención de la salud de las personas son responsables de realizar el debido registro en el EDUS, velar por la calidad y veracidad del registro, según el ordenamiento dispuesto en este para tal fin, de forma que quede evidencia clara y fidedigna de todos los actos relacionados con la atención en salud que se realiza a las personas”.

De la completitud e integridad del registro clínico (Artículo 31)

“Es responsabilidad del usuario del EDUS dedicado a la prestación de servicios asegurar que la información ingresada en los aplicativos informáticos utilizados esté completa, íntegra y suficiente para la continuidad de la atención del paciente o usuario titular de la CAJA en apego a los protocolos y guías clínicas que regulan la atención. En aras de brindar una adecuada atención en salud, en protección tanto de los intereses del usuario y de la Institución”.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Enfermería indica en el estándar 3: Indicaciones Médicas y de Enfermería lo siguiente:

“Las indicaciones escritas en forma física o electrónica facilitan, el cumplimiento, la comunicación del Equipo de Salud, en forma exacta y confiable de las órdenes médicas y de las indicaciones de Enfermería”.

Sobre la importancia del registro de atención en el expediente de salud del usuario el Estándar 14 refiere:

“La correcta revisión, cumplimiento y registro de las indicaciones médicas y de Enfermería permiten un cumplimiento óptimo con calidad y seguridad de atención a la persona usuaria”.

Como criterio de evaluación y evidencia el Manual establece:

“Indicaciones médicas y de Enfermería revisadas, cumplidas y registradas en EDUS- Existencia de registros médicos y de Enfermería con calidad en EDUS”.

El Manual Operativo del Reglamento del EDUS Corrección de datos del Expediente Digital Único de Salud N°-GM-AES-MO-002, establece en el capítulo 4.3, Marco Metodológico lo siguiente:

“4.3.1 Calidad en el registro de los datos:

Todo usuario del sistema de información EDUS, debe procurar que, al momento de ingresar o modificar datos en el sistema, sean oportunos, completos, veraces y contengan integridad, calidad y validez.

(...)

4.2.3 Responsabilidades de los usuarios EDUS sobre el registro de los datos:

-Para asegurar la calidad de los datos ingresados en el EDUS, los funcionarios deben cumplir con las responsabilidades descritas en este apartado, además de las referidas en la Ley N° 9162 del Expediente Digital Único de Salud y en el Reglamento del Expediente Digital Único de Salud”.

Mediante oficio GM-0051-2023, del 9 de enero de 2023, el Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico en ese momento, instruyó a los directores generales del hospital San Juan de Dios y hospital México lo siguiente:

“Dado lo anteriormente descrito, se recuerda la importancia de registrar en el sistema EDUS todas las citas que se brinden a los pacientes en los siguientes puntos del proceso de radioterapia:

- Cita de primera vez en radioterapia.*
- Citas durante el tratamiento.*
- Cita para realización de TAC simulador.*
- Cita de todas las sesiones de tratamiento.*
- Cita al final del proceso de radioterapia”.*

La Gerencia Médica, mediante oficio GM-2414-2023 del 21 de febrero de 2023, suscrito por el Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico en ese momento, remitió a los directores médicos, de los hospitales y jefaturas de registros y estadísticas en salud en general: “Recordatorio sobre la responsabilidad en el adecuado uso y completitud de los registros con calidad en el SIES, así como el monitoreo de los servicios y especialidades habilitadas para que se utilicen los módulos de EDUS en cada establecimiento de salud”, en donde se indicó lo siguiente:

“(…) se realiza un atento recordatorio para que, toda vez que el EDUS haya sido implementado, o se encuentre en período de implementación, sea de carácter obligatorio, realizar el registro de las atenciones sin alteraciones, con calidad, completitud, veracidad del registro, tanto en el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), así como en los módulos que lo integran para la prestación de servicios de salud, conforme lo regulado en el Reglamento del Expediente Digital Único en Salud”.

Mediante consulta realizada el 2 de setiembre de 2024, a la Dra. Flory Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia y al M.Sc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa del hospital México, informaron lo siguiente:

“Se incluye las agendas de TAC simulación, y procedimientos e inicios de braquiterapia en el EDUS, las demás atenciones no son incluidas en el EDUS, es decir datos de las atenciones brindadas en los aceleradores, existe una limitante es el acceso a internet. Por otra parte, si existen funcionarios en ambos centros, que tienen acceso al sistema ARIA”.

Mediante consulta realizada el 10 de octubre de 2024, al Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, Jefatura del Servicio de Radioterapia del hospital San Juan de Dios, informó:

“... El sistema que usa el Servicio de Radioterapia del HSJD es ARIA, registramos desde la primera cita del paciente hasta que finaliza el paciente su tratamiento. Paralelamente, el control médico se brinda por medio del expediente de salud EDUS, y se agendan las Citas médicas el SIAC, para atender a los pacientes disponemos de citas a muy corto plazo, pero no se agendan hasta consignar que se poseen todos los exámenes necesarios para valorar el inicio del tratamiento que corresponda según sea el caso.

Las referencias que son físicas en su mayoría, y que se reciben en el servicio se incluyen en el ARIA.

No se incluye en EDUS detalles de la planificación del tratamiento que si se incluyen en ARIA”.

La existencia de debilidades en el registro de la información afectan la interoperabilidad e integración de los datos consignados en los sistemas institucionales, así como el cumplimiento de la normativa institucional y nacional, en cuanto al resguardo y veracidad de la información contenidas en las bases de datos para la toma de decisiones, considerando, el tratamiento, evolución, seguimiento y trazabilidad del paciente por parte del personal de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos, fortalecimiento del proceso y acciones de mejora continua.

Debilidades en relación con el resguardo y disponibilidad de la información del usuario en el Sistema de Información oficial, puede provocar distorsión en la toma de decisiones por parte de las autoridades y personal de salud, las cuales dependen de la confiabilidad de los datos consignados en los sistemas de control e información. Por consiguiente, la previsión de mecanismos para el registro de información que garanticen la suficiencia y competencia son actividades que la administración activa debe atender, considerando los responsables del proceso en consideración de la legislación y sanciones previstas de conformidad con los incumplimientos y futuros reclamos de los pacientes.

5. DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN (SIAC)³²

Se determinó que los datos extraídos de los cubos de información (SIAC) relacionados con las atenciones a pacientes en los servicios de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios y México, no brindan concordancia en cuanto al número de atenciones y tiempo asignado para la valoración de los pacientes, considerando que existen aspectos de registro en el sistema como:

- Se registra a un mismo paciente como: primera vez en la especialidad, primera vez en la vida, primera vez en el año y subsecuente.
- Se registra a un mismo paciente como: solamente subsecuente.
- Se registra a un mismo paciente como: primera vez en la especialidad, sin embargo, faltan datos para definir conducta terapéutica, lo cual limita la atención en una segunda consulta, considerando que el inicio de tratamiento se posterga.

³² Sistema Integrado de Agendas y Citas (EDUS)

Por otra parte, se identificó que los cubos de información registran datos que no son concordantes con la documentación facilitada por la administración (servicios de Radioterapia), en cuanto al total de personas atendidas en los establecimientos de salud, aspecto que se detalla a continuación:

Cuadro N° 4. Personas atendidas, por Establecimiento de Salud para la especialidad de Radioterapia, CCSS, Enero – Junio -2024.

| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | CANTIDAD DE PERSONAS ATENDIDAS ³³ POR CENTRO DE SALUD SEGÚN SIAC | CANTIDAD DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN CENTRO DE SALUD ³⁴ |
|--------------------------|---|--|
| H. San Juan de Dios | 2060 | 2592 |
| H. México | 6160 | 10384 |
| TOTAL | 8220 | 12976 |

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud/ servicios de Radioterapia

Del cuadro anterior, se identifica que existen diferencias hasta de 4756 personas que recibieron atención en los servicios de Radioterapia en los hospitales San Juan de Dios y México, en contraposición con la información consignada en los cubos de información (cubo de atenciones en salud), esta diferencia limita disponer de claridad acerca del dato real de personas a las cuales se les brindo el servicio.

La ley General de control interno en el artículo el artículo 8 establece:

“Para efectos de esta Ley, se entenderá por sistema de control interno a 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”.*

La Ley 9162 Expediente Digital Único de Salud, apartado Objetivos de la Ley, establece en el artículo 3 lo siguiente:

“(…) c) Que cada persona tenga un expediente electrónico con la información de toda la historia de atención médica, con las características de disponibilidad, integridad y confidencialidad.

(…) 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”.

³³ Cubo de información Sistema Integrado de Agendas y Citas (EDUS)

³⁴ Información suministrada por las unidades.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud, presentado por la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-SJD-31156-2017 del 30 de octubre de 2017, establece lo siguiente:

Completitud de los registros. (Artículo 23)

“Todos los usuarios del EDUS que participan en el proceso de atención de la salud de las personas son responsables de realizar el debido registro en el EDUS, velar por la calidad y veracidad del registro, según el ordenamiento dispuesto en este para tal fin, de forma que quede evidencia clara y fidedigna de todos los actos relacionados con la atención en salud que se realiza a las personas”.

De la completitud e integridad del registro clínico (Artículo 31)

“Es responsabilidad del usuario del EDUS dedicado a la prestación de servicios asegurar que la información ingresada en los aplicativos informáticos utilizados esté completa, íntegra y suficiente para la continuidad de la atención del paciente o usuario titular de la CAJA en apego a los protocolos y guías clínicas que regulan la atención. En aras de brindar una adecuada atención en salud, en protección tanto de los intereses del usuario y de la Institución”.

El Manual Operativo del Reglamento del EDUS Corrección de datos del Expediente Digital Único de Salud N°-GM-AES-MO-002, establece en el capítulo 4.3, Marco Metodológico lo siguiente:

“4.3.1 Calidad en el registro de los datos:

Todo usuario del sistema de información EDUS, debe procurar que, al momento de ingresar o modificar datos en el sistema, sean oportunos, completos, veraces y contengan integridad, calidad y validez.

(...)

4.2.3 Responsabilidades de los usuarios EDUS sobre el registro de los datos:

-Para asegurar la calidad de los datos ingresados en el EDUS, los funcionarios deben cumplir con las responsabilidades descritas en este apartado, además de las referidas en la Ley N° 9162 del Expediente Digital Único de Salud y en el Reglamento del Expediente Digital Único de Salud”.

Mediante oficio GM-0051-2023, del 9 de enero de 2023, el Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico en ese entonces, instruyó a los directores generales del hospital San Juan de Dios y hospital México lo siguiente:

“Dado lo anteriormente descrito, se recuerda la importancia de registrar en el sistema EDUS todas las citas que se brinden a los pacientes en los siguientes puntos del proceso de radioterapia:

- Cita de primera vez en radioterapia.*
- Citas durante el tratamiento.*
- Cita para realización de TAC simulador.*
- Cita de todas las sesiones de tratamiento.*
- Cita al final del proceso de radioterapia”.*

La Gerencia Médica, mediante oficio GM-2414-2023 del 21 de febrero de 2023, suscribió por parte del el Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico en ese entonces, y remitió a los directores médicos de hospitales y jefaturas de registros y estadísticas en salud en general el “Recordatorio sobre la responsabilidad en el adecuado uso y completitud de los registros con calidad en el SIES, así como el monitoreo de los servicios y especialidades habilitadas para que se utilicen los módulos de EDUS en cada establecimiento de salud”, en donde se indicó lo siguiente:

“(…) se realiza un atento recordatorio para que, toda vez que el EDUS haya sido implementado, o se encuentre en período de implementación, sea de carácter obligatorio, realizar el registro de las atenciones sin alteraciones, con calidad, completitud, veracidad del registro, tanto en el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), así como en los módulos que lo integran para la prestación de servicios de salud, conforme lo regulado en el Reglamento del Expediente Digital Único en Salud”.

El 6 de noviembre de 2024, mediante el oficio GM-16621-2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico a.i., informó a Directores (as) Redes Integradas para la Prestación de Servicios de Salud, Directores (as) Hospitales Nacionales y Especializados, y Directores (as) Hospitales Regionales y Periféricos, sobre “los estudios a realizar a partir del segundo semestre del 2025 en los tiempos de atención para paciente nuevo y subsecuente en las consultas externas de Hematología, Radioterapia, Oncología Quirúrgica y Medicina Paliativa, de diferentes centros hospitalarios”, lo siguiente:

“...los estudios se realizarán a partir del segundo semestre del año 2025 en el siguiente orden: Hematología, Radioterapia, Oncología Quirúrgica y Medicina Paliativa, por lo que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud requiere que todos los centros hospitalarios que brinden estas especialidades estandaricen los tiempos, como está actualmente normado, previo al inicio de estos análisis de tiempos en la consulta externa para paciente nuevo y subsecuente”.

Mediante entrevista realizada el 26 de setiembre de 2024, a funcionarios de la Gerencia Médica, se indicó por parte de los doctores Armando Mauricio Cortés Ruiz y Randall Josué Céspedes Víquez, lo siguiente:

“... tienen poco tiempo en la coordinación de temas de cáncer desde el despacho de la Gerencia Médica lo que impide contar con el conocimiento, de cómo se ha brindado manejo al tema en específico de Radioterapia y el Plan como tal. por esa razón en días anteriores se realizó un acercamiento con el Dr. Pablo Villalobos Cascante de modo que se establezcan líneas de articulación entre la Gerencia y el Consejo Oncológico Institucional”.

Mediante consulta realizada el 2 de setiembre del 2024, presencial a la Dr. Flory Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia y al M.Sc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa del hospital México, se informó:

“Se incluye las agendas de TAC simulación, y procedimientos e inicios de braquiterapia en el EDUS, las demás atenciones no son incluidas en el EDUS, es decir datos de las atenciones brindadas en los aceleradores, existe una limitante es el acceso a internet. Por otra parte, si existen funcionarios en ambos centros, que tienen acceso al sistema ARIA”.

Mediante consulta realizada el 10 de octubre de 2024, el Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, Jefatura del Servicio de Radioterapia del hospital San Juan de Dios, informó lo siguiente:

“... . El sistema que usa el Servicio de Radioterapia del HSJD es ARIA, registramos desde la primera cita del paciente hasta que finaliza el paciente su tratamiento. ...se agendan las Citas médicas el SIAC, para atender a los pacientes se y consigna en ARIA. Sistema que evidencia la trazabilidad de la atención”.

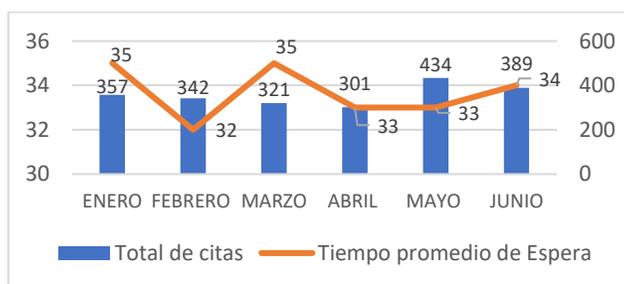
La disposición de un sistema de información constituye una herramienta eficaz para garantizar el apoyo al control interno asociado a los procesos de atención, por lo tanto, el no garantizar por parte de los funcionarios información veraz, real y acorde a lo normativa institucional, afecta los criterios de calidad, considerando que los datos no permiten parametrizar y medir la eficiencia en el uso de los recursos, en busca de fortalecer el proceso y procura de acciones de mejora continua.

El incumplimiento de la norma por parte de los funcionarios puede provocar errores o desviaciones en la toma de decisiones por parte de las autoridades, las cuales dependen de la confiabilidad de los datos consignados en los sistemas de control vigentes.

6. LISTA DE ESPERA Y JUDICIALIZACIÓN.

Se determinó para el primer semestre de 2024, que el Área de Estadísticas en Salud, reportó una lista de espera de 389 pacientes para los servicios de Radioterapia Institucional en consulta externa, con un plazo promedio de 34 días; sin embargo, se visualiza una tendencia al alza para el total de pacientes a atender, considerando que los tiempos promedio de atención se mantienen en un rango de 30-35 días, como se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1 Lista Espera de Consulta Externa y Tiempo Promedio de Espera, especialidad de Radioterapia, CCSS, Enero – Junio -2024.



Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

En el gráfico anterior se observa el comportamiento variable, el cual es determinado por la complejidad de la enfermedad y completitud de los exámenes de laboratorio y otros, que requiere el especialista para determinar el momento inicial del tratamiento, aspectos que a su vez podrían reflejar un aumento o disminución en el tiempo de espera y oportunidad en la asistencia médica, así mismo, el proceso de TAC de Simulación se ve inmerso, en lo anterior.

Se identificó que existen 5 establecimientos de salud (Hospitales San Juan de Dios, Rafael Ángel Calderón Guardia, México, San Vicente de Paúl y Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera), que registran pacientes en lista de espera de Radioterapia, siendo el Hospital México la unidad que más usuarios consigna durante el primer semestre del 2024; por su parte, en relación con los plazos de espera, estos varían según el centro de salud, situación que se detalla a continuación:

Cuadro N° 5. Lista Espera de Consulta Externa y Tiempo Promedio de Espera, por Establecimiento de Salud para la especialidad de Radioterapia, CCSS, Enero – Junio -2024.

| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | ENERO | | FEBRERO | | MARZO | | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | |
|---|----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|
| | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ | Total de citas | Tiempo promedio de Espera 2/ |
| H. San Juan de Dios | 65 | 22 | 70 | 21 | 78 | 24 | 62 | 25 | 96 | 23 | 90 | 22 |
| H. Rafael Ángel Calderón Guardia | 18 | 43 | 25 | 35 | 23 | 38 | 16 | 34 | 26 | 26 | 29 | 29 |
| H. México | 23 | 32 | 20 | 31 | 19 | 34 | 20 | 32 | 29 | 33 | 25 | 36 |
| H. San Vicente de Paul | 6 | 8 | 8 | 31 | 0 | 34 | 1 | 32 | 1 | 33 | 5 | 36 |
| H. Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera | 38 | 67 | 37 | 59 | 30 | 64 | 21 | 75 | 20 | 81 | 15 | 71 |
| TOTAL | --- | --- | 2 | 12 | --- | --- | 1 | 6 | 1 | 21 | --- | --- |
| | 35 | 35 | 34 | 32 | 32 | 35 | 30 | 33 | 43 | 33 | 38 | 34 |
| | 7 | | 2 | | 1 | | 1 | | 4 | | 9 | |

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

En lo que corresponde al proceso de judicialización para acceder a la atención en los servicios de radioterapia, se indicó por parte de los Hospitales San Juan de Dios (primer semestre del 2024) y México (julio 2023 a junio 2024) que se atendieron en total 24 recursos de amparo por las siguientes causas según establecimiento:

Cuadro N° 6. Causas de Recursos de Amparo, por Establecimiento de Salud para la especialidad de Radioterapia, CCSS, Julio 2023 – Junio -2024

| Hospital | Causa de Recurso de Amparo |
|---------------------|--|
| H. San Juan de Dios | Explicación de porque no se realizó radiocirugía. Paciente tramitado para el tratamiento, cuando se iba a aplicar el tratamiento la lesión había desaparecido. Respuesta espontánea de la lesión. No candidato a tratamiento |
| | Paciente preso y se responde a la inquietud de, si debe realizarse un cambio de modalidad de custodia a un régimen domiciliario. |
| | Recurso solicita pronta resolución de fecha de cirugía. Recurso no involucra aspectos de la atención en radioterapia |

| | |
|------------------|--|
| | Solicita explicación de porque no se aplicó tratamiento de radiocirugía, se documentó progresión por lo que no fue candidato |
| | Solicitud de información sobre un tratamiento de radiocirugía que fue tramitado en este servicio y que luego el paciente se lo realizó a nivel privado |
| H. México | Ausencia cita radioterapia, se reprograma |
| | No asistió cita y números registrados no se contacta |
| | No se presentó a retirar la cita de radioterapia |
| | Paciente del HCG |
| | Patología no debía de ser tratada por radioterapia |
| | Radiocirugía |
| | Radiocirugía, se encontraba hospitalizada |
| | Reporte de Mamografía |
| | Reporte de Resonancia Magnética |
| | Se le suspendió tratamiento por equipo no funcionaba |

Fuente: CCSS. Servicios de Radioterapia, hospital México y hospital San Juan de Dios.

La judicialización de la salud ha estado presente en los últimos años en la seguridad social, siendo que el paciente ha considerado que recurrir a la Sala Constitucional es un medio oportuno, a los efectos de solventar los problemas de atención y salud que le aquejan; la especialidad de radioterapia no escapa a ello por lo cual puede generar saturación del servicio, y a otros pacientes plazos de espera más amplios con la consecuente complicación en el caso de las patologías más críticas.

La lista de espera³⁵ se define como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está conformada por las personas que han solicitado recibir un servicio y se encuentran en espera, en consecuencia, reflejan las debilidades del modelo de atención.

La Ley General de Control Interno³⁶ establece que el sistema de control interno debe garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones, para que los recursos sean utilizados de forma óptima a fin de contribuir en el logro de los objetivos.

Las Normas de Control Interno para el sector público, establecen que 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.

Mediante entrevista realizada el 7 de noviembre de 2024, la Dra. Flory Vanessa Umaña Herrera, Jefatura del Servicio de Radioterapia del Hospital México, indicó, que no hay lista de espera, y la demanda se encuentra en función de la disponibilidad y capacidad de los aceleradores.

El Dr. Rigoberto Monestel Umaña, médico especialista en Radioterapia del Proyecto de Fortalecimiento de Atención del Cáncer, indicó a esta Auditoría, el 19 de setiembre de 2024, respecto al uso del Tomógrafo Axial Computarizado, lo siguiente:

³⁵ La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica, Memoria para optar al grado de doctor presentada por Miguel Ángel Baratas de las Heras, Madrid 2010.

³⁶ Ley General de Control Interno, Artículo 8.

“(...) el TAC, es donde inicia el proceso de un tratamiento, por tanto, la cantidad de TAC va asociado a la cantidad de cupos que pueda brindar en el acelerador lineal (...)”.

El Técnico Kenneth Lizandro Artavia Araya del Centro Conjunto de Radioterapia señaló, a esta Auditoría mediante correo electrónico del 17 de octubre de 2024, respecto al aprovechamiento del TAC Simulador, lo siguiente:

“(..) es de un promedio de 4 pacientes por día (...) este número está ligado a la capacidad de los equipos de tratamiento, siendo el CT Simulador capaz de atender más pacientes, pero condicionado por la capacidad de los aceleradores (...)”.

El Dr. Pablo Ordóñez Sequeira, jefe del Servicio de Radioterapia CCRT-HSJD manifestó a esta Auditoría el 10 de octubre de 2024, lo siguiente:

“(...) El Tomógrafo Axial Computarizado para simulación que tenemos acá en el CCRT, tiene la posibilidad de brindar apoyo a la red es decir al Hospital México y cuando se encuentre operando al Calderón Guardia (...)”.

Debilidades para el establecimiento del diagnóstico, inciden en la oportunidad para el inicio del tratamiento de la enfermedad, la cual varía según su génesis y complejidad, situación que se ve impacta por la determinación de la capacidad máxima, uso y aprovechamiento del recurso disponible e incremento en la cantidad de pacientes que requieren atención oportuna.

La lista de espera en la Caja Costarricense de Seguro Social se constituye en uno de los desafíos y problemas más acentuados, no solo por las dimensiones económicas que ello representa, sino también por las repercusiones que genera, en cuanto a la inoportunidad de la prestación de los servicios, traducidos en riesgos para la atención, prolongación y complicaciones de la enfermedad, en los procesos de tratamiento, en este caso para radioterapia, situación que afecta la imagen institucional y judicialización de la atención, lo que eventualmente generaría un impacto desfavorable en el sistema de salud.

7. PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA

Considerando la realización de una encuesta (Anexo N° 7) a 66³⁷ personas durante el 11 al 14 de noviembre del 2024, estos señalaron oportunidades de mejora en la atención brindada en los servicios de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios (26) y México (40); de conformidad con aspectos como: tiempo de atención, duración de tratamiento, valoración del personal de salud, oportunidad para el acceso al servicio (tratamiento) y temas de mejora, de lo anterior se consignan los resultados en los siguientes gráficos:

³⁷ Índice de confianza del 95%, error esperado 35%, prevalencia del 21%, total de la muestra 66 casos. (33 casos por establecimiento de salud)

Cuadro N° 7. Resultados de la encuesta sobre la percepción en la atención para la especialidad de Radioterapia, CCSS, Enero – Junio -2024.

| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | PERCEPCIÓN DEL PACIENTE | CANTIDAD DE USUARIOS ³⁸ | Porcentaje |
|----------------------------------|---|------------------------------------|------------|
| HOSPITAL MEXICO | BUEN TRATO - TODO BIEN | 16 | 24% |
| | CUMPLIMIENTO DE SESIONES | 6 | 9% |
| | MEJORAR EL TRATO | 4 | 6% |
| | NO INDICA | 9 | 14% |
| | SATURACIÓN DEL SERVICIO | 4 | 6% |
| | MAL TRATO DE LOS TÉCNICOS CON EL PACIENTE | 1 | 2% |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | BUEN TRATO - TODO BIEN | 11 | 17% |
| | CUMPLIMIENTO DE SESIONES | 1 | 2% |
| | MEJORAR EL TRATO | 2 | 3% |
| | NO INDICA | 12 | 18% |

Fuente: Elaboración propia con datos de pacientes atendidos en el hospital México y hospital San Juan de Dios de Enero a Junio 2024.

Del cuadro anterior, se puede mencionar que el 61% (40) de la población³⁹ objeto de estudio, fueron tratados en el hospital México a pesar de que la muestra consignó la misma cantidad de casos para cada establecimiento de salud, el restante 39% (26) fue tratado en el hospital San Juan de Dios, de lo anterior, es importante mencionar que el 41% reportó buen trato en el proceso de atención y tratamiento, el 10% indicó problemas en el cumplimiento de las sesiones de tratamiento, el 10% señaló que el trato debe de mejorar desde la parte de Redes, técnicos, enfermería y médicos, el 32% no indicó o no contestó la encuesta, y el 6% mencionó que el servicio presentó saturación, por lo cual, debieron de esperar o ser reprogramados para la atención.

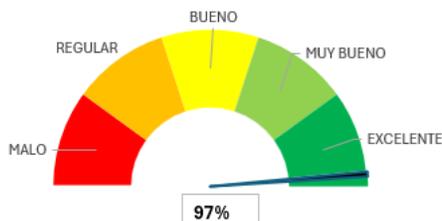
Sobre la reprogramación del tratamiento, en el 40% (27) de los casos se cumplió esta condición; 21 casos se presentaron en el hospital México y 6 en el hospital San Juan de Dios, siendo generalmente las causas, afectación del equipo por daño, problemas técnicos, mantenimiento, o imprevistos propios del funcionamiento como el caso de que los pacientes que se orinan en el equipo, lo cual provoca daño en el insumo (LINAC's).

En cuanto a la percepción global del tratamiento, y seguimiento de los usuarios entrevistados para ambos establecimientos de salud esta es de un 97%, considerando el siguiente gráfico:

³⁸ * No Indica puede considerar a personas que no contestaron la encuesta o pacientes fallecidos.

³⁹ Índice de confianza del 95%, error esperado 35%, prevalencia del 21%, total de la muestra 66 casos. (33 casos por establecimiento de salud)

Gráfico N° 2 Criterio de Satisfacción de pacientes consultados sobre la percepción en la atención para la especialidad de Radioterapia, CCSS, Enero – Junio -2024.



Fuente: Elaboración propia con datos de pacientes atendidos en el hospital México y hospital San Juan de Dios de Enero a Junio 2024.

Así mismo, la contraloría de servicios Institucional no consigna dentro de sus informes anuales datos específicos para la especialidad de radioterapia en ambos establecimientos de salud.

Mediante oficio GM-17575-2024 del 22 de noviembre del 2024, Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico, instruyó a la Dra. Karla Solano Durán, Directora a.i, de Red de Servicios de Salud, Dra. María Catalina Saint-Hilaire Arce, Directora a.i de Centros Especializados, Directores (as) de Redes Integradas Prestación de Servicios de Salud, Directores (as) Generales de Hospitales Nacionales y Especializados, Directores (as) Generales de Hospitales Regionales y Periféricos, y Directores (as) Médicos de Áreas de Salud y Clínicas, para la atención y cumplimiento de la recomendación 1 del informe AINNOVAC-0071-2024, en donde se solicitó el inicio de una campaña de divulgación, sostenible en el tiempo, sobre la obligatoriedad de acatamiento del protocolo *de buen trato y de la capacitación sobre la política de buen trato en los centros de salud y las leyes vinculadas con brindar una atención de respecto a los usuarios (...)*.

La Ley 8239 sobre los “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados” en su artículo 2 establece lo siguiente:

“(…)

inciso e: recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.

inciso d: recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.

inciso ñ: Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos...”

Por otra parte, el Protocolo de Atención a la persona usuaria de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su capítulo I cita:

“Principios que rigen el servicio de excelencia

Los funcionarios institucionales deben atender a los usuarios con una actitud de servicio, entendida como su disposición de escuchar al otro, ponerse en su lugar y entender sus necesidades y peticiones. No se trata solo de pensar en la persona sino como la persona, ser consciente de que cada quien tiene una visión y necesidades distintas, que exige un trato personalizado...”

Es criterio de esta Auditoría, que si bien es cierto se ha definido a nivel Institucional al cáncer como prioritario, en virtud de su alta incidencia en la población, se debe analizar el proceso de calidad y humanización en toda la atención brindada, considerando que esta enfermedad propicia en el corto y mediano plazo al paciente y familiares estados psico-socio y económicos vulnerables, es por lo tanto, que debilidades en los procesos de estandarización de actividades, y atención integral de los pacientes afecta los criterios de calidad, oportunidad y equidad para esta población.

Preocupa a este Órgano de Fiscalización, que siendo el cáncer una prioridad a nivel País, se presenten situaciones relacionadas con la oportunidad para educar al personal y prevenir escenarios que lesionen aún más el estado de salud físico y emocional de esta población vulnerable.

8. DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA INSTITUCIONAL

De las visitas efectuadas por este Órgano de Fiscalización se observaron oportunidades de mejora en cuanto a planta física, mecanismos de ambiente, resguardo y seguridad, enceres privados en zonas de trabajo, comedores y otros aspectos de control interno, según se describe a continuación:

8.1. Hospital San Juan de Dios:

El 26 de agosto de 2024, se efectuó recorrido en las instalaciones del Servicio de Radioterapia en compañía del Técnico Kenneth Lizandro Artavia Araya, Técnico de Radioterapia, y la Licda. Paola Catalina Zúñiga Madrigal, Asistente Administrativa, evidenciando que la atención de los usuarios se encuentra dividida en dos zonas físicas; la primera, en el Servicio de Radioterapia a lo interno del nosocomio dispone de: 4 consultorios, TAC simulador, un área de espera, recepción, oficinas administrativas y cubículos de trabajo, así como una bodega o almacenamiento. La segunda zona es el Centro Conjunto de Radioterapia (que se localiza en el sótano) área donde se encuentran los aceleradores lineales 7 y 8, estaciones de enfermería, cubículos de trabajo de los dosimetristas y Físicos Médicos.

El día de la visita se comprobó por parte de este Órgano de Control y Fiscalización que existe un trayecto entre el nosocomio y el Centro Conjunto de Radioterapia que carece de techo para el traslado de los pacientes, considerando las condiciones adecuadas de resguardo en cuanto a temas ambientales, el día de la visita se constató que los usuarios podían mojarse si llueve o se presentan inclemencias del clima.

Imagen N° 1
Acceso por la Consulta Externa
Centro Conjunto de Radioterapia



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

Al respecto, el Tec. Artavia Araya y Licda. Zúñiga Madrigal, señalaron⁴⁰ que cuando llueve se debe coordinar servicio de ambulancia para el traslado de los pacientes, lo que requiere de la participación de múltiples actores, tal y como se logró constatar el día del recorrido con el traslado de un usuario ante las condiciones de lluvia.

Al respecto las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) indican:

“4.5.2 Gestión de proyectos El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes (...)”.

La falta de condiciones adecuadas de resguardo para el traslado de pacientes en caso de lluvia o inclemencias del tiempo, desde lo interno del Centro Conjunto de Radioterapia afecta el proceso de atención, y la imagen institucional.

La situación expuesta repercute en la calidad de la atención, seguridad y maximización de los recursos institucionales, por cuanto, el usuario se ve expuesto a situaciones condicionantes en el entorno ambiental (inclemencias del clima, agua, residuos, animales), lo que podría incidir en la funcionalidad, comodidad y trato para los trabajadores, pacientes y familiares.

8.2. Hospital México:

El 2 de setiembre de 2024, se efectuó recorrido en las instalaciones del Servicio de Radioterapia en compañía de la Dra. Vanessa Umaña Herrera, Jefatura y el Msc. Estiven Arroyo Artavia, Coordinador del Área Operativa, evidenciando que el centro dispone de dos plantas físicas, un edificio en la sección 13 de la Consulta Externa, donde se encuentran los aceleradores 1, 2 y 5, Braquiterapia y Terapia Superficial y la sección 17- Radioterapia, en la cual se localizan los consultorios (08 en total), además de, los aceleradores 3, 4, y 6, y 1 TAC Simulador.

⁴⁰ El 26 de agosto de 2024

8.2.1. Del carro de paro y máquina de reanimación.

En el momento del recorrido se observó en el pasillo principal de la sala de espera de adolescentes Sección 17, un carro de paro sin las adecuadas condiciones de almacenamiento, conservación, custodia y control; aunado a que se encontraban medicamentos vencidos, así como una máquina de reanimación con la placa 984924⁴¹, que señala Anestesia.

El carro de paro contenía medicamentos e insumos varios como: jeringas, tubos endotraqueales, guantes, laringoscopio, Ambus, mascarillas y otros, además, se constató que este inmueble no se encontraba bajo llave o algún dispositivo de seguridad, por lo que los usuarios, personal, acompañantes o cualquier persona podían tener acceso al mismo, considerando que se localizaba diagonal a una sala de espera de pacientes.

Sobre los medicamentos se constató en compañía de la Dra. Umaña Herrera y de dos funcionarios de enfermería, la existencia de medicamentos vencidos (ver Anexo N° 5), por ejemplo, los siguientes:

- Neostigmina 1, vencida desde enero 2024.
- Epinefrina vencida desde julio 2023.
- Furosemida vencida desde junio 2020.
- Bicarbonato de Sodio (7) vence en diciembre 2024
- Gluconato de Calcio, vencía en octubre 2024
- Dexametasona, venció en julio 2023.
- Verapamilo, venció enero 2022

La Ley General de Control Interno, en el artículo 8 “Concepto del sistema de control interno”, establece que la Administración Activa debe proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

La Gerencia Médica sobre las medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de Medicamentos a nivel institucional emitió el recordatorio GM-AUDB-21632-2017 del 21 de abril del 2017 en el cual se indica:

“Esta Gerencia Médica, hace recordatorio de la importancia de establecer las medidas de control que garanticen la custodia, prescripción y dispensación de medicamentos, en los centros a sus cargos, con el fin de garantizar una gestión adecuada en la utilización eficiente de los fármacos a nivel Institucional, a fin de evitar el robo, el uso inadecuado y la eventual afectación del patrimonio institucional y por ende a la salud de los pacientes. Debido a lo anterior, se les solicita implementar las acciones que correspondan para acatar la presente solicitud”.

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos capítulo 8 “Sistema de Gestión de la Calidad”, punto 8.1 señala:

⁴¹ Según consulta al SCBM (Sistema Contable Bienes Muebles), el activo 984924 “Desfibrilador”, marca ZOLL, se encuentra retirado y se indica que pertenece al Servicio de Anestesia.

“Todas las partes involucradas en el almacenamiento, conservación y la distribución de los productos farmacéuticos deben compartir la responsabilidad, según su nivel de competencia, de la preservación de la calidad y seguridad de los productos adquiridos”.

La situación expuesta obedece a la falta de mecanismos de control y vigilancia por parte de la administración activa ante la conservación de los medicamentos, activos e insumos que se encuentran en el carro de paro.

La falta de mecanismos de seguridad, control y vigilancia repercute en la posibilidad de hurtos, resguardo, conservación, detección y cotejo de los fármacos, los cuales se encuentran de fácil acceso para los usuarios y personal. Es importante además indicar el riesgo que presenta para la salud, disponer de insumos vencidos, los cuales pueden provocar un efecto contrario a lo esperado ante la necesidad o requerimiento de estos.

8.2.2. Mecanismos de resguardo y seguridad.

En el cuarto de monitoreo se evidenció que los servidores se localizan en un anaquel está cerca del suelo con varios cables saturados, sin protección del polvo y sin mecanismos de resguardo y seguridad.

Imagen N° 2

Cuarto de Monitoreo Acelerador Varían 1, hospital México, CCSS.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

De igual forma, se constató la existencia de cableado suelto en diferentes partes del servicio de radioterapia tal y como se detalla en las fotografías siguientes.

Imagen N° 3

Cables en los pasillos y salas de los aceleradores, hospital México, CCSS.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

Imagen N° 4 Cuarto Eléctrico



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

Al respecto el M.Sc. Estiven Arroyo Artavia, aclaró⁴²:

“no es cableado suelto, sino que se debe dejar ahí disponible para controles y que es para conectar cámaras (De control de calidad). Son delicados y caros, y estarlos pasando por la pared los maltrata o daña”.

A su vez, se observó un extintor que se encuentra junto al TAC - *que se dio de baja* - que la manguera de este es aplastada por las puertas automáticas cada vez que se habilitan, lo que podría ocasionar un accidente o un desperfecto de ambos artefactos.

⁴² En la revisión del acta el 12 de setiembre de 2024.

Imagen N° 5
Pasillo contiguo al TAC – dado de baja- Sección 13.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

8.2.3. Sobre la infraestructura.

Se evidenciaron huecos o desprendimiento en el cielo raso del espacio en el cual se ubica el Acelerador Varían 5, así como material en diferentes áreas del servicio, llenas de polvo y suciedad, tal y cómo se observa en las siguientes fotografías:

Imagen N° 6

Acelerador Varían N°5

Pasillo



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

8.2.4. Vestidores.

Se observaron lockers (mobiliario) en diversas zonas del centro incluido los espacios o recintos de vestidores destinados para que los pacientes se puedan preparar (cambiar), tal y como se referencia en las imágenes adjuntas.

Imagen N° 7
Mobiliario en vestidores y pasillos del Servicio de Radioterapia, CCSS.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

En ese sentido, la Dra. Umaña Herrera, indicó durante el recorrido que solo se utiliza uno de los espacios de vestidor no ambos.

Aunado a lo anterior, en las instalaciones físicas de la sección 17- Radioterapia se observaron manchas de heces de animales a lo interno en las paredes y en una camilla que se encontraba en el pasillo principal; se indicó en ese momento por parte de la Dra. Umaña Herrera, que constantemente se limpia, pero los animales ingresan, y que se están llevando acciones para subsanar esta situación.

Imagen N° 8
Paredes y camilla en el pasillo del edificio nuevo Servicio de Radioterapia, CCSS.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

Además, se evidenció que la estación de enfermería que se encuentra en la sección 13 de la Consulta Externa, es un espacio físico pequeño en el cual se desarrollan tareas como: toma de signos vitales, historial médico, u otros conforme al quehacer del servicio; sin embargo, llama la atención que se dispone de una camilla pegada a una ventana y junto a las sillas de la sala de espera que se encuentran en el pasillo, es decir, no dispone de un espacio privado para poder aplicar inyectables, curaciones u otro a los pacientes que lo requieran, como se observa en las siguientes imágenes.

Imagen N° 9

Estación de enfermería Camilla en pasillo para atención de pacientes



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

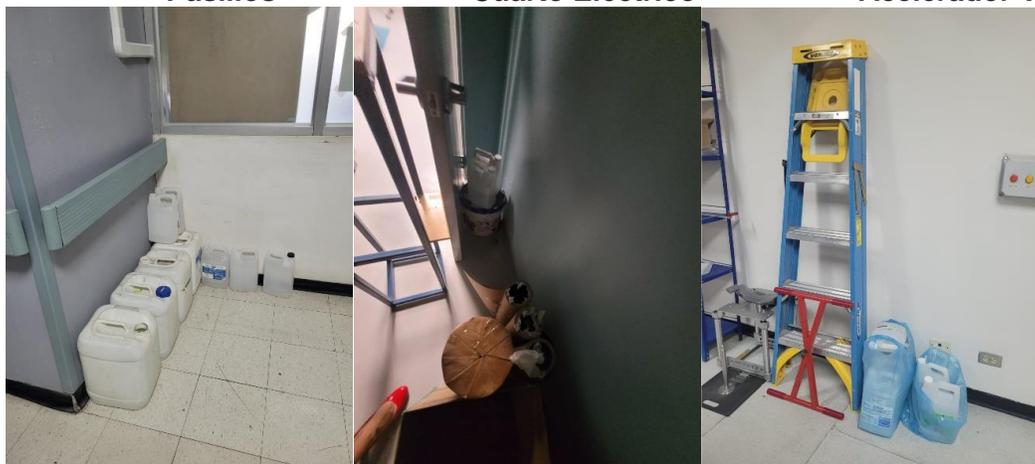
Asimismo, se comprobó en diferentes zonas del servicio la existencia de galones con agua destilada u distintos líquidos, y otros desocupados en el suelo, aspecto que podría incidir en la permanencia de polvo, olores, u otros.

Imagen N° 10

Pasillos

Cuarto Eléctrico

Acelerador Varían 2



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

En el acelerador Varían 4, se corroboró el uso de esparadrapo en el equipo para ajustar una pieza - *este equipo por lo general para cabeza y cuello*-, tal y como se detalla en la fotografía siguiente.

Imagen N° 11
Acelerador N°4



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

8.2.5. Enceres Privados – Alimentos en zonas de Trabajo.

Adicionalmente, se observó la presencia de enceres privados en las zonas de trabajo como en: planificación, sala de terapia superficial, consultorios, espacio de los dosimetristas a saber: objetos personales, alimentos, debidas, bolsos de almuerzo, abrigos, botellas plásticas, entre otros artículos. Además, se corroboró que en los consultorios médicos se calienta comida, existen wafleras, Coffee maker, café, paños, ropa y otros artefactos de cocina, situación que incide directamente en el detrimento de las políticas de seguridad institucional e infecciones nosocomiales.

Imagen N° 12
Enceres privados Servicio de Radioterapia, CCSS.





Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

Finalmente, se corroboró en el área de enfermería sección 17- Radioterapia, un comedor que se encuentra frente al cuarto eléctrico y de comunicaciones, contiguo al cuarto séptico, equipado con refrigeradora, microondas, mesa, sillas, Coffe maker y otros, pese a la colocación de rotulación indicativa de que no se debe mantener alimento dentro de las zonas de los equipos.

Imagen N° 13

Área de enfermería sección 17, Servicio de Radioterapia, CCSS.



Fuente: fotografías tomadas en el recorrido

El artículo 2, inciso I) de la Ley 8239, Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados establece que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 8, incisos c) y d) establece que la administración activa debe ejecutar una serie de acciones que proporcionen seguridad en la consecución de los siguientes objetivos, garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones, así como cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público dispone en el apartado 4.5.1.1 *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 Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la contribución de sus objetivos*”.

Las deficiencias observadas podrían deberse a la ausencia de un programa adecuado de mantenimiento preventivo, correctivo y de supervisión. Asimismo, el incumplimiento de los lineamientos institucionales que propician la seguridad, comodidad y un entorno limpio para los usuarios, aunado a debilidades de control en la supervisión y monitoreo constante por parte de las autoridades, ha generado el incumplimiento de la norma.

Las debilidades expuestas en cuanto a las zonas de trabajo, seguridad, aseo, espacios adecuados, enceres privados, infraestructura, y demás aspectos evidenciados en el presente hallazgo, afectan la calidad y calidez de la atención que se brinda a los usuarios, por lo que el disponer de acciones que resuelvan los aspectos antes señalados se consideran relevantes. Además, la existencia de enceres privados – *alimentos*- en las zonas de trabajo podría incidir directamente en la propagación de plagas incrementando de forma directa e indirecta la inseguridad de los pacientes y trabajadores, así como aspectos de infecciones nosocomiales.

9. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE VALORACIÓN DE RIESGOS

Esta Auditoría evidenció que los riesgos identificados para los servicios de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios y México, no permiten garantizar una adecuada gestión en cuanto a actividades que desarrolla la especialidad de radioterapia, ya que estos establecimientos consideran los siguientes:

- 1- RH-02 Recurso Humano Limitado.
- 2- OP-07 Daño o extravió de los activos.
- 3- CA-01 Incumplimiento por parte de los proveedores.
- 4- TI-04 Perdida de información digital.
- 5- RH-03 Ausentismo de los funcionarios.
- 6- EX01 Ausentismo de los usuarios.
- 7- IN-01 Infraestructura no acorde a la necesidad del servicio.

Por lo anterior, se hace de conocimiento (ver Anexo N° 1) a la Gerencia y Direcciones Generales de los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sean valorados y se establezcan las actividades de control que se estimen pertinentes.

En relación con la gestión de riesgos, la Ley General de Control Interno define, en el artículo 14 “Valoración del riesgo”, lo siguiente:

“(...)

a. *“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:*

b. *Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos.*

c. *Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.*

d. *Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.*

e. *Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar (...).”*

Así también con relación al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional detalla⁴³:

“Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.

La Contraloría General de la República establecerá los criterios y las directrices generales que servirán de base para el establecimiento y funcionamiento del sistema en los entes y órganos seleccionados, criterios y directrices que serán obligatorios y prevalecerán sobre los que se les opongan, sin menoscabo de la obligación del jerarca y titulares subordinados referida en el artículo 14 de esta Ley”.

Seguidamente menciona en su artículo 19 de la responsabilidad por el funcionamiento del sistema:

“El jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable”.

Por otra parte, las Normas de Control Interno para el Sector Público en el Capítulo III: Normas sobre valoración del riesgo, indican:

“(...)

3.1 *Valoración del riesgo. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben definir, implantar, verificar y perfeccionar un proceso permanente y participativo de valoración del riesgo institucional, como componente funcional del SCI. Las autoridades indicadas deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure.*

⁴³ Artículo 18 de la Ley de Control Interno.

3.2 Sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI). El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer y poner en funcionamiento un sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI). El SEVRI debe presentar las características e incluir los componentes y las actividades que define la normativa específica aplicable. Asimismo, debe someterse a las verificaciones y revisiones que correspondan a fin de corroborar su efectividad continua y promover su perfeccionamiento.

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

Considera este órgano fiscalizador que en relación con los mecanismos utilizados por los centros de salud y las autoridades institucionales para la definición de los riesgos identificados en cuanto a la gestión del servicio de radioterapia, a los cuales se encuentra expuesto, se requiere establecer elementos suficientes que permitan identificar un análisis detallado, veraz y confiable del entorno en el que se encuentra expuesta, la continuidad, eficiencia y eficacia durante la prestación de los servicios.

La correcta gestión sobre los riesgos relacionados con las actividades que desarrolla el servicio incide en la oportunidad de emitir alertas que involucren la administración de los fondos institucionales, así como, el proceso de toma de decisiones que procuren una gestión eficiente y eficaz de los recursos.

CONCLUSIÓN

Los servicios de radioterapia deben estar acompañados de acciones estratégicas, en las cuales la Gerencia Médica se involucre de manera activa, considerando la complejidad que tiene el tema, así como las coordinaciones necesarias que se requieren con otras gerencias y entre direcciones, esto con el fin de garantizar la ejecución del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia, la mejora y aprovechamiento de los Servicios, garantizando así una atención más eficiente y oportuna a los pacientes con cáncer.

La Gerencia Médica, es la encargada de definir mecanismos necesarios para el efectivo cumplimiento de planes, estrategias y/o acciones que requieren de seguimiento para garantizar eficiencia en la gestión de los servicios de Radioterapia, dichas orientaciones deben ser congruentes y estar integradas, de tal forma que mediante la consulta, revisión y actualización periódica, permita determinar el grado de avance y/o pendientes de los objetivos institucionales relacionados con el tema.

La necesidad de determinar los aspectos y/o procesos que se deben estandarizar en la prestación de servicios de radioterapia es fundamental, considerando que los usuarios deben recibir en igualdad de condiciones el mismo trato y calidad de prestación de los servicios de salud, tal y como lo establecen los principios institucionales.

Según la OIEA la radioterapia como mecanismo de tratamiento o medida paliativa es una solución a diferentes tumores y/o estadios, por lo tanto, el desarrollo de estrategias orientadas hacia la prestación de servicios a nivel nacional y una inversión sustancial en la capacitación, equipo tecnológico y del personal es importante. Todo esto, a través del conocimiento profundo del perfil epidemiológico del cáncer del país, que permitan gestionar las tasas de utilización de la radioterapia (RTU) y por ende, también una proyección futura de estas unidades.

La ausencia de parámetros de medición que determinen razonablemente la capacidad productiva real, la utilización e implementación de indicadores operativos, así como, la definición de un porcentaje de aprovechamiento de los aceleradores lineales bajo un análisis debidamente justificado y documentado, son aspectos que repercuten en la maximización del aprovechamiento de los recursos y en la oportunidad en la toma de decisiones.

Bajo este enfoque, es imperativo que la Institución defina de manera expedita, cual es la capacidad real de oferta/demanda de los servicios de Radioterapia, ya que, según datos de Globocan (2019) del 2020 al 2030 se estima un promedio de incidencia de cáncer en el país de 267 pacientes con cáncer por cada 100 000 habitantes, y la proyección de RUR-Óptima, por sus siglas del inglés (Optimal Radiotherapy Utilisation Rate), es del 47% (Rosenblatt E, 2015); además, la oportunidad con que los usuarios reciban el tratamiento médico como parte de su procedimiento clínico se considera de carácter inmediato, urgente e impostergable, siendo que la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de estos se encuentran estrechamente vinculados con su posibilidad de curación y esperanza de vida.

Si bien, se ha señalado por parte del Servicio de Radioterapia del hospital San Juan de Dios, el riesgo de habilitar un II turno, por un eventual fallo de los aceleradores lineales a nivel Institucional, esto obedece a escenarios a los que se enfrentan todos los equipos médicos de alta complejidad disponibles en la CCSS, por lo que limitar el uso del equipo que impacta de manera directa el tratamiento a pacientes con patologías asociadas al cáncer y que muchas veces deben esperar un cupo en los aceleradores lineales, - *siendo que sí se puede realizar el TAC simulación*- no debería ser una restricción, para el aprovechamiento y maximización de los recursos, en este caso: humanos, tecnológicos e infraestructura a nivel institucional.

Por otra parte, se evidenció que los sistemas de información no brindan inter-operatividad con el EDUS, así mismo, los datos consignados en los cubos de información distan de los registros facilitados por las unidades.

Nótese, además, a modo de ejemplo que el hospital México tiene en funcionamiento los aceleradores lineales más antiguos en la institución y que operan en un I, II y III turno, aspecto que propicia que se acelere la vida útil del equipo y con ello una eventual saturación de estos o discontinuidad del tratamiento ante fallos o bajas temporales de los equipos.

Llama la atención a esta Auditoría que la administración Activa no ha propiciado otros mecanismos que permitan maximizar los recursos disponibles (infraestructura, personal, equipamiento médico y otros) sin que medie el uso y pago de jornada extraordinaria, de manera que se cumpla con las tareas encomendadas, aspecto que además de contravenir la normativa institucional, afecta las finanzas Institucionales.

Las deficiencias en la infraestructura y el incumplimiento de los lineamientos de seguridad y limpieza impactan negativamente la calidad de atención a los usuarios, además, la ausencia de un programa de mantenimiento adecuado y las debilidades en materia de supervisión, han creado un entorno que compromete tanto la seguridad y bienestar de los trabajadores, usuarios y la vida útil de los equipos.

Adicionalmente, la presencia de enceres privados, como alimentos en las zonas de trabajo, puede incrementar el riesgo de plagas, afectando la salud de pacientes y de los trabajadores. Por lo tanto, el implementar medidas correctivas y establecer un sistema de monitoreo continuo para mejorar las condiciones de espacios de trabajo aseguran un ambiente laboral y de atención a los usuarios y sus familiares seguro y saludable para todos. Sin dejar de lado el riesgo de infecciones nosocomiales.

RECOMENDACIONES

AL DR. ALEXANDER SÁNCHEZ CABO, GERENTE MÉDICO A.I., O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. De acuerdo con los hallazgos 1 y 2 del presente informe, con el propósito de fortalecer la prestación de los servicios de salud y la toma de decisiones en la especialidad de radioterapia a nivel institucional, realizar un análisis que permita determinar el grado de avance y ejecución, de las metas establecidas en el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025 (PFSRT), por cuanto el citado documento no define entregables⁴⁴; adicionalmente, valorar en el plan de fortalecimiento 2025-2030, el establecimiento de métricas y productos esperados, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos.

Producto de esa revisión, valorar las razones que han afectado el avance del citado Plan de Fortalecimiento y de considerarlo pertinente, llevar a cabo las acciones que en derecho correspondan.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse el análisis debidamente certificado que evidencie los resultados obtenidos sobre la revisión del avance, establecimiento de métricas y productos esperados para el PFSRT 2025-2030, además de la valoración referente a las razones que han afectado el avance del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025 (PFSRT).

Plazo de cumplimiento: 8 meses posterior al recibo del presente documento

2. Considerando lo descrito en los apartados 3.1, 3.2, 3.3, 3.6, 3.7 y 6, de este documento, relacionados con la estructura organizacional y gestión interna, funcional, estructural, operacional, cobertura, tasa, incidencia, indicadores, capacidad productiva, porcentaje de aprovechamiento, y la lista de espera, en conjunto y de manera transversal con las Gerencias o instancias técnicas que correspondan, proceder a estandarizar, actualizar y definir los aspectos de trabajo y organización de la prestación de los servicios de radioterapia detallados en esos hallazgos.

⁴⁴ Debido a los 3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica, y en apego con la estructura de desglose de trabajo que ha venido desarrollando el PFAIC (Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer).

En caso de que entre la tasa de utilización de los Servicios de Radioterapia -RUR- y los datos consignados en el Registro Nacional de Tumores (RNT) del Ministerio de Salud se evidencie una diferencia en la información tumoral, debe ejecutarse un análisis por parte de esa Gerencia Médica para consensuar un dato confiable de medición del RUR e informar al Ministerio de Salud, acerca de la eventual discrepancia que se encuentre.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación, se deberá aportar evidencia documental relacionada con la estandarización, actualización y definición de los aspectos de trabajo y organización de la prestación de los servicios de radioterapia detallados, aval y oficialización de estos; así como la valoración de los datos del RUR.

Plazo de cumplimiento: 12 meses posteriores al recibido del presente documento.

3. En atención a las instrucciones giradas por la Gerencia Médica en los oficios GM-UEP-0424-2022 del 29 noviembre de 2022 y GM-0051-2023 del 9 de enero del 2023, y lo indicado en el oficio GM-UEP-0282-2024 del 2 de octubre de 2024 en la cual esa Administración Activa indica que la apertura del II turno del CCRT es una medida crítica que se debe ejecutar, y de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 3.4., desarrollar, en apego a la realidad del servicio y con el objetivo de cumplir con la oferta de servicios planteada para el Centro de Conjunto de los Servicios de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, la valoración correspondiente para determinar la pertinencia de la apertura del segundo turno para la atención de usuarios y proceder como corresponda.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse la documentación de las acciones ejecutadas para la valoración y apertura del II turno.

Plazo de cumplimiento: 6 meses posteriores al recibo del presente documento

4. De acuerdo con lo señalado en el hallazgo 1 (punto 3) y en el AD-AOPER-0002-2025⁴⁵, en relación con las limitaciones en la dotación de físicos médicos, y considerando que esta situación afecta tanto a los servicios de radioterapia del Centro Conjunto -HSJD-, el Hospital México y otros centros de salud, así como la futura apertura de nuevas unidades de tratamiento, establecer estrategias en coordinación con el CENDEISS, colegios profesionales, universidades, los servicios de Radioterapia, Hemato Oncología u otros que se consideren, con el objetivo de definir acuerdos y medidas concretas que garanticen la dotación, disponibilidad y asignación de este recurso humano esencial.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá aportarse la documentación que evidencie las estrategias y/o acuerdos tomados, para finiquitar la problemática en cuanto a la dotación, disponibilidad y asignación de físicos médicos en la Institución.

Plazo para el cumplimiento: 6 meses posteriores al recibo del presente documento.

⁴⁵ Acápite "2. SOBRE LA DOTACIÓN DE PROFESIONALES EN FÍSICA MÉDICA EN LA INSTITUCIÓN".

- De acuerdo con lo indicado en el hallazgo 4 del presente informe, en conjunto con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, e instancias técnicas que sean pertinentes, proceder con el análisis de escenarios para incorporar en el EDUS, la información de los pacientes que actualmente se consigna en el ARIA®, considerando los modelos de interoperabilidad y/o desarrollo aplicables, estableciendo las medidas necesarias para garantizar la trazabilidad, integralidad y completitud de la información en el sistema oficial institucional (EDUS), avalado para el resguardo de la información clínica, según la norma que respalda la confidencialidad y protección de datos al usuario.

- Para garantizar el cumplimiento de la recomendación, esta Auditoría requerirá certificación en donde se evidencie el análisis realizado por la Gerencia Médica, en cuanto al proceso de interoperabilidad, integralidad y trazabilidad de la información del paciente en el Expediente Único en Salud.

Plazo de cumplimiento: 9 meses posteriores al recibo del presente documento

AL MBA. MICHAEL DAVID ESPINOZA SALAS, DIRECTOR INSTITUCIONAL DE CONTRALORIAS DE SERVICIOS DE SALUD Y AL MBA. MAURICIO CHACÓN SÁNCHEZ, JEFATURA ÁREA DE PROTECCIÓN A LOS USUARIOS.

- Instruir a las Contralorías de Servicios de los hospitales San Juan de Dios y México, para que en los servicios de radioterapia se disponga de rotulación, e identificación suficiente y pertinente, así como otros medios de información que consideren, a efectos de que el paciente logre conocer y hacer valer sus derechos y deberes, de conformidad con la ley 8239 “Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”, de conformidad con el hallazgo 7.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación, se deberá aportar evidencia de las acciones (oficio documentado) ejecutadas para que los servicios de radioterapia dispongan de la respectiva información al usuario.

Plazo de cumplimiento: 3 meses posterior al recibo del presente documento

A LA DRA. MARIA EUGENIA VILLALTA BONILLA, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y AL DR. DOUGLAS MONTERO CHACÓN, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MÉXICO O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO

- De acuerdo con el hallazgo 5, sobre las causas por las cuales no se cumple con el correcto registró de citas en el EDUS - SIAC, según el oficio GM-0051-2023, con la finalidad de que se disponga de datos confiables para la toma de decisiones. Asimismo, solicite a la jefatura de REDES, para que recuerde al personal sobre los diferentes registros que se han establecido para los procesos que se desarrollan en Radioterapia.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación, esta Auditoría requerirá certificación en donde se documenten las acciones desarrolladas por ambos establecimientos de salud, en concordancia con el oficio GM-0051-2023.

Plazo de cumplimiento: 3 meses posterior al recibo del presente documento

9. Revisar, y de ser procedente, actualizar la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que involucran lo que corresponde a los aspectos evaluados en el presente informe, los cuales estén vinculados con el “Catálogo Institucional de Riesgos”, así como lo señalado en la “Guía Institucional de Valoración de Riesgos” de conformidad con lo documentado en el hallazgo 9.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar la revisión efectuada y la actualización de los riesgos correspondientes.

Plazo de cumplimiento: 5 meses a partir de la remisión del presente informe.

AL MBA. ADOLFO CARTÍN RAMÍREZ, DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y MBA VILMA CAMPOS GÓMEZ DIRECTORA ADMINISTRATIVA FINANCIERA, HOSPITAL MÉXICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

10. De conformidad con lo indicado en el hallazgo 8 del presente informe, referente a las inconsistencias detectadas en cuanto a: planta física, mecanismos de ambiente, resguardo y seguridad, comedores, mantenimiento preventivo y correctivo, llevar a cabo un cronograma de atención y las acciones de mejora, para cada establecimiento de salud, en los servicios de radioterapia.

Asimismo, efectué un recordatorio al personal acerca del cumplimiento, ejecución y responsabilidad de acatar la normativa institucional, asociada a la no utilización de enceres personales, alimentos, bebidas y otros objetos en las áreas de trabajo, de manera, que contribuyan en el fortalecimiento de las actividades de prevención, y reducción de infecciones nosocomiales, considerando que se documentaron comedores y lugares para la ingesta de alimentos no autorizados.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá aportarse el cronograma solicitado, responsables y evidencia de su implementación; además, evidenciar la realización del recordatorio sobre la normativa en cuanto a la no ingesta de alimentos en lugares no habilitados para tales efectos. Quedará bajo responsabilidad de la unidad garantizar la subsanación de lo documentado.

Plazo de cumplimiento: 3 meses posteriores al recibo del presente documento

AL MBA. ADOLFO CARTÍN RAMÍREZ, DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

11. De conformidad con lo indicado en el hallazgo 3, inciso 3.5, efectuar un análisis para determinar alternativas de pago de tiempo extraordinario en el CCRT, de conformidad con las necesidades del servicio, la asignación presupuestaria anual y la eventual puesta en marcha del II turno bajo parámetros de eficiencia y sostenibilidad, con el objetivo de generar un mayor aprovechamiento del recurso disponible y en especial del uso racional del tiempo extraordinario, según se dispone en el Instructivo para la confección, trámite y pago de tiempo extraordinario, C.C.S.S.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación anterior, debe remitirse a este Órgano de Fiscalización, la documentación en donde conste el análisis respecto a la necesidad o uso del tiempo extraordinario conforme a la normativa, para el servicio de radioterapia.

Plazo de cumplimiento: 3 meses a partir de la remisión del presente informe.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles⁴⁶ se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma de acciones”⁴⁷ con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

Se recuerda que, si por motivos debidamente justificados, durante la ejecución del cronograma la administración requiere ampliar el plazo de alguna recomendación, el jerarca o titular subordinado responsable de su cumplimiento, deberá solicitar formalmente la respectiva prórroga, en tiempo y forma, conforme lo establecido en el artículo 93 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, aportando además, el cronograma actualizado, conforme con el nuevo plazo que se esté solicitando y las actividades que presenten el respectivo retraso justificado.

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: El 25 de marzo con el MBA. Michael David Espinoza Salas, director Institucional de Contraloría de Servicios de Salud, MBA. Mauricio Chacón Sánchez jefe Área de Protección a los Usuarios, el 27 de marzo de 2025 con la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, directora médica, Dr. José Pablo Villalobos Cascante, jefe Servicio Hemato Oncología, MBA. Adolfo Cartín Ramírez, director administrativo Financiero, Dra. Tatiana Soto Monge, jefe a.i. CCRT todos del Hospital San Juan de Dios, el Dr. Douglas Montero Chacón, director médico, MSC. Vilma Campos Gómez, directora administrativa, Dra. Flory Umaña Herrera, jefe Servicio Radioterapia estos últimos del hospital México. Además, el 1° de abril de 2025 se efectuó sesión con el Dr. Gonzalo Azúa Córdova, director de PFAIC, Dra. Maricela Mena Fallas, Asesora, Lic. Héctor Hernández Vega, Asistente Ejecutivo- todos de la Gerencia Médica y la Dra. Guiselle Barrantes Brenes, del Componente Innovación y Salud Digital.

La reunión se efectuó de conformidad con la convocatoria realizada por la Auditoría Interna, mediante oficios N° AI-0483-2025, AI-0484-2025, ambos del 18 de marzo de 2025 y AI-0545-2025 del 28 de marzo de 2025; una vez valoradas las observaciones por parte de la Administración Activa, esta Auditoría aprueba las solicitudes de ampliación de los plazos para las recomendaciones, realizando la correspondiente modificación en el presente informe de conformidad con la numeración señalada en el documento.

⁴⁶ Plazo máximo establecido en la Ley General de Control Interno (Art. 17 inciso d / Art. 36 inciso a), para iniciar la implantación de las recomendaciones de los informes de auditoría.

⁴⁷ Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Por último, la Ing. Alejandra Jara Sanabria, Asistente de Auditoría, funcionaria de la Subárea de Seguimientos, expuso lo relacionado a los artículos 67, 68, 91,92, y 93 sobre la gestión de los seguimientos del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, además, informó a la unidad evaluada sobre la elaboración y remisión del cronograma para el cumplimiento de las recomendaciones.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Licda. Leslie Tatiana Rodríguez Ruíz
Asistente de Auditoría

Licda. Kathya Díaz Rivera
Asistente de Auditoría

Dr. Luis Diego Fernández Mena
Asistente de Auditoría

Ing. Miguel Salvatierra Rojas, jefe
Subárea

Lic. Edgar Avendaño Marchena, MCED, jefe
Área

RJS/EAM/MSR/LFM/LTRR/KVDR/lbc

Anexo 1
Matriz Valoración de Riesgos Etapa de Ejecución
Especialidad Radioterapia, CCSS.

| MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--------------------------|---|---|-------------------------|--------------------|------------------|-----------------|----------------------------------|
| Servicios de Radioterapia | | | | | | | | | | |
| Gestión de Servicios de Salud | | | | | | | | | | |
| Riesgo | | | | | | | | | | |
| Evaluación | | | | | | | | | | |
| N° | HALLAZGO. | RIESGO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | CAUSA | EFFECTO | PROBABILIDAD OCURRENCIA | GRAVEDAD (IMPACTO) | VALOR DEL RIESGO | NIVEL DE RIESGO | RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO |
| 1 | Se determinó la necesidad de que la Gerencia Médica continúe fortaleciendo el desarrollo de acciones de carácter estratégico para la mejora de los servicios de radioterapia oncológica, por ser una forma de tratamiento para las personas que padecen enfermedades asociadas al cáncer; patología que ha sido declarada de interés y prioridad ⁴⁸ institucional al ser una de las principales causas de morbimortalidad. | Debilidades en la Gestión de Seguimiento y Vigilancia. | Estratégico | Para garantizar la mejora continua de la prestación de los Servicios de Radioterapia, considerando la complejidad y relevancia que esta representa, es necesario que la Gerencia Médica refuerce las acciones de involucramiento y seguimiento a este tema, con el fin de fortalecer la estandarización de un modelo de servicios <i>-en procesos y/o tareas que así convenga-</i> , maximización y aprovechamiento de recursos, así como el mejoramiento y | El debilitamiento de los servicios de radioterapia, así como la falta de direccionamiento, son las principales causas que podría enfrentar la prestación de tratamientos radioterapéuticos relevantes para los usuarios que presentan patologías de cáncer principalmente, por tal razón es importante que la Gerencia Médica fortalezca el desarrollo de acciones estratégicas en este tema. | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 1, 4 |

⁴⁸ Declaratoria indicada en el artículo 9º de la sesión N.º 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|---|--|---|---|----|-------|-----------------|
| | | | | búsqueda de técnicas de tratamiento adecuadas y la asignación de los profesionales acorde a las necesidades actuales y futuras. | | | | | | |
| 2 | Esta Auditoría Interna no logró evidenciar por parte de la Gerencia Médica acciones de seguimiento y control del Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia 2020-2025, que permitan establecer el grado de avance y cumplimiento de este; el cual está constituido principalmente por: 3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica de los objetivos del programa. | Debilidades en la Gestión de Seguimiento y Control. | Estratégico | La principal causa por la cual no se logra definir el grado de avance del plan (objetivos estratégicos y específicos, ejes estratégicos, Planificación Estratégica de los objetivos del programa), podría estar vinculada a la falta de seguimiento y determinación de las líneas estratégicas del PFSRT, por parte de las autoridades competentes. | El Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia no evidencia el grado de cumplimiento de las necesidades o los planteamientos establecidos en el PFSRT -3 ejes estratégicos, 10 objetivos estratégicos, 6 objetivos específicos, y 3 aspectos relacionados con la Planificación Estratégica de los objetivos del programa-, situación que podría afectar la ejecución de acciones por parte de la administración en cuanto a la oportunidad para la atención de las personas y uso de los recursos institucionales. Además, un posible incumplimiento de los objetivos | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 1 |



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincsss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|--|--|---|---|----|-------|-------------------------|
| | | | | | planteados podría ocasionar que no se atiendan las necesidades identificadas en su momento. | | | | | |
| 3 | Se evidenció que es necesario finiquitar aspectos relacionados con el direccionamiento de los servicios, los cuales requieren del establecimiento del RUR, con el fin determinar la población por cubrir y así definir líneas estratégicas de la prestación de los servicios actual y a futuro, otro aspecto relevante es el aval, oficialización y automatización de indicadores, los cuales podrán contribuir a la toma de decisiones, mejoras y optimización de los servicios. | Debilidades en el sistema de control interno. | Operativo | La ausencia de parámetros de medición o criterios que definan la utilización, desempeño, eficiencia, seguridad, productividad, costo-beneficio los equipos LINAC's en particular, se constituye en una debilidad del principio de legalidad, así como en una limitante para la toma de decisiones, por cuanto, no se puede establecer el aprovechamiento máximo de los equipos, situación que puede incidir en el tratamiento y atención de los pacientes. | La situación antes expuesta incide en la maximización y aprovechamiento de los recursos disponibles, diferenciación e inequidad de la forma de trabajo de los centros médicos que tiene disponible el tratamiento de Radioterapia a la población, a saber: hospital San Juan de Dios CCRT y el hospital México, por ende, una sobre carga de pacientes en el último centro citado. | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 2, 3 y 10 |
| 4 | Se determinó, en relación con el seguimiento y tratamiento de los pacientes que son atendidos en el CCTR del hospital San Juan de Dios y del hospital México, que la información relacionada con el control, seguimiento y aplicación | Debilidades en el sistema de control interno | Operativo | La existencia de debilidades en el registro de la información afectan la interoperabilidad e integración de los datos consignados en los sistemas institucionales, | Debilidades en relación con el resguardo y disponibilidad de la información del usuario en el Sistema de Información oficial, puede provocar distorsión en la | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 5 |



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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|---|--|---|---|----|-------|-----------------|
| | de tratamiento a nivel de los aceleradores lineales se registra principalmente en el sistema ARIA ⁴⁹ , el cual, a pesar de ser una herramienta de apoyo importante, en la actualidad no constituye un aplicativo del EDUS. | | | así como el cumplimiento de la normativa institucional y nacional, en cuanto al resguardo y veracidad de la información contenidas en las bases de datos para la toma de decisiones, el tratamiento, evolución, seguimiento y trazabilidad del paciente por parte del personal de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos, fortalecimiento del proceso y acciones de mejora continua. | toma de decisiones por parte de las autoridades y personal de salud, las cuales dependen de la confiabilidad de los datos consignados en los sistemas de control e información. Por consiguiente, la previsión de mecanismos para el registro de información que garanticen la suficiencia y competencia son actividades que la administración activa debe atender, considerando los responsables del proceso en consideración de la legislación y sanciones previstas de conformidad con los incumplimientos y futuros reclamos de los pacientes. | | | | | |
| 5 | Se determinó que los datos extraídos de los cubos de información (SIAC) relacionados con las atenciones a pacientes en los servicios | Debilidades en el sistema de control interno | Operativo | La disposición de un sistema de información constituye una herramienta eficaz para | El incumplimiento de la norma por parte de los funcionarios puede provocar errores o | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 7 |

⁴⁹ ARIA® Oncology Information System for Radiation Oncology, Varian Medical Systems, Inc.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|---|--|---|---|----|-------|-----------------|
| | de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios y México, no brindan concordancia en cuanto al número de atenciones y tiempo asignado para la valoración de los pacientes | | | garantizar el apoyo al control interno asociado a los procesos de atención, por lo tanto, el no garantizar por parte de los funcionarios información veraz, real y acorde a lo normativa institucional, afecta los criterios de calidad, considerando que los datos no permiten parametrizar y medir la eficiencia en el uso de los recursos, en busca de fortalecer el proceso y procura de acciones de mejora continua. | desviaciones en la toma de decisiones por parte de las autoridades, las cuales dependen de la confiabilidad de los datos consignados en los sistemas de control vigentes. | | | | | |
| 6 | Se determinó para el primer semestre de 2024, que el Área de Estadísticas en Salud, reportó una lista de espera de 389 pacientes para los servicios de Radioterapia Institucional en consulta externa, con un plazo promedio de 34 días; sin embargo, se visualiza una tendencia al alza para el total de pacientes a atender, considerando que los tiempos promedio de atención se mantienen en un rango de 30-35 días. | Oportunidad en la atención asistencial y uso de los recursos institucionales. | Operativo | Debilidades para el establecimiento del diagnóstico, inciden en la oportunidad para el inicio del tratamiento de la enfermedad, la cual varía según su génesis y complejidad, situación que se ve impacta por la determinación de la capacidad máxima, uso y aprovechamiento del recurso disponible e | La lista de espera en la Caja Costarricense de Seguro Social se constituye en uno de los desafíos y problemas más acentuados, no solo por las dimensiones económicas que ello representa, sino también por las repercusiones que genera, en cuanto a la inoportunidad de la prestación de los servicios, | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 2 |



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|--|---|---|---|----|-------|-----------------|
| | | | | incremento en la cantidad de pacientes que requieren atención oportuna. | traducidos en riesgos para la atención, prolongación y complicaciones de la enfermedad, en los procesos de tratamiento, en este caso para radioterapia, situación que afecta la imagen institucional y judicialización de la atención, lo que eventualmente generaría un impacto desfavorable en el sistema de salud. | | | | | |
| 7 | Considerando la realización de una encuesta (Anexo N° 7) a 66 ⁵⁰ personas durante el 11 al 14 de noviembre del 2024, estos señalaron oportunidades de mejora en la atención brindada en los servicios de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios (26) y México (40); de conformidad con aspectos como: tiempo de atención, duración de tratamiento, valoración del personal de salud, oportunidad para el acceso al servicio (tratamiento) y temas de mejora. | Oportunidad en la atención asistencial. | Operativo | Es criterio de esta Auditoría, que si bien es cierto se ha definido a nivel Institucional al cáncer como prioritario, en virtud de su alta incidencia en la población, se debe analizar el proceso de calidad y humanización en toda la atención brindada, considerando que esta enfermedad propicia en el corto y mediano plazo al paciente y familiares estados psico-socio y económicos | Preocupa a este Órgano de Fiscalización, que siendo el cáncer una prioridad a nivel País, se presenten situaciones relacionadas con la oportunidad para educar al personal y prevenir escenarios que lesionen aún más el estado de salud físico y emocional de esta población vulnerable. | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 6 |

⁵⁰ Índice de confianza del 95%, error esperado 35%, prevalencia del 21%, total de la muestra 66 casos. (33 casos por establecimiento de salud)



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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|---|---|---|---|----|-------|-----------------|
| | | | | vulnerables, es por lo tanto, que debilidades en los procesos de estandarización de actividades, y atención integral de los pacientes afecta los criterios de calidad, oportunidad y equidad para esta población. | | | | | | |
| 8 | De las visitas efectuadas por este Órgano de Fiscalización se observaron oportunidades de mejora en cuanto a infraestructura, mecanismos de ambiente, resguardo y seguridad, enceres privados en zonas de trabajo, comedores y otros aspectos de control interno | Debilidades en el sistema de control interno, y aspectos de infraestructura. | Operativo | Las deficiencias observadas podrían deberse a la ausencia de un programa adecuado de mantenimiento preventivo, correctivo y de supervisión. Asimismo, el incumplimiento de los lineamientos institucionales que propician la seguridad, comodidad y un entorno limpio para los usuarios, aunado a debilidades de control en la supervisión y monitoreo constante por parte de las autoridades, ha generado el incumplimiento de la norma. | Las debilidades expuestas en cuanto a las zonas de trabajo, seguridad, aseo, espacios adecuados, enceres privados, infraestructura, y demás aspectos evidenciados en el presente hallazgo, afectan la calidad y calidez de la atención que se brinda a los usuarios, por lo que el disponer de acciones que resuelvan los aspectos antes señalados se consideran relevantes. Además, la existencia de enceres privados - alimentos- en las zonas de trabajo podría incidir directamente en la propagación de plagas incrementando | 5 | 5 | 25 | Grave | Recomendación 9 |



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | de forma directa e indirecta la inseguridad de los pacientes y trabajadores, así como aspectos de infecciones nosocomiales. | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Anexo 2

Resumen de aspectos considerados en el Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia.
Objetivos estratégicos y específicos, Ejes estratégicos y Planificación Estratégica de los objetivos del programa 2020-2025.

| Objetivos | Específicos | Objetivo Estratégicos / Planteamiento Estratégico 2020-2025 | Ejes Estratégicos | Planificación Estratégica de los objetivos del programa | |
|----------------|--|--|--|--|--|
| Principal* | Planificar las estrategias para el desarrollo institucional del Servicio de Radioterapia de la CCSS al 2030, promoviendo una disminución de la brecha entre la oferta y la demanda de servicios con atención oportuna y de calidad para los pacientes. | | | | |
| Lógica | Definir el modelo administrativo que optimiza los recursos actuales y futuros del Servicio de Radioterapia de la CCSS. | 1. Estandarizar el modelo de atención por procesos dentro de los centros de las unidades de atención por procesos, por medio de la protocolización de las diferentes técnicas y sub-técnicas de tratamiento en el Servicio de Radioterapia Institucional. | 7.3.1. Equipamiento Tecnológico 7.3.1.1. Aceleradores lineales 7.3.1.2. Tecnologías de Información y comunicación 7.3.1.2.1. Gestión de las TIC 7.3.1.2.2. ARIA/ECLIPSE 7.3.1.2.3. Teletrabajo 7.3.1.3. Imágenes para Planificación 7.3.2. Recursos Humanos 7.3.2.1. Perfiles laborales 7.3.2.2. Nivelación de competencias técnico-prácticas 7.3.2.3. Subutilización de competencias técnicas y prácticas 7.3.2.4. Manejo de conflicto de intereses 7.3.2.5. Plazas requeridas según proyección 7.3.2.6. Capacitación y formación 7.3.2.6.1. Posgrado de Radio-oncología 7.3.2.6.2. CENDEISS 7.3.2.6.3. UCR/UNA 7.3.2.6.4. Centro de formación nacional en radioterapia 7.3.3. Logística de Operación 7.3.3.1. Modelo de Gestión 7.3.3.2. Regionalización de las atenciones | 8.1. EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO RADIOTERAPIA 8.1.1. Aceleradores Lineales (11 LINAC) 8.1.2. Braquiterapia 3D 8.1.3. Actualización Imágenes MH (Braquiterapia 3D-MH / Planificación SIS-SBRT) 8.1.4. Actualización ARIA/ECLIPSE 8.2. Recurso Humano 8.2.1. Nivelación de competencias prácticas RRHH actual 8.2.2. Creación de perfiles laborales 8.2.3. Capacitación y formación 8.2.4. Creación de plazas (141 plazas en 5 años) 8.3. Logística Operativa 8.3.1. Implementación del Programa Nacional de Radioterapia 8.3.2. Migración a nuevas técnicas de tratamiento 8.3.3. Acreditación Internacional del Programa de Radioterapia Institucional | |
| | Definir el modelo integral de manejo de los centros de aplicación de tratamientos de radioterapia a nivel institucional | 2. Reducir las listas y tiempos de espera actual para los pacientes que aguardan atenciones dentro del Servicio de Radioterapia al 2030. | 3. Generar mecanismos de control óptimos de los recursos existentes en el servicio, que permitan la maximización del aprovechamiento y una adecuada planificación de la operación del Servicio. | | |
| | Articular los proyectos actuales de radioterapia a un modelo de desarrollo organizacional | 4. Promover políticas institucionales que reduzcan la brecha de oportunidad y acceso a los tratamientos de teleterapia con acelerador lineal en la CCSS. | | | |
| | Mejorar las condiciones de oportunidad de acceso a los servicios de radioterapia por medio de una planificación y proyección adecuada de los requerimientos del Servicio de Radioterapia Institucional al 2030, con base a las recomendaciones de cobertura internacional y recomendaciones clínicas especializadas. | | | | |
| Recurso Humano | Planificar la gestión adecuada de recurso humano necesario para atender la demanda actual y futura del Servicio de Radioterapia Institucional. | 1. Actualizar y generar los perfiles laborales adecuados que permitan el funcionamiento óptimo del Servicio de Radioterapia 2. Actualizar las competencias técnicas de los colaboradores actuales de las unidades de tratamiento de forma que se estandaricen las capacidades de estos en independencia de la unidad a la que pertenezcan por medio de un plan de capacitaciones por técnicas de tratamiento y administrativas. 3. Articular los procesos de formación universitaria con los intereses y requerimientos actuales del servicio de Radioterapia Institucional. | | | |
| Equipamiento. | Planificar la gestión adecuada de sistemas de tratamiento en las diversas técnicas de teleterapia al 2030 que permita atender la demanda actual de atenciones y orientar el servicio a coberturas de recomendación internacional. | 1. Planificar la incorporación de las mejores técnicas tratamiento al 2030 recomendado para la población de Costa Rica según las capacidades y competencias institucionales. 2. Planificar la incorporación de mejores tecnologías que mejoren la calidad de tratamiento e incrementen la capacidad instalada existente en cada una de las técnicas proyectadas. 3. Optimizar y estandarizar los protocolos de atención en cada una de las técnicas que actualmente brinda el Servicio de Radioterapia en teleterapia con acelerador lineal. | | | |

Fuente: Plan de Fortalecimiento de los Servicios de Radioterapia.

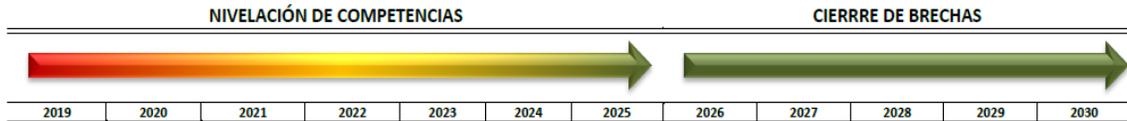
Anexo 3



Plan para el fortalecimiento de los
Servicios de Radioterapia 2020-2025
Caja Costarricense de Seguro Social



VIII. Planificación Estratégica de los objetivos del programa



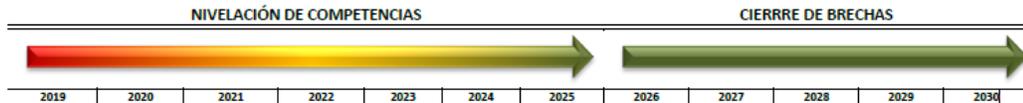
8.1. EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO RADIOTERAPIA

8.1.1. Aceleradores Lineales (11 LINAC): El objetivo es alcanzar el RUR-Óptimo 47% al 2030 por medio de la actualización tecnológica, la optimización del servicio y la incorporación de nuevas tecnologías

- 2019: 4 LINAC HM (operan 24/6)



Plan para el fortalecimiento de los
Servicios de Radioterapia 2020-2025
Caja Costarricense de Seguro Social

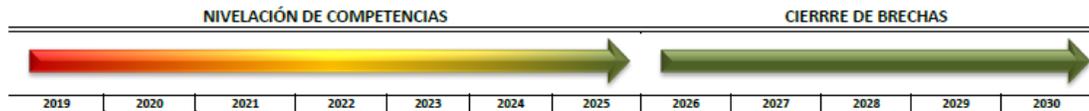


8.2. Recurso Humano

8.2.1. Nivelación de competencias prácticas RRHH actual: El objetivo es inventariar, actualizar y generar competencias técnico-prácticas entre los colaboradores actuales que garanticen la maximización de los recursos tecnológicos que gestiona el programa.



Plan para el fortalecimiento de los
Servicios de Radioterapia 2020-2025
Caja Costarricense de Seguro Social



8.3. Logística Operativa

8.3.1. Implementación del Programa Nacional de Radioterapia: el objetivo es articular las competencias y capacidades institucionales en radioterapia dentro de un programa que permita gestionar y maximizar los recursos actuales del servicio

- 2019: Estudio por parte de la Dirección de Desarrollo Organizacional-CCSS
- 2019: Estructuración del Programa
 - 2020: Implementación del Programa Nacional de Radioterapia
 - 2020: Conformación de la Unidad de Gestión Técnico-Administrativa
 - 2020: Conformación de la Unidad de Gestión Clínico-Operativa
 - 2020: Optimización del modelo por procesos
 - 2020: Conformación Unidades Funcionales Conjuntas (HM/HSJD/HCG/HNN/Otros): PEDIÁTRICA / SNC / CABEZA Y CUELLO / MAMA / TORÁX / PIEL & SARCOMAS / GASTROINTESTINAL / UROLOGÍA / GINECOLÓGICO / LINFOMAS
 - 2020: Inicio de elaboración de protocolos de manejo por patología según Unidad Funcional Conjunta
 - 2021: Estandarización del modelo por procesos a otras unidades de tratamiento
 - 2021: Articulación por niveles de competencia
 - 2021: Estandarización del Teletrabajo
 - 2021: Inicio de la distribución operativa de listas de atención

8.3.2. Migración a nuevas técnicas de tratamiento: el objetivo es migrar hacia técnicas modernas las capacidades y competencias actuales de los recursos institucionales de radioterapia con el fin de beneficiar directamente a la población en tratamiento.

- 2019: Distribución actual de técnicas:
 - > Uso de técnicas 3D: 94% casos
 - > Uso de técnicas IMRT/VMAT: limitación por lineamiento 6% (Real 20-30%)
 - > Uso de técnicas SRS/SBRT: 0%
- 2019: Fracciones promedio: 21.5 fracciones
 - 2020: Elaboración de los protocolos institucionales de tratamiento en radiocirugía y revisión de actuales de 3D/IMRT/VMAT
 - 2020: Metas del 2020 al 2025:
 - > Uso de técnicas al 2025: 3D: 55% casos / IMRT/VMAT: 37.5% / SRS/SBRT: 7.5%
 - > Fracciones promedio al 2030: 18-19 fracciones
 - 2020: Proceso de declaratoria de inviabilidad técnica para SRS/SBRT para contratar servicios y/o arrendar LINAC Externo hasta el 2022 para atender demanda
 - 2022: Inicio de técnicas SRS-SBRT a nivel CCSS
 - Metas del 2025 al 2030:
 - > Uso de técnicas al 2030: 3D: 10% casos / IMRT/VMAT al 2025: 75% / SRS/SBRT: 15%
 - > Fracciones promedio al 2030: 18-19 fracciones

Anexo 4

Objetivos Estratégicos del Plan de Fortalecimiento de los servicios de Salud

| Objetivos | Objetivo Estratégicos / Planteamiento Estratégico 2020-2025 |
|----------------|---|
| Logística | 1. Estandarizar el modelo de atención por procesos dentro de los centros de las unidades de atención por procesos, por medio de la protocolización de las diferentes técnicas y sub-técnicas de tratamiento en el Servicio de Radioterapia Institucional. |
| | 2. Reducir las listas y tiempos de espera actual para los pacientes que aguardan atenciones dentro del Servicio de Radioterapia al 2030. |
| | 3. Generar mecanismos de control óptimos de los recursos existentes en el servicio, que permitan la maximización del aprovechamiento y una adecuada planificación de la operación del Servicio. |
| | 4. Promover políticas Institucionales que reduzcan la brecha de oportunidad y acceso a los tratamientos de teleterapia con acelerador lineal en la CCSS. |
| Recurso Humano | 1. Actualizar y generar los perfiles laborales adecuados que permitan el funcionamiento óptimo del Servicio de Radioterapia |
| | 2. Actualizar las competencias técnicas de los colaboradores actuales de las unidades de tratamiento de forma que se estandaricen las capacidades de estos en independencia de la unidad a la que pertenezcan por medio de un plan de capacitaciones por técnicas de tratamiento y administrativas. |
| | 3. Articular los procesos de formación universitaria con los intereses y requerimientos actuales del servicio de Radioterapia Institucional. |
| Equipamiento. | 1. Planificar la incorporación de las mejores técnicas tratamiento al 2030 recomendado para la población de Costa Rica según las capacidades y competencias Institucionales. |
| | 2. Planificar la incorporación de mejores tecnologías que mejoren la calidad de tratamiento e incrementen la capacidad instalada existente en cada una de las técnicas proyectadas. |
| | 3. Optimizar y estandarizar los protocolos de atención en cada una de las técnicas que actualmente brinda el Servicio de Radioterapia en teleterapia con acelerador lineal. |

Anexo 5 Hospital México- Servicio Radioterapia



Anexo 6

Tabla 1. Escenario de Riesgo Intermedio:

Se puede observar el recargo del trabajo regular que se recargaría en fines de semana (tiempo extraordinario) y la falta espacio en los equipos para cumplir la meta del Servicio de no suspender tratamiento de los pacientes en el caso de contingencia.

| ESQUEMA PROPUESTA SOLICITADA POR LA RED ONCOLÓGICA: 2 LINACS EN I TURNO + 1LINAC EN II TURNO + CONTINGENCIA | | | | | |
|--|--------------|----------------|---|--|--|
| Lunes a Viernes | | | | Sábados | |
| H | Horario | Franja horaria | ALFA | BETA | |
| 1 | 6am - 7am | 6am - 7am | QA-Diario | QA-Diario | QA-Diario |
| 2 | 7am - 8am | 7am - 4pm | 36 pts | 32 pts + 2 INICIOS DIARIOS | 7am - 12 md Mantenimiento o PROMED |
| 3 | 8am - 9am | | | | |
| 4 | 9am - 10am | | | | |
| 5 | 10am - 11am | | | | |
| 6 | 11am - 12md | | | | |
| 7 | 12am - 1pm | | | | |
| 8 | 1pm - 2pm | | | | |
| 9 | 2pm - 3pm | | | | |
| 10 | 3pm - 4pm | | | | |
| 11 | 4pm - 5pm | | | | |
| 12 | 5pm - 6pm | | | | |
| 13 | 6pm - 7pm | | | | |
| 14 | 7pm - 8pm | | | | |
| 15 | 8pm - 9pm | | | | |
| 16 | 9pm - 10pm | | | | |
| 17 | 10pm - 11pm | | | | |
| 18 | 11pm - 12min | 10pm - 6am |  | Contingencia para ptes en tratamiento ordinario de 7am - 4pm (34-36 ptes). Tiempo Extraordinario, con recargo de 3 - 4 pacientes. | QA-CC Mensuales ALFA / BETA / CT |
| 19 | 12pm - 1am | | | | |
| 20 | 1am - 2am | | | | |
| 21 | 2am - 3am | | | | |
| 22 | 3am - 4am | | | | |
| 23 | 4am - 5am | | | | |
| 24 | 5am - 6am | | | | |

Anexo 7 Encuesta



CÉDULA VERIFICACIÓN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DE RADIOTERAPIA

Objetivo, Verificar la atención de pacientes en el servicio de radioterapia de los hospitales San Juan de Dios y México para el periodo de enero a junio del 2024.

Hola, Luis Diego, Cuando envíe este formulario, el propietario verá su nombre y dirección de correo electrónico.

1. NOMBRE DEL PACIENTE

Escriba su respuesta

2. CÉDULA (XXXXXXXXXX)

Escriba su respuesta

3. EDAD DEL PACIENTE

Escriba su respuesta