

ASALUD-0036-2025

28 de julio de 2025

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe de auditoría se elaboró conforme al Plan Anual Operativo 2025 del Área de Auditoría de Salud, con el objetivo de evaluar la eficiencia, eficacia, oportunidad y cumplimiento normativo en los procesos institucionales relacionados con el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Durante la evaluación se identificaron debilidades en la planificación, articulación, direccionamiento, gestión gerencial y operativa, así como en la gestión de recursos, que han limitado la capacidad institucional para garantizar una atención oportuna y equitativa en el tema de cáncer de mama. Específicamente, la cobertura de mamografías en mujeres entre 40 y 75 años alcanzó un 39,5 % en el periodo 2022–2024. Además, se evidenció un incremento del 80 % en la cantidad de mamografías pendientes entre enero de 2024 y marzo de 2025, con un aumento en el plazo promedio de espera de 100 a 129 días.

Se constató la ausencia de un sistema de información que permita medir la productividad y la trazabilidad de los casos, el seguimiento de pacientes con factores de riesgo o diagnósticos confirmados, y la diferenciación entre mamografías de tamizaje y diagnósticas. Esta limitación compromete la toma de decisiones basada en evidencia y debilita la capacidad institucional para planificar, asignar recursos y evaluar resultados de manera efectiva.

Asimismo, se identificó que las estrategias de educación dirigidas a la población han sido insuficientes. La encuesta digital aplicada a personas usuarias reveló un bajo nivel de satisfacción (calificación promedio de 2,6 sobre 5), así como un conocimiento limitado sobre factores de riesgo y prácticas preventivas como el autoexamen de mama. Esta situación afecta la percepción pública sobre la calidad de los servicios y reduce la participación activa en los programas de detección temprana.

Además, se evidenció una implementación desigual de las clínicas de mama en el primer y segundo nivel de atención, con inconsistencias en el registro de productividad y falta de recursos humanos y tecnológicos en varias regiones. Estas deficiencias afectan la equidad en el acceso a los servicios y aumentan el riesgo de diagnósticos en etapas avanzadas, con consecuencias clínicas, sociales y económicas significativas.

Por otra parte, el resultado de las visitas realizadas a diferentes establecimientos de salud, confirman diferencias en las condiciones en que se realiza la detección temprana para cáncer de mama, desde tener acceso a una consulta diferenciada para pacientes en casos de sospechas y confirmación de la lesión, hasta no disponer de mecanismos de atención debidamente ordenados para brindar seguimiento a personas que presentan esas mismas condiciones.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Finalmente, lo anterior evidencia la carencia de procesos locales y ordenados que garanticen una adecuada organización y articulación en el seguimiento de pacientes entre el primer nivel de atención, y los niveles hospitalarios, en aras de iniciar los tratamientos con la oportunidad requerida y que muchas de esas acciones dependen de gestiones personales e informales.

En este contexto, se recomienda fortalecer la planificación institucional, actualizar la normativa técnica, mejorar los sistemas de información, consolidar estrategias de comunicación, coordinación, articulación y educación en salud, como parte de un modelo de atención más justo, oportuno y centrado en las personas.

Por lo anterior, se emitieron 3 recomendaciones dirigidas a la Gerencia Médica y Dirección Red de Servicios de Salud relacionadas con el fortalecimiento en la promoción y detección temprana de cáncer de mama.



ASALUD-0036-2025

28 de julio de 2025

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE AL TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER DE MAMA EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MEDICA UE 2901**

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo de 2025 del Área de Auditoría de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de la normativa vigente en los procesos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, su adecuación, oportunidad y eficacia en el contexto institucional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la gestión de la Gerencia Médica, en cuanto a la articulación y direccionamiento de actividades para la detección y tratamiento del cáncer de mama en el país.
- Analizar el cumplimiento de la normativa relacionado con el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
- Analizar las acciones locales ejecutadas en los establecimientos de salud para el tamizaje, diagnóstico del cáncer, así como el seguimiento efectuado a mujeres con riesgo aumentado o sospecha de cáncer de mama.
- Evaluar la disponibilidad de sistemas de información, infraestructura, equipamiento y recurso humano destinado a la detección y tratamiento de cáncer de mama.

ALCANCE

El presente estudio contempla la revisión de las acciones desarrolladas por la Gerencia Médica, el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, la coordinación nacional de Cáncer de Mama, el Centro Nacional de Imágenes Médicas, así como en los hospitales regionales, periféricos y áreas de salud del país, en cuanto a la detección y tratamiento del cáncer de mama, durante el 2024, ampliándose en los casos que se consideró necesario.

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

METODOLOGÍA

- Revisión y análisis de los siguientes documentos y sistemas de información:
 - ✓ Extracción y análisis de datos de la herramienta Cubos de EDUS.
 - ✓ Lista de espera de Consulta Externa, quirúrgica y procedimientos de diagnóstico.
 - ✓ Requerimientos de información mediante encuesta digital a todas las áreas de salud del país, así como a los hospitales regionales y periféricos.
- Visitas a los siguientes establecimientos de salud:
 - ✓ Hospital La Anexión.
 - ✓ Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
 - ✓ Hospital San Rafael.
 - ✓ Área de Salud Santa Cruz.
 - ✓ Área de Salud Santa Bárbara.
 - ✓ Área de Salud Alajuela Norte.
 - ✓ Área de Salud Alajuela Oeste.
 - ✓ Área de Salud Belén Flores.
- Entrevistas y/o solicitud de información a los siguientes funcionarios(as):
 - ✓ Dra. Karla Solano Durán, directora, Dirección de Red de Servicios de Salud.
 - ✓ Dr. Gonzalo Azúa Córdova, director ejecutivo, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.
 - ✓ Dra. Mauren Ileana Fonseca Sandoval, del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer y coordinadora Nacional Clínica de Mama.
 - ✓ Dr. Roy Wong McClure, Subárea de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
 - ✓ Dra. Silvia Marcela Rojas González, coordinadora de la Clínica de Mama de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur.
 - ✓ Dra. Carolina Mejías Soto, directora, Centro Nacional de Imágenes Médicas.
 - ✓ Dr. Jorge Fernández Arce, coordinador servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital San Carlos.
 - ✓ Dr. Oscar Méndez Campos, director general ai del hospital La Anexión.
 - ✓ Dr. Aldo Jiménez Obando, coordinador Clínica de Mamas, hospital San Rafael
 - ✓ Dra. Ana Lorena Mora Carrión, directora médica del Área de Salud de Santa Bárbara.
 - ✓ Dr. Edgar Orlando Rodríguez director médico Área de Salud Alajuela Oeste
 - ✓ Dr. Dr. Johnny Ruiz Guevara, coordinador de Primer Nivel de Atención Área de Salud de Santa Cruz.
 - ✓ Dra. Sandra Delgado Jiménez, jefe de la Unidad de Indicadores de Salud de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.

- Ley General de Salud, 5395.
- Ley Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 8239.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Plan Nacional para el control del cáncer (Ministerio de Salud)
- Norma Técnica de Detección Temprana del Cáncer de Mama, 2014.
- Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama, 2024.
- Norma General de Promoción de la Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Manual para la implementación de clínica de mama en I y II nivel de atención. (C.C.S.S.)
- Protocolo de atención clínica de referencia y contrarreferencia de cáncer de mama. (C.C.S.S.)
- Estrategia de la OMS para el Plan de Acción Nacional de Seguridad Sanitaria (2022–2026).
- Plan Estratégico Institucional 2023-2033.
- Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024 – 2030.
- Guía de Práctica Clínica del Tratamiento para el Cáncer de Mama, 2012.

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”.

DEFINICIONES¹:

Tamizaje: Consiste en la aplicación sistemática de pruebas en una población aparentemente asintomática, con el objetivo de detectar a personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

Mamografía: Estudio radiológico de las mamas, tomado con un equipo (mamógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mastografías de dos tipos: mamografía de tamizaje y mamografía diagnóstica.

¹ Definiciones con base en “Norma Nacional para la atención integral del cáncer de mama en Costa Rica”.

Mamografía de tamizaje: Estudio realizado para la detección temprana de cáncer de mama a mujeres aparentemente sanas.

Mamografía diagnóstica: Estudio realizado como parte de la evaluación diagnóstica por resultado de imagen sospechosa o en mujeres con síntomas clínicos de patología mamaria sospechosa de cáncer.

Detección temprana: La detección temprana se basa, en el concepto de que cuanto antes se detecte el cáncer en su historia natural, más probabilidades hay el que tratamiento sea eficaz.

Diagnóstico temprano: Aplicación de métodos de tamizaje para encontrar la enfermedad en estadio I antes que los síntomas empiecen a manifestarse.

BI-RADS: Sistema de reporte de información radiológica para la imagen de la mama (del inglés Breast Imaging Reporting and Data System).

Cáncer: Tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.

Biopsia: Extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

ASPECTOS GENERALES

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en nuestro país. Se estima² que 47 de cada 100 mil mujeres enfrentan el cáncer de mama, la mayoría de ellas en edad productiva, entre los 40 a 59 años.

Aproximadamente 12 de cada 100 mil mujeres podrían perder la vida debido al cáncer de mama, el cual se posiciona como el segundo tipo de cáncer con mayor mortalidad en Costa Rica. Durante el 2023 fallecieron³ 426 mujeres, de todas las edades, por esta enfermedad.

Según datos del Ministerio de Salud, la tasa⁴ de incidencia del cáncer de mama en Costa Rica para el 2022, fue de 47 por cada 100.000 mujeres, aunque algunos cantones duplicaron esa cifra, entre ellos: Barva con 104 por cada 100.000 mujeres, Coronado con 103, Hojancha en 102 y Pérez Zeledón con 96.

² Según Ministerio de Salud: *Incidencia de tumores malignos más frecuente en mujeres Costa Rica 2022.*

³ Publicación en el sitio web <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/61-noticias-2024> según consulta realizada el 30 de mayo de 2025.

⁴ La Tasa corresponde a la cantidad de casos diagnosticados entre la población femenina por cantón, multiplicado por 100.000

De acuerdo con información estadística obtenida de los cubos de EDUS, durante el 2024 se atendieron por primera vez a 1.820 usuarias(os) con diagnósticos de cáncer de mama, es decir, se diagnosticaron 4.9 personas por día.

Cabe indicar que, el costo por sesión de quimioterapia por cáncer de mama es de ₡1.168.523,00 según Modelo Tarifario del 1º de enero de 2025. Además, el costo promedio⁵ de la cirugía para extirpar el cáncer de mama asciende a ₡2,244,787.45 colones, de los cuales ₡1,227,347.63 colones se destinan a la cirugía misma y ₡1,017,439.82 colones corresponden a los gastos de la estancia hospitalaria.

HALLAZGOS

1. DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ORIENTADA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA.

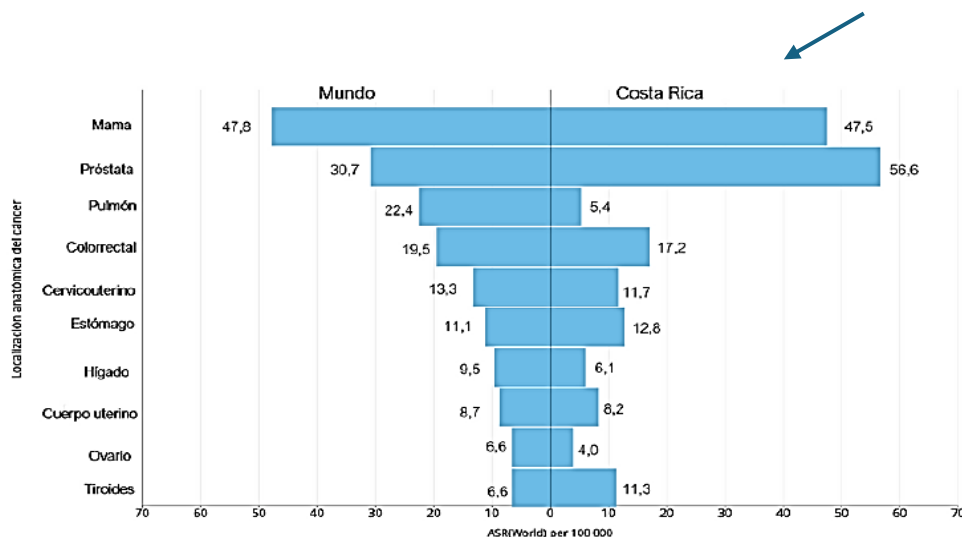
Los resultados del estudio evidencian la importancia de fortalecer el proceso de planificación estratégica y operativa vinculada al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el país, de tal manera, que los esfuerzos que se realicen estén enfocados a coordinar acciones, procesos y recursos de una manera integrada y articulada de los servicios. A continuación, se detallan los siguientes aspectos:

1.1 EL PLAN TÁCTICO GERENCIAL Y PLAN OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD

Se evidenció que a nivel institucional la planificación gerencial y operativa vigente no contempla de forma específica ni prioritaria la detección temprana del cáncer de mama. En particular, el *Plan Táctico Gerencial de la Gerencia Médica* y el *Plan Operativo de la Dirección de Red de Servicios de Salud* carecen de objetivos o iniciativas orientadas al fortalecimiento de la prestación de servicios para la detección temprana de esta enfermedad, a pesar de su alta incidencia en el país, como lo señala el *Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024–2030*, para todas las edades y en ambos sexos (figura 2 del documento).

⁵ Consta en proyecto de “Ley de promoción de exámenes de detección de cáncer de mama y exoneración del impuesto al valor agregado IVA”, según expediente 23.992

FIGURA 2. GRÁFICO COMPARATIVO ENTRE COSTA RICA Y EL MUNDO SOBRE TASAS DE INCIDENCIA ESTIMADAS ESTANDARIZADAS PARA TODAS LAS EDADES Y AMBOS SEXOS, 2020 (TASA POR 100.000 HABITANTES).



Fuente: GLOBOCAN 2020, International Agency for Research on Cancer 2023

En dichos instrumentos de planificación, las acciones de tamizaje se limitan al cáncer colorrectal, sin considerar el cáncer de mama como un aspecto prioritario, lo cual se constituye en una debilidad significativa en el marco de la alineación estratégica de las prioridades epidemiológicas nacionales e internacionales.

Sobre la atención específica de cáncer de mama, el Ministerio de Salud desde el 2014 emitió la “Norma para la Atención Integral de Cáncer de Mama”; sin embargo, ésta no define indicadores o metas medibles para el seguimiento, únicamente establece aspectos técnicos para el diagnóstico y atención de esta enfermedad.

Sin embargo, no fue hasta los resultados de la Evaluación de Compra de Servicios de Salud 2024, efectuada por la Dirección de Compra de Servicios de Salud, que se incluyó el tamizaje de cáncer de mama como un indicador de seguimiento y monitoreo, pero aún no se cuenta con las bases para determinar si los resultados obtenidos son óptimos o insuficientes.

La Organización Mundial de la Salud (En adelante OMS) ha efectuado diversas publicaciones donde se refiere a la relevancia de la inclusión de estrategias de prevención y diagnóstico temprano en los objetivos operativos y tácticos de las instituciones encargadas de la prestación de servicios de salud, al respecto sobresalen las siguientes:

- Organización Mundial de la Salud (OMS) – Informe sobre el cáncer (2020)⁶

Este informe enfatiza que el cáncer debe ser abordado como una prioridad de salud pública, y que los países deben integrar estrategias específicas en sus **planes nacionales y tácticos para lograr una respuesta efectiva**. Se destaca la necesidad de inversiones estratégicas y **planificación basada en evidencia para mejorar la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del cáncer**

- Estrategia de la OMS para el Plan de Acción Nacional de Seguridad Sanitaria (2022–2026)⁷

Aunque centrado en seguridad sanitaria, este documento subraya la importancia de alinear los planes tácticos nacionales con estrategias de salud pública, incluyendo enfermedades no transmisibles como el cáncer. Se recomienda que los planes tácticos institucionales integren acciones específicas para fortalecer la capacidad de respuesta ante enfermedades prioritarias

- OMS – Prevención del cáncer (actualización continua)⁸

La OMS señala que entre el 30 % y el 50 % de los casos de cáncer son prevenibles, y que la planificación **institucional debe incluir estrategias de prevención y diagnóstico temprano como parte de sus objetivos operativos y tácticos**. Esto es clave para reducir la carga de la enfermedad y mejorar los resultados en salud pública.

En relación con la construcción del Plan Táctico Gerencial, la Dirección de Planificación Institucional, conceptualiza a este, como:

“(...) el instrumento de planificación gerencial de mediano plazo (4 años), y se construye para alinear objetivos estratégicos por medio de los objetivos tácticos, así como desarrollar las prioridades y procesos sustantivos de la gerencia. Como se mencionó, contiene políticas específicas, objetivos tácticos, estrategias, metas e indicadores”.

“(...) el plan táctico gerencial se ubica en el nivel táctico, el cual está alineado con los objetivos estratégicos y macro estrategias del Plan Estratégico Institucional. Los planes tácticos, se alinean con el Plan Anual en sus estrategias”.

El Dr. Gonzalo Azúa Córdova, de la coordinación Técnica del Cáncer mediante sesión de trabajo del 5 de mayo 2025, refirió *“No tener presente por qué no se incluyeron acciones sobre el tema de cáncer de mama en el plan táctico de la Gerencia Médica”*. Sin embargo, indicó ante la consulta realizada sobre otros tipos de CA en dicho plan, que estos *“se incluyeron ya que son proyectos que se están impulsando por parte de dicho ente Técnico”*.

⁶ Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre el cáncer: establecer prioridades, invertir sabiamente y proporcionar atención para todos*. Ginebra: OMS.

⁷ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Estrategia de la OMS para el Plan de Acción Nacional de Seguridad Sanitaria 2022–2026*. Ginebra: OMS.

⁸ Organización Mundial de la Salud. (2023). *Prevención del cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/activities/preventing-cancer>

La situación descrita, obedece a que, si bien el Ministerio de Salud establece lineamientos técnicos para el diagnóstico y tratamiento en la “Norma para la Atención Integral de personas con cáncer de mama”, esta carece de metas cuantificables, indicadores de desempeño y mecanismos de seguimiento, lo que limita su utilidad como instrumento de planificación estratégica y control, que, desde la perspectiva del control interno, genera un entorno de riesgo, al dejar la definición de estrategias específicas y su priorización a la discrecionalidad de la institución, sin una guía clara ni parámetros de evaluación. Dando como resultado, que en los planes tácticos y operativos vigentes la detección temprana del cáncer de mama no haya sido incorporada como una estrategia institucional permanente ni prioritaria.

Lo anterior, ha conllevado a considerar que la gestión realizada por la Gerencia Médica, a través del órgano técnico competente en la atención del cáncer de mama, ha sido insuficiente para garantizar la efectividad del programa de captación y detección oportuna de las personas usuarias.

Como resultado, las acciones desarrolladas hasta ahora han repercutido negativamente en la cobertura del *tamizaje y diagnóstico (aspecto que se analizará más adelante en el presente informe)*, de las poblaciones en zonas rurales, que por sus condiciones son más vulnerables, lo que eventualmente, podría derivar en un aumento de los diagnósticos en estadios avanzados de la enfermedad, y de manera consecuente un incremento en la mortalidad y en los costos asociados al tratamiento por esta enfermedad.

Adicionalmente, esa insuficiente gestión institucional podría derivar una pérdida progresiva de confianza en la población, basada en una percepción de ineficiencia y de un limitado compromiso con la salud pública. Esta situación se agrava por la débil implementación de los programas de detección temprana, que constituyen un pilar fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer de mama.

De manera congruente, la ausencia de un fortalecimiento efectivo y de una estrategia de comunicación que visibilice esos planes preventivos no solo limita su alcance e impacto, sino que también desincentiva la participación de las usuarias(os), lo cual resulta crítico en contextos donde la confianza en el sistema de salud es un factor determinante para lograr una cobertura amplia, sostenida y oportuna en los procesos de tamizaje y diagnóstico oportuno de esa enfermedad.

1.2 NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA

No se logró identificar que la Institución disponga de un Manual Técnico de detección temprana de cáncer de mama con un enfoque en la detección oportuna, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento. Lo anterior, pese a que la “Norma para la Atención Integral de Personas con Cáncer de mama” se emitió desde 2014 (11 años), por parte del Ministerio de Salud.

Al respecto, se identificó que la “Guía de Práctica Clínica del Tratamiento para el Cáncer de Mama” se encuentra desactualizado, considerando que el mismo se emitió desde el 2012

y no presenta revisiones o actualizaciones que se ajusten a los procesos y tecnologías actuales. Así también, el Manual para la implementación de Clínica de Mama en el I y II nivel de atención, se encuentra en una etapa de revisión para determinar si requiere actualizarse o modificarse, considerando que la misma se emitió en el año 2020.

Referente a la periodicidad en la revisión y actualización de la norma, existen publicaciones que refieren a la importancia de actualizarla después de 3 a 5 años toda norma asociada a la prestación de servicios de salud, de las cuales se pueden citar:

- Organización Mundial de la Salud (2021): En el Handbook for Guideline Development 2nd edition (Manual para el Desarrollo de Directrices), establece que las guías deben revisarse cada 3 a 5 años o antes si hay nueva evidencia significativa.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2020): En el “Lineamientos para la elaboración y actualización de guías clínicas”, recomienda una revisión periódica cada 3 años o cuando se identifiquen cambios significativos en la evidencia.
- Ministerio de Salud de Chile (2022): En las “Normas y protocolos clínicos: Guía metodológica para su elaboración y actualización”, sugiere una revisión cada 3 años o antes si hay cambios relevantes en la evidencia científica o en el contexto sanitario.
- Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado del Reino Unido (2020) En el “Developing NICE guidelines: the manual” (Manual para la elaboración de guías NICE”, recomienda una revisión sistemática de sus guías cada 3 años, con evaluaciones anuales para detectar nueva evidencia.

En relación con la suficiencia de la Norma actual, a través de la encuesta digital aplicada al primer nivel de atención, se identificó que el 54 % de las áreas de salud considera que es insuficiente (14 %) o parcialmente suficiente (40 %). Aspecto que podría encontrarse vinculado a la desactualización de la norma institucional vigente.

Así también, es necesario considerar que mediante el Decreto Ejecutivo N° 44771-S de 2024, el Ministerio de Salud oficializó la nueva Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama, a continuación, se detallan las principales modificaciones:

- Establecimiento de tiempos máximos de atención:
 - Mamografía debe realizarse en un plazo no mayor a 30 días desde su solicitud.
 - El informe diagnóstico debe entregarse entre 7 y 15 días posteriores a la mamografía.
 - Si se confirma un diagnóstico positivo, el paciente debe ser referido a consulta oncológica en un máximo de 30 días para iniciar tratamiento.
- Redefinición de grupos de riesgo y periodicidad del tamizaje:

- Mujeres sin factores de riesgo: mamografía cada 2 años entre los 40 y 75 años.
- Mujeres con factores de riesgo (antecedentes familiares, predisposición genética): mamografía anual desde los 35 años.
- Mujeres mayores de 75 años: evaluación individualizada según condición clínica y expectativa de vida.

➤ Fortalecimiento del enfoque integral:

- La norma promueve una atención centrada en la persona, con énfasis en la detección temprana, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y seguimiento continuo.
- Se alinea con el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024–2030, que busca reducir la mortalidad general y prematura por cáncer en el país.

Lo expuesto obedece a la falta de mecanismos de control y seguimiento normativo, así como una debilidad en la función de monitoreo y actualización de lineamientos técnicos internos por parte de la instancia técnica competente y el nivel superior de ésta. Lo que ha permitido que la implementación de acciones específicas quede rezagada o sujeta a criterios no estandarizados.

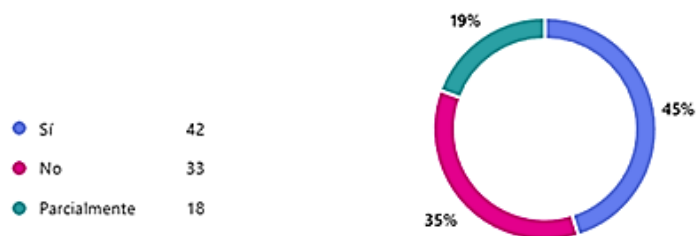
Aspecto que tiene su efecto en la limitada capacidad institucional para asegurar la calidad, oportunidad y equidad en la prestación de servicios relacionados con la detección temprana del cáncer de mama, afectando la eficacia del sistema de salud y la supervivencia o sobrevida de las personas que sufren esta enfermedad.

1.3 PLAN DE GESTIÓN LOCAL O PLAN PRESUPUESTO EN AREAS DE SALUD.

Mediante consulta efectuada a las Áreas de Salud, se identificó que el 54 % de dichos establecimientos, no disponen de un plan local de detección temprana de cáncer de mama, que permita garantizar el acceso a servicios de salud de manera oportuna y efectiva, según se muestra a continuación:

Imagen 1
Resultado encuesta digital planes operativos
Áreas de Salud – C.C.S.S.

4. ¿El área de salud dispone de un plan local de detección temprana de cáncer de mama?



Fuente: diseño propio a partir de los resultados obtenidos digitalmente.

Por otra parte, el **69 %** de las Áreas de Salud encuestadas indicaron no disponer de un diagnóstico situacional relacionado con el cáncer de mama, 13 % indicaron tenerlo parcialmente y 3 % que está en proceso; lo cual, compromete el cumplimiento de los indicadores de salud.

Sin embargo, pese a lo evidenciado anteriormente el **28 %** de las Áreas de Salud refirieron utilizar indicadores claves en el diseño de planes locales o estrategias a efecto de mejorar la cobertura y/o oportunidad.

Sobre la disponibilidad de indicadores epidemiológicos y estadísticos, se estará analizando en detalle más adelante en el presente informe.

Por otra parte, las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.1., establecen:

“(...) Actividades de control. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad (...).”

Así mismo, el Plan Estratégico Institucional 2023-2033, define como línea de acción en el eje “Salud, bienestar y protección económica-social centrado en las personas” lo siguiente:

1.f Atención diferenciada de grupos prioritarios y/o vulnerables, teniendo en cuenta sus características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas para garantizar el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

En atención a los resultados obtenidos, esta Auditoría Interna considera que la falta de integración y priorización del cáncer de mama en el Plan Táctico Gerencial ha generado una dispersión en la ejecución operativa a nivel local, lo que ha derivado en que los centros de salud orienten sus recursos y esfuerzos hacia otras patologías, sin una directriz clara que garantice la atención sistemática y sostenida de esta enfermedad.

Condición que compromete la oportunidad en la detección temprana, limita la cobertura poblacional y debilita la capacidad institucional para responder de forma efectiva a una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país.

2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE DATOS Y GESTIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA.

Se determinó que la Caja Costarricense de Seguro carece de un sistema de información que permita conocer la incidencia y mortalidad nacional del cáncer de mama, a pesar de

que los datos asociados con tumores malignos son trasladados al Ministerio de Salud, con última actualización⁹ a diciembre de 2022.

Tampoco es posible conocer la cantidad de mamografías de tamizaje, así como mamografías de diagnóstico efectuados por la institución durante la jornada ordinaria y extraordinaria, los casos pendientes de lectura, ni efectuar una trazabilidad de las usuarias(os) con riesgo aumentado o sospecha de cáncer de mama, inclusive, el estadio de quienes ya presentan un diagnóstico de cáncer.

Además, existe la necesidad de avanzar en la automatización de algunos procesos como la interpretación asistida de mamografías según nivel de sospecha o riesgo, a efecto de reducir los tiempos de espera de resultados, inclusive agilizar la localización de personas que requieran estudios complementarios, mediante la asistencia virtual u otras modalidades que permitan mayor oportunidad de los servicios de salud.

Al respecto, el artículo 16 de la Ley General de Control Interno establece que lo siguiente:

“En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:

a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.

b) Armonizar los sistemas de información con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el cuidado y manejos eficientes de los recursos públicos.

c) Establecer las políticas, los procedimientos y recursos para disponer de un archivo institucional, de conformidad con lo señalado en el ordenamiento jurídico y técnico.

En cuanto a la disponibilidad de sistemas de información, el Dr. Roy Wong McClure, Subárea de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, manifestó lo siguiente:

“Se creó el sistema VICA como componente de información del registro nacional de tumores, aunque los datos son trasladados al Ministerio de Salud por parte de la CCSS. Aunque se ha solicitado acceso a información actualizada, no ha existido una respuesta positiva por esa institución.

⁹ Consta en el sitio web <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores> según consulta realizada el 30 de mayo de 2025.

A nivel interno, se han efectuado gestiones con el Área de Estadística en Salud, administrador del sistema de patología, ya que el sistema EDUS no permite obtener información específica sobre los diferentes tipos de cáncer, aunque sí existe la capacidad para efectuarlo. Se espera que durante el 2025 se logre el desarrollo de las herramientas requeridas para el suministro de información mediante el ambiente EDUS.

A hoy, no es posible obtener la incidencia de cáncer de mama de manera puntual, a través del EDUS. Lo mismo sucede con la mortalidad, tampoco hay acceso. No obstante, a través de un convenio con el INEC se está trabajando para obtener datos personalizados, ya que es necesario establecer, no solamente la sobrevida global, sino la sobrevida neta, debido a que una persona con cáncer de mama podría haber fallecido por otra razón ajena a su condición de salud, tal como un accidente de tránsito”.

De igual forma, el Dr. Wong McClure, externó que “Hay una brecha entre toda la información disponible institucional y la toma de decisiones con base en un monitoreo constante que permita orientar a los ajustes a los procesos para alcanzar las metas propuestas. No podemos seguir teniendo desvinculación entre la generación de los indicadores por los equipos técnicos y la toma de decisiones, considerando que las áreas técnicas podrían violentar el uso de los datos disponibles sobre ámbitos de información sensible, para eso existen contratos de confidencialidad y herramientas de control de uso”.

El Dr. Gonzalo Azúa Córdova, director ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, confirmó que “no se dispone de un sistema de información. No obstante, el registro de mamografías se efectúa en el EDUS, pero la salida de datos debe ser facilitada por esa Área -Estadística en Salud-. Tampoco se diferencian las mamografías de diagnóstico y tamizaje.”

También, la Dra. Mauren Ileana Fonseca Sandoval, del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer y coordinadora Nacional Clínica de Mama, expresó a esta Auditoría la necesidad de disponer de adecuados sistemas de información para el control de mamografías realizadas y pendientes de lectura, y que permita conocer la capacidad productiva de la institución tanto en jornada ordinaria como extraordinaria.

Sobre la incidencia y mortalidad del cáncer de mama, la Dra. Fonseca Sandoval expresó que la institución “no puede decir a hoy cuánto es la cobertura o cantidad de estudios que se efectúan en el país, el dato debe darlo el Ministerio de Salud debido a las mamografías que se hacen en el nivel privado. No obstante, la Dirección de Compra de Servicios de Salud lleva un registro de cobertura sobre la cantidad de mamografías realizadas... Sin embargo, no hay un dato de la cantidad de mamografías de tamizaje”.

También, la funcionaria destacó que el desarrollo de los sistemas de información, aunque son complejos, se ve limitado porque depende de personas únicas que están gestionando los procesos, por lo que los tiempos de resolución son “muy prolongados para atender los requerimientos”, así mismo, expresó que actualmente “No hay una forma estandarizada y única de efectuar los reportes de mamografías, ultrasonidos y otros estudios”, ya que los

médicos Radiólogos lo efectúan como reporte, como consulta de radiología; también los pueden generar mediante archivo en “.pdf” para que los anexen al EDUS y en algunas ocasiones no se aprecian los resultados del estudio, inclusive, existe hasta dificultad de ubicar los resultados de una mamografía en el sistema.

Así mismo, la Dra. Fonseca Sandoval comentó textualmente:

“(...) el sistema de información no permite dar trazabilidad de esas personas -que han tenido cáncer-, aunque son datos que están en el EDUS. Como Comisión hemos determinado que sí es posible dar trazabilidad a los casos, se gestionó con el Área de Estadística en Salud (AES) para obtener la información necesaria desde la mamografía y cuando el resultado está alterado, así como la realización del ultrasonido de mama, biopsias, atención especializada, entre otros. No se disponía de un registro del BI-RADS, pero ya se incluyó en el sistema. Se solicitó al AES un dato sobre cáncer, y consultas con factores de algo riesgo para determinar donde efectuar las intervenciones requeridas. Hay otra sección con... los 7 cáncer prioritarios (mama, cérvix, gástrico, etc) que permita por medio de dashboard un panel sobre la situación, hay un avance de la primera parte con las generalidades”.

También, la Dra. Silvia Marcela Rojas González, coordinadora de la Clínica de Mama de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, manifestó que *“Se requiere disponer de información institucional, tal como dashboard u otros, donde se pueda hacer un seguimiento accesible sobre el tamizaje y diagnóstico de personas. Aunque se dispone de los cubos de EDUS, no hay posibilidad efectuar una trazabilidad de los casos o pacientes”.*

Tal como se indicó anteriormente, la institución no dispone en detalle, de la cantidad de mamografías pendientes de interpretación, las cuales dependen exclusivamente de los médicos especialistas en Radiología e Imágenes Médicas, no así de software o asistencia basada en elementos como inteligencia artificial que permita agilizar la lectura, tal como fue expuesto por la organización Breastcancer.org en cuanto al “Uso de AI para leer mamografías”¹⁰.

Es importante mencionar que en el oficio DICE-CNIM-0670-2025 del 7 de abril de 2025, la Dra. Carolina Mejías Soto, directora del Centro Nacional de Imágenes Médicas comunicó al Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico que la unidad a su cargo *“ha apoyado a la red nacional en salud, en la lectura de estudios generados en las diversas áreas de salud que no pueden ser interpretados en tiempo y forma a nivel local y cuyas imágenes son factibles de ser trasegadas, en específico imágenes de tomografía y mamografía. En este sentido, como se ha evidenciado en múltiples oportunidades, la limitante no sólo institucional sino mundial, no corresponde a comprar equipos, sino quien adquiere e interpreta adecuadamente las imágenes y en un tiempo adecuado para la toma de decisiones por los colegas tratantes”.* (La negrita no corresponde al original).

¹⁰ Según consta en sitio web <https://www.breastcancer.org/es/noticias-de-investigacion/lectura-mamografia-ia> consultado el 9 de junio de 2025.

Derivado de lo anterior, es criterio de esta Auditoría que la falta de adecuados sistemas de información limita la capacidad institucional de planificación, control y seguimiento efectivo de las acciones que deben estar dirigidas a la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de esta enfermedad, la cual constituye una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en el país.

Además, la imposibilidad de tener acceso a información específica y oportuna sobre el número de mamografías realizadas y pendientes de lectura, tanto de tamizaje, como diagnósticas, aunado a la ausencia de trazabilidad de las usuarias con factores de riesgo o con sospecha de cáncer, genera riesgos de diagnósticos o tratamientos tardíos con una consecuencia directa en la tasa de supervivencia, especialmente en mujeres y hombres que pertenecen a poblaciones en condición de vulnerabilidad, tales como: zonas rurales, indígenas o de bajos ingresos económicos. Esta falta de información impide, además, hacer seguimiento oportuno del diagnóstico y del inicio del tratamiento, lo cual puede tener consecuencias directas sobre la progresión del cáncer y la tasa de supervivencia.

Por otra parte, la automatización de procesos claves como es la interpretación de mamografías según nivel de sospecha o riesgo, si bien, implica costos de implementación, podría fortalecer la capacidad de respuesta institucional con resultados y diagnósticos más oportunos, así como reducir la ansiedad o incertidumbre en las personas ante la sospecha de padecer cáncer de mama.

Cabe indicar que el costo por sesión de quimioterapia por cáncer de mama es de ₡1.168.523,00 el cual podría ascender a los ₡14.000.000,00 según los requerimientos de cada persona. Además, el costo promedio¹¹ de la cirugía para extirpar el cáncer de mama asciende a ₡2,244,787.45 colones, de los cuales ₡1,227,347.63 colones se destinan a la cirugía misma y ₡1,017,439.82 colones corresponden a los gastos de la estancia hospitalaria.

Estos datos evidencian la necesidad de que la Gerencia Médica preste atención a la gestión y análisis de la información estadística en el marco de prevención y detección temprana del cáncer, por cuanto, disponer de datos precisos y actualizados permite tomar decisiones más efectivas, así como diseñar estrategias que permitan la coordinación y articulación entre los establecimientos de salud, lo cual podría marcar la diferencia entre la vida y la muerte de muchas personas.

3. REFERENTE A LAS CLINICAS DE MAMA EN EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN.

Las Clínicas de Mama¹² son una modalidad diferenciada de atención de personas con diagnóstico, sospecha o riesgo aumentado de cáncer de mama, que pretende brindar un abordaje oportuno, con trabajo en red y adecuado a la capacidad resolutoria de los diferentes establecimientos de salud.

¹¹ Consta en proyecto de “Ley de promoción de exámenes de detección de cáncer de mama y exoneración del impuesto al valor agregado IVA”, según expediente 23.992

¹² Adaptado del “Manual para la implementación de Clínica de Mama en I y II nivel de atención”.

Al respecto, se identificaron aspectos que requieren de intervención para fortalecer la accesibilidad de las mujeres con riesgo o sospecha de cáncer de mama, así como la calidad, confiabilidad y utilidad de la información estadística, con el fin de optimizar la planificación y mejora de la oferta de servicios brindados a la población a través de las clínicas de mama. Lo anterior, según se expone a continuación:

- Según la información aportada por el Dr. Gonzalo Azúa Córdoba¹³, la Institución dispone de 63 Clínicas de Mama (17 en hospitales sin contar los nacionales y especializados y 46 en áreas de salud); sin embargo, durante el periodo 2024 **únicamente 42** (66,6 %) establecimientos **reportaron producción diferenciada**, según el siguiente detalle:

Cuadro 1
Productividad Clínicas de Mama, ene – dic 2024
Áreas de Salud y Hospitales C.C.S.S.

REGIÓN	TOTAL CUPOS	TOTAL PERSONAS
BRUNCA (1)	2,624.00	2,184.00
CENTRAL NORTE (11)	12,296.00	11,485.00
CENTRAL SUR (12)	27,991.00	25,368.00
CHOROTEGA (3)	1,713.00	1,364.00
HUETAR ATLANTICA (7)	4,755.00	3,941.00
HUETAR NORTE (1)	3,095.00	2,013.00
PACIFICO CENTRAL	5,856.00	4,947.00
Total general	58,330.00	51,302.00

Fuente: Cubo consulta externa, variables utilizadas total de cupos y total de personas en consulta, extraído el 9/6/2025

Nota: El dato detallado entre paréntesis responde a la cantidad de centros de salud que registran producción diferenciada en esa región

Lo anterior podría responder a que existen centros de salud que reportan su consulta de clínica de mama como parte de la agenda ordinaria, creando un subregistro de la productividad de esta iniciativa. A continuación se brinda el detalle de los centros de salud que generan dicha inconsistencia en los sistemas de información institucionales:

¹³ correo electrónico del 14 de mayo de 2025

Cuadro 2

Centro de Salud sin registro de Productividad Clínicas de Mama, ene – dic 2024

Áreas de Salud y Hospitales C.C.S.S.

Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	Hospital Tomas Casas Casajús
Hospital de Guápiles	Hospital Enrique Baltodano Briceño
Hospital Fernando Escalante Pradilla	Hospital Los Chiles
Hospital de Ciudad Neily	Hospital San Rafael de Alajuela
Hospital Juana Pirola	Área de Salud Heredia Virilla
Área de Salud Poas	Área de Salud Santa Rosa
Área de Salud San Ramón	Área de Salud Aserri
Área de Salud Upala	Área de Salud Mora Palmichal
Área de Salud Cartago	Área de Salud Guarco
Área de Salud Unión	Área de Salud Carmen - Montes de Oca

Fuente: Cubo consulta externa, variables utilizadas total de cupos y total de personas en consulta, extraído el 9/6/2025

En el caso de los hospitales, toma relevancia la falta de información productiva considerando que todos estos son centros de referencia del primer nivel de atención y en ambos escenarios de atención (I y II nivel) es imposible determinar la demanda de servicios ante la falta de información.

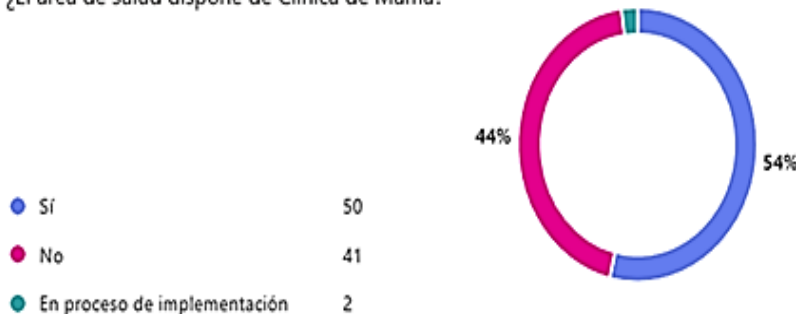
- Una vez analizados los datos de mamografías realizadas durante los periodos 2022 – 2024, se identificó que existen registros de usuarias a las que le realizaron más de **5 mamografías en un mismo periodo**, identificándose en algunos casos que se hicieron en **el mismo día**, aspecto que genera un sobre registro y falta de veracidad de la información productiva.
- En encuesta digital efectuada a las Áreas de Salud, se obtuvo que 50 establecimientos poseen Clínicas de mama y 2 se encuentran en proceso de implementación, lo que genera una diferencia según la información aportada por el órgano técnico de 4 establecimientos, sin considerar los que se encuentren en implementación.

Imagen 2

Resultado encuesta digital disponibilidad Clínicas de mama

Áreas de Salud – C.C.S.S.

6. ¿El área de salud dispone de Clínica de Mama?

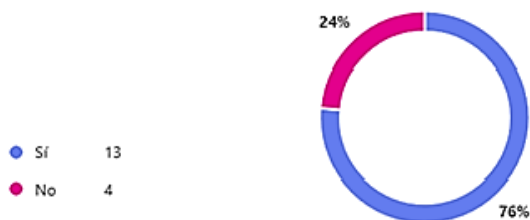


Fuente: diseño propio a partir de los resultados obtenidos digitalmente.

- En relación con los hospitales, 4 centros del segundo nivel de atención indicaron no poseer clínica de mama, generando diferencia con los datos aportados por el órgano técnico.

Imagen 3 Resultado encuesta digital disponibilidad Clínicas de mama hospitales – C.C.S.S.

10. ¿Dispone de Clínica de Mama?



Fuente: diseño propio a partir de los resultados obtenidos digitalmente.

- A través de las encuestas digitales se identificó que el **66 %** de las áreas de salud (62) indicaron no poseer (35 %) o disponer parcialmente (31 %) de los recursos para la cumplir con el programa de tamizaje de cáncer de mama.

El Manual para la implementación de Clínica de mama de I y II nivel de atención 2020, pág. 6, detalla que la disponibilidad e implementación de dichos apartados responde a una:

“iniciativa que busca, a través de una atención diferenciada de las personas con diagnóstico, sospecha o riesgo aumentado de cáncer de mama, un abordaje oportuno, acorde con el modelo readecuado de atención integral a las personas y con un trabajo en red, de acuerdo con la capacidad resolutive de los tres niveles de atención.

La detección temprana y el abordaje oportuno del cáncer de mama son fundamentales para ofrecer un mejor pronóstico y sobrevida a las pacientes”

Ese mismo marco normativo refiere que el tiempo semanal que se designe al profesional en salud para dicha actividad, se “deberá definir acorde con las necesidades de la población adscrita, evitando generar lista de espera”. (Manual para la implementación de Clínica de mama de I y II nivel de atención 2020, pág. 13).

Por otra parte, detalla que “La consulta realizada en una Clínica de Mama debe registrarse en forma diferenciada. (Manual para la implementación de Clínica de mama de I y II nivel de atención 2020, pág. 13).

Por otra parte, las Normas de Control Interno para el Sector Público, en la sección 5.8 “Control de sistemas de información”, describe lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter”.

Así también, esa normativa en la sección 1.9 referente con la “Vinculación del SCI con la calidad”, se describe que:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben promover un compromiso institucional con la calidad y apoyarse en el SCI para propiciar la materialización de ese compromiso en todas las actividades y actuaciones de la organización. A los efectos, deben establecer las políticas y las actividades de control pertinentes para gestionar y verificar la calidad de la gestión, para asegurar su conformidad con las necesidades institucionales, a la luz de los objetivos, y con base en un enfoque de mejoramiento continuo”.

Aunque la Institución ha impulsado la creación de clínicas de mama como estrategia para fortalecer la detección temprana, su implementación ha sido desigual y presenta importantes variaciones entre regiones. Esta debilidad se agrava por la escasa disponibilidad de información confiable que permita identificar la demanda real de servicios a nivel local, lo cual se atribuye a la falta de seguimiento efectivo de las normas vigentes y a la ausencia de indicadores de gestión que faciliten el monitoreo y evaluación del desempeño de dichas clínicas.

Lo anterior, se debe a la ausencia de una planificación operativa integral que permita articular de manera efectiva los recursos disponibles y las necesidades reales de la población, elementos que han sido analizados en el presente estudio. En este contexto, si bien las clínicas de mama representan una iniciativa orientada al acceso a los servicios de salud de forma oportuna, su eficiencia y eficacia dependen en gran medida de la voluntad de las autoridades locales y de la dotación los recursos para su adecuada implementación, evidenciado la escasa priorización del enfoque preventivo en los instrumentos de planificación operativa, lo que en conjunto ha limitado la efectividad de las acciones institucionales dirigidas a garantizar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud.

Como consecuencia, se ha debilitado la toma de decisiones basada en evidencia, lo que ha afectado directamente la planificación, asignación de recursos y evaluación de resultados en los servicios de detección oportuna del cáncer de mama. Esta deficiencia ha impedido identificar con precisión las brechas en cobertura, demanda insatisfecha y desempeño operativo de las clínicas de mama, lo que a su vez ha limitado la capacidad de respuesta institucional ante las necesidades reales de la población.

Además, la falta de datos consistentes y oportunos compromete la trazabilidad de los procesos, dificulta la creación y el monitoreo de indicadores claves y afecta la rendición de

cuentas, impactando la eficiencia del sistema y la confianza de los usuarios en los servicios de salud preventivo.

4. LA ACCESIBILIDAD Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA.

Se identificó que la gestión institucional presenta debilidades en el componente de accesibilidad a los servicios de salud, relacionado específicamente con procedimientos de diagnóstico, lo cual condiciona la eficacia del modelo de atención preventivo y de detección temprana del cáncer de mama. Lo anterior según se especifica a continuación:

- **Accesibilidad:**

La Institución registró **1.029.352 mujeres** adscritas entre los 40 y 75 años¹⁴; de las cuales, únicamente **406.527¹⁵** se efectuaron una mamografía (no hace diferenciación entre mamografía de tamizaje o diagnóstica) durante el periodo 2022, 2023 y 2024. Es decir, la Caja Costarricense de Seguro Social, tardó **3 años en alcanzar una cobertura estimada del 39,5 %** del grupo de mujeres con rango de edad sin factores riesgos que requieren hacer tamizaje bianual.

En ese mismo orden de ideas, se procedió a efectuar un análisis general de efectividad en la cobertura institucional a personas identificadas como usuarias nuevas durante el 2024, en los servicios de tratamiento del tercer nivel de atención (radioterapia, oncología quirúrgica y oncología médica), identificando lo siguiente:

Cuadro 3
Cantidad de personas usuarias nuevas, ene – dic 2024
Servicios de Tratamiento Oncológico Hospitales C.C.S.S.

Servicio	Cantidad usuarias en Tratamiento	Con mamografías previas Institucional ¹⁶	Resultado
Radioterapia	1.761	1.002	56,8 %
Oncología Médica	1.926	994	51,6 %
Oncología Quirúrgica	1.234	750	60,7 %
Total	4.921	2.746	55,8 %

Fuente: elaboración propia con base en información disponible de los CUBOS institucionales de consulta externa (variables citas nuevas valores únicos) y radiología (variables utilizadas total de procedimientos valores únicos)

Nota del autor: El apartado de mamografías no hace distinción si son mamografías de tamizaje o diagnósticas, esto por deficiencias del sistema de información institucional. Por otra parte, la cantidad total, no corresponde a que ingresaron 4.921 nuevos casos de cáncer de mama, ya que las personas atendidas pueden haber sido ingresadas como nuevas en durante el periodo en estudio en todos los servicios mencionados, para iniciar su tratamiento, lo que conlleva que existe la posibilidad que se repitan en alguno de los servicios. La información es de referencia como mecanismo de revisión.

¹⁴ Rango de edad de mujeres sin factores de riesgo que requieren hacerse tamizaje de forma bianual.

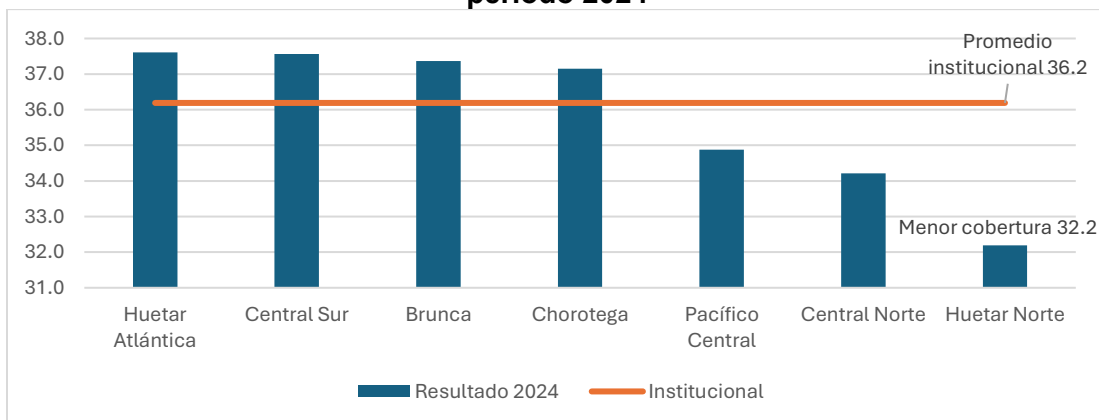
¹⁵ Según herramienta CUBOS de radiología e imágenes médicas, variables utilizadas total de procedimientos únicos, tipo de procedimiento mamografías, mismos utilizados por la Dirección de Compras Servicios de Salud

¹⁶ Consiste en la relación de usuarias únicas nuevas en tratamiento que tuvieron una mamografía durante el periodo 2022 a 2024 realizada por la C.C.S.S.

El cuadro anterior, permite estimar que, en promedio, únicamente el 55 % de las personas usuarias nuevas que ingresaron al sistema de salud para tratamiento de cáncer de mama durante el periodo 2024, lograron acceder a una mamografía a través de la Institución. Se infiere que el 45 % restante podría haber recurrido a centros privados para realizarse mamografías de tamizaje o diagnósticas, considerando que en el país existen 91 establecimientos privados que disponen de equipos de mamografía.¹⁷.

Lo descrito se sustenta al analizar de manera individualizada por cada región, para lo cual, se debe considerar lo presentado por la Dirección de Compra de Servicios de Salud¹⁸, donde evidenció diferencias regionales en el cumplimiento del indicador de cobertura institucional durante el 2024, según el siguiente detalle.

Gráfico 1
Resultado cobertura de mamografías por región
periodo 2024



Fuente: elaboración propia con base en información de la Dirección Compra de Servicios de Salud.

En el gráfico anterior se observa que el promedio institucional de cobertura de mamografías para el 2024 fue de 36.2 mientras que la región con menor resultado fue la Huetar Norte.

Así también, es importante considerar el precepto realizado por la Organización Mundial de Salud, el cual refiere que:

"La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas puedan acceder a toda la gama de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas. A menor cobertura, mayor es la proporción de la

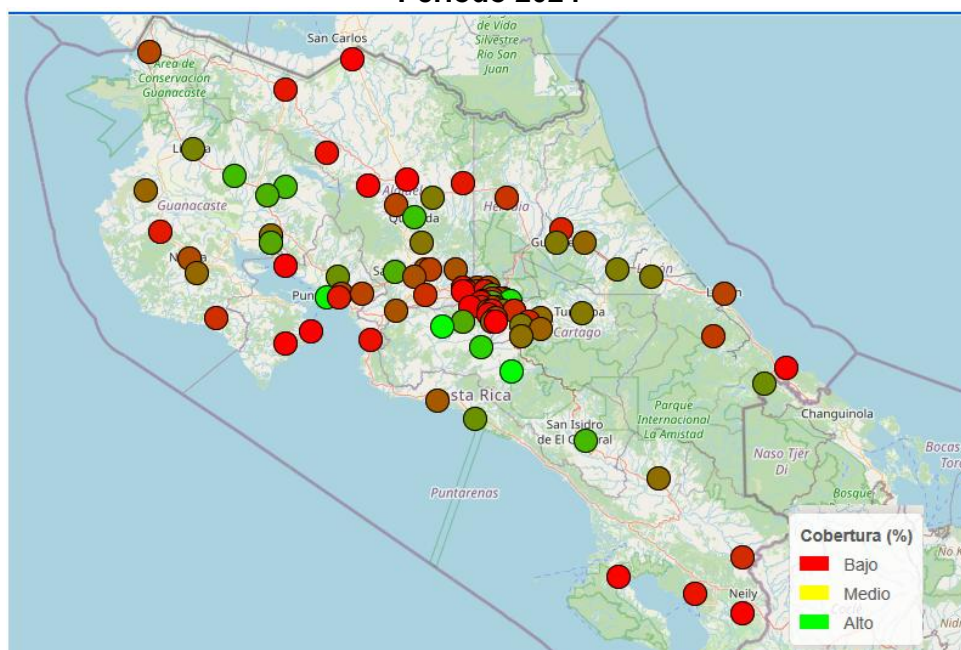
¹⁷ Situación que tiene su sustento estadístico considerando que, según la propuesta de proyecto de Ley 23.991 durante el 2022 se efectuaron aproximadamente 55.045 mamografías en centros privados o medicina de empresa, que correspondieron a un 42 % del total de mamografías realizadas por la institución en ese mismo periodo.

¹⁸ Dirección de Compra de Servicios de Salud 2025, según "Resultados de la evaluación e la prestación de servicios de salud".

población que no accede a servicios esenciales, lo que se traduce en barreras de acceso y desigualdades en salud.¹⁹ (negrita no forma parte del original)

A continuación, se presenta de manera gráfica la distribución de áreas de salud del país con mayores y menores coberturas en mamografías, en el entendido que los resultados más elevados se detallan en verde y los más bajos en rojo oscuro.

Imagen 4
Resultado cobertura de mamografías por centro de salud
Periodo 2024



Fuente: elaboración propia con base en información de la Dirección Compra de Servicios de Salud.

En relación con la accesibilidad, esta Auditoría Interna en coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional, publicó en las redes sociales Institucionales la encuesta digital denominada: “Encuesta a usuarias de los servicios de salud de la C.C.S.S.”, la cual, obtuvo un alcance participativo de 659 personas, permitiendo buscar integrar los resultados del estudio con la experiencia de las personas usuarias.

En virtud de lo anterior, se procede a brindar mayor detalle de los resultados obtenidos asociados al acceso al sistema de salud público en procura de la detección y diagnóstico oportuno de CA mama.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. (2023). Cobertura sanitaria universal (CSU). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>

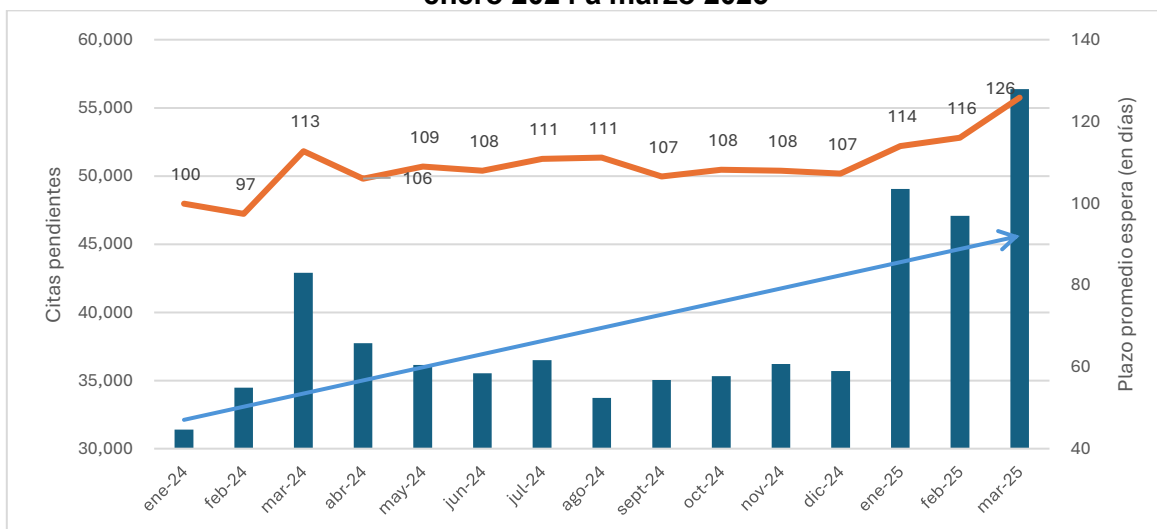
- El 24 % de las participantes indicó no haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años, principalmente en virtud de “la lentitud del sistema de salud”, “No haber sido contactadas por la C.C.S.S.”
- El 56 % de las participantes indicó haber solicitado la realización de una mamografía en el centro de salud al que pertenece. De ese mismo grupo, el 25 % indicó que tuvo que esperar más de un año para que le realizaran la mamografía y el 15 % indicó aún estar a la espera de respuesta a la solicitud (situación que respalda el comportamiento de listas de espera que se verá más adelante).
- Del grupo de mujeres que aún están a la espera de una respuesta, el **70 % indicó que tienen más de 1 año esperando.**
- Entre el tiempo de la realización de la mamografía y la comunicación de los resultados, el 17 % de las participantes refirió haber tenido que esperar 1 año o más; sin embargo, el 21 % detalló que **aún está en espera de saber el resultado.**

- **Lista de espera**

Durante el análisis de la información relacionada con la lista de espera para estudios de mamografía y ultrasonido de mama, se identificaron diferencias relevantes en la oportunidad de atención entre regiones, lo que evidencia barreras de acceso para las personas usuarias en determinados establecimientos de salud. Condición que compromete la detección oportuna del cáncer de mama y puede tener implicaciones negativas en la equidad y calidad de la atención brindada por la institución.

Por otra parte, se observó un incremento del **80 % en la cantidad de mamografías pendientes** entre enero de 2024 y marzo de 2025. Asimismo, el **plazo promedio de espera aumentó de 100 a 129 días** en ese mismo periodo, lo que refleja una tendencia creciente en la demora para la realización de estos estudios diagnósticos esenciales, según se detalla a continuación:

Gráfico 2
Comportamiento, lista de espera de mamografías por mes
Caja Costarricense de Seguro Social
enero 2024 a marzo 2025

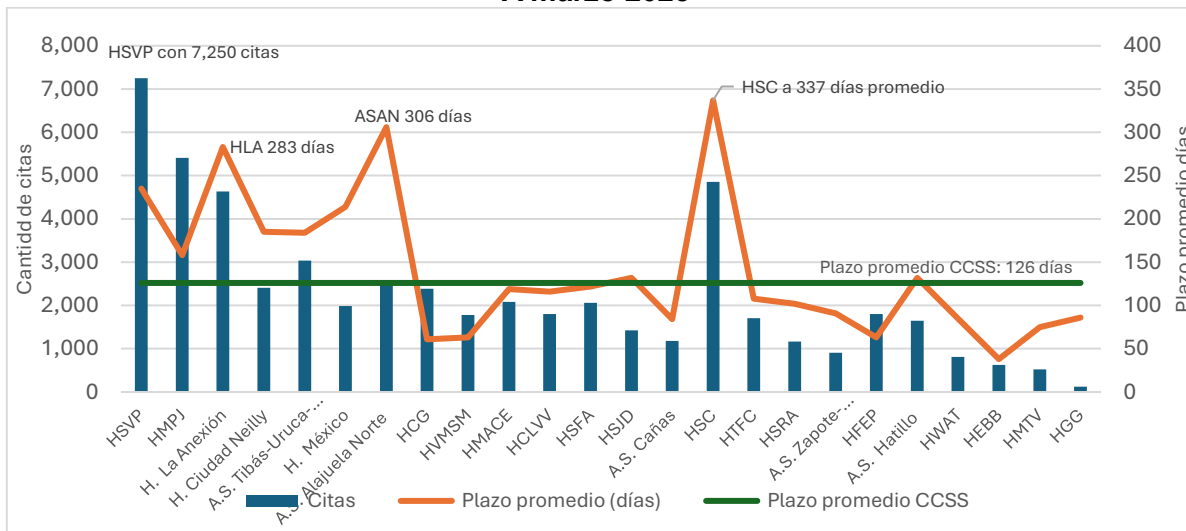


Fuente: elaboración propia con base en lista de espera de procedimientos.

El gráfico muestra el comportamiento mensual de la lista de espera, específicamente las citas pendientes (barras azules) y el plazo promedio de espera (línea naranja), donde la combinación del crecimiento acumulado en ambos casos refleja un problema estructural en la gestión, con impacto potencial en el acceso oportuno a los procedimientos, tal como se mencionó en el apartado de “Accesibilidad”.

A marzo de 2025, el Hospital San Vicente de Paúl registraba la mayor cantidad de mamografías pendientes con 7.250 casos, seguido del Hospital Maximiliano Peralta Jiménez con 5.459 usuarias(os). Sin embargo, el Hospital San Carlos presentaba el mayor plazo de espera con 337 días, lo cual duplicó el promedio institucional, según se observa a continuación.

Gráfico 3
Lista de espera mamografías por establecimiento de salud
A marzo 2025

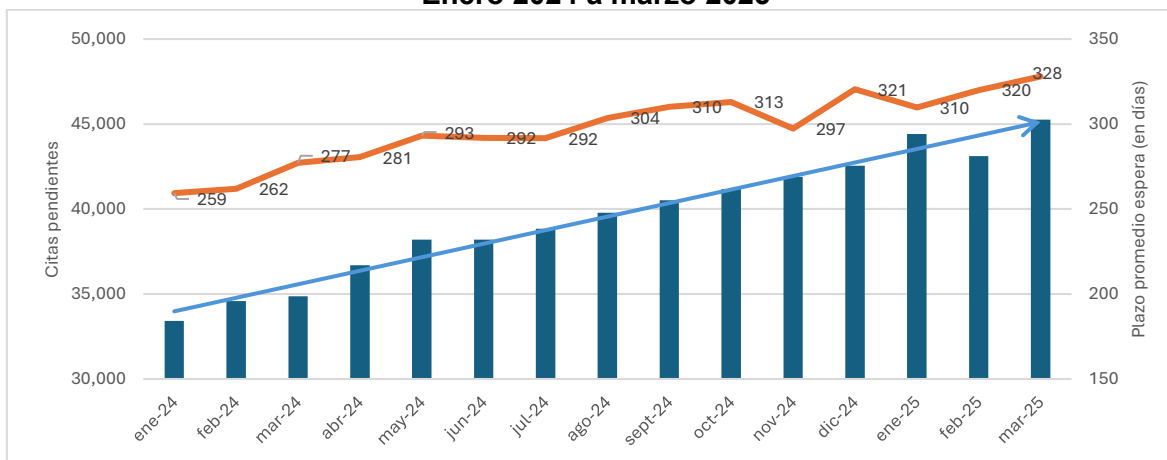


Fuente: elaboración propia con base en lista de espera de procedimientos.

En el caso del Hospital San Carlos, se evidenció que el equipo de mamografía tenía aproximadamente tres meses de estar fuera de funcionamiento, al 29 de mayo de 2025 el repuesto requerido estaba en proceso según se comprobó en el SICOP.

En cuanto a **ultrasonidos de mama**, se reportó un incremento del 35 % en la demanda y en el plazo promedio de espera de 259 a 328 días, crecimiento que ha presentado una constante.

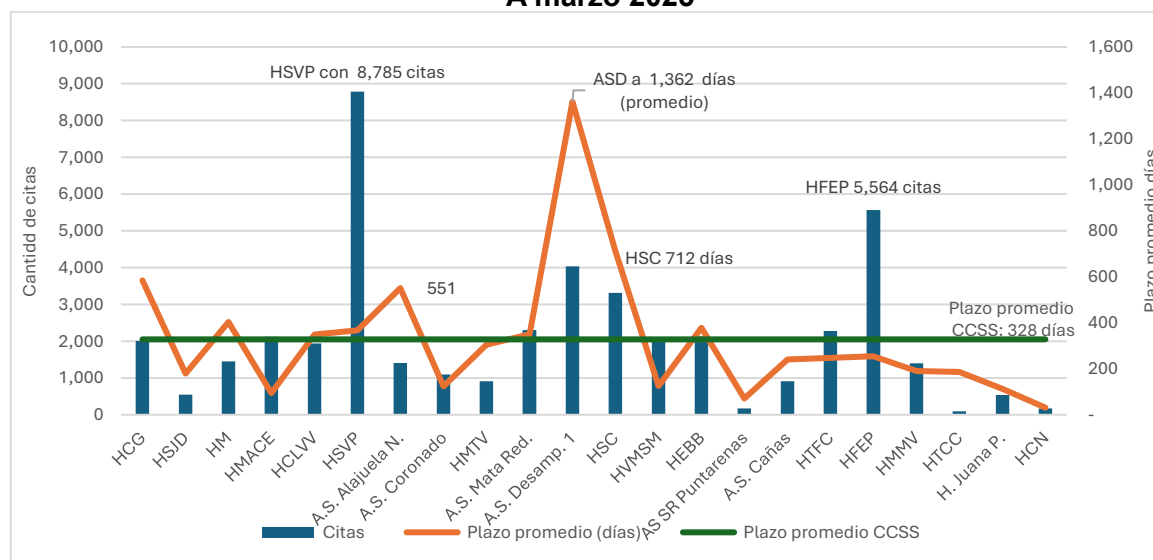
Gráfico 4
Comportamiento, lista de espera ultrasonidos de mama por mes
Caja Costarricense de Seguro Social
Enero 2024 a marzo 2025



Fuente: elaboración propia con base en lista de espera de procedimientos.

En relación con los plazos de espera por establecimiento de salud, se obtuvo que el Hospital San Vicente de Paúl reportó 8.785 casos, seguido del Hospital Fernando Escalante Pradilla con 5.564 usuarias(os), mientras que el Área de Salud Desamparados 1 registró el mayor plazo de espera con 1.362 días, cuatro veces mayor al promedio institucional, seguido del Hospital San Carlos con 712 días.

Gráfico 5
Lista de espera ultrasonidos de mama por establecimiento de salud
A marzo 2025



Fuente: elaboración propia con base en lista de espera de procedimientos.

Los datos antes expuestos evidencian problemas de accesibilidad, equidad y trabajo en red, ya que algunos lugares deben de esperar, en promedio, hasta un año por una mamografía, tal como sucede en los hospitales San Carlos, La Anexión, San Vicente de Paúl y el Área de Salud Alajuela Norte, mientras que para un ultrasonido de mama hasta 1.300 días como en el Área de Salud Desamparados 1, no obstante, que en otros lugares el plazo promedio de espera es de aproximadamente un mes.

Mediante el Decreto 43263-S “Norma Nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama en Costa Rica” de la Gaceta N° 228 del 25 de noviembre del 2021 (**Norma ya actualizada en 2025**), se describe que la tipología de programa de detección precoz del cáncer de mama es sistemática mediante el Programa de Tamizaje Mamario de la C.C.S.S., que consiste en un programa que invita proactivamente a las personas dentro del grupo meta. Y cuyo método utilizado es la mamografía dirigida a las mujeres sin factores de riesgo con 40-75 años de forma anual y de 35-75 años cuando presenten factores de riesgo, una vez al año.

El Ministerio de Salud el 13 de febrero de 2025, bajo el Decreto Ejecutivo 4471-S, titulado “Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama en Costa Rica”, en la cual, se detalla lo siguiente:

“El método de tamizaje principal sigue siendo la mamografía realizándose anualmente en mujeres de 40 a 75 años sin factores de riesgo y en mujeres de 35 a 75 años con factores de riesgo, según lo establecido en esta norma.

Grupo de personas	Frecuencia recomendada
Personas con riesgo estándar (40 y 75 años)	Cada dos años
Personas con factores de riesgo (40 y 75 años)	Una vez al año
Mujeres mayores a los 75 años	Según riesgo individual y la expectativa de vida.

La norma establece tiempos máximos aceptables y tiempos óptimos para los diferentes procesos de atención:

Etapas del proceso	Tiempo máximo aceptable	Tiempo deseable (óptimo)
Desde el envío de la mamografía de tamizaje hasta su realización	30 días	15 días
Desde la realización de la mamografía hasta la entrega del reporte	30 días	7-15 días
Desde el diagnóstico positivo hasta la cirugía	60 días	30 días
Desde el diagnóstico positivo hasta la consulta en oncología	30 días	Dentro de las 2 semanas

El Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024 – 2030, en su apartado 5.2.2.1 Detección Temprana, detalla:

“Según el Ministerio de Salud (2012), los dos componentes fundamentales de la detección temprana son el diagnóstico precoz basado en el reconocimiento de los síntomas y signos y la necesidad de su rápido tratamiento y, en segundo lugar, el tamizaje, que consiste en identificar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres no reconocidos, por medio de pruebas que se aplican con facilidad a toda la población”.

Ese mismo marco Normativo en su apartado “Alcances del Plan” presenta la figura 17 referente a “Pilares de iniciativa mundial contra el cáncer de mama” (pág. 58); la cual se muestra a continuación:



Fuente: Elaborado a partir de OPS/OMS (2008).

El Protocolo de Atención Clínica de referencia y contrarreferencia de cáncer de mama 2023, pág. 16 cita que

“(...) Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer y Organización Panamericana de la Salud, OPS y OMS mediante su última publicación del Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer se insta a los países de América Latina y el Caribe asegurar una atención de calidad con relación a la detección del Cáncer de mama asegurando la oferta de mamografías y exámenes clínicos mamarios; así como el “garantizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los y las pacientes con mamografías o exámenes clínicos mamarios alterados. De acuerdo con la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama de la OMS, el tiempo transcurrido entre los primeros síntomas o la primera presentación de la persona con sintomatología ante el servicio de salud correspondiente, o bien desde la localización mediante tamizaje de pacientes con resultados alterados, hasta el diagnóstico completo, incluido un informe patológico exhaustivo, no debe exceder los 60 días. Una vez que el cáncer se confirma, se debe ofrecer el mejor tratamiento multimodal disponible en el país (24)”

Se identificaron debilidades en la gestión institucional relacionadas con el componente de accesibilidad, particularmente en la planificación, la distribución de recursos y capacidad operativa para la realización de mamografías y ultrasonidos de mama. Estas limitaciones han generado un incremento sostenido en las listas de espera y una cobertura insuficiente del tamizaje poblacional, afectando la eficacia del modelo preventivo institucional.

Entre enero de 2024 y marzo de 2025, la cantidad de mamografías pendientes aumentó en un 80 %, y el plazo promedio de espera pasó de 100 a 129 días. Además, durante el periodo 2022–2024, solo el 39,5 % de las mujeres entre 40 y 75 años accedieron a una mamografía a través de la institución, a pesar de que se recomienda un tamizaje bianual. Esta situación se agrava por las disparidades regionales en la oportunidad de atención, lo que evidencia barreras de acceso en determinados establecimientos de salud y una creciente dependencia del sector privado para suplir la demanda no cubierta por la red institucional.

La limitada accesibilidad a estudios de diagnósticos de mama evidenciada por el incremento en las listas de espera y la baja cobertura poblacional ha generado efectos negativos que comprometen la eficacia del modelo preventivo institucional. Esta situación ha debilitado la capacidad de la Caja Costarricense de Seguro Social para detectar oportunamente el cáncer de mama, lo que puede derivar en diagnósticos en etapas más avanzadas, con implicaciones clínicas y financieras más severas.

Así mismo, las disparidades regionales en la oportunidad de atención han acentuado las inequidades en el acceso a los servicios, afectando principalmente a las personas usuarias de zonas con menor capacidad instalada. Como consecuencia, una proporción significativa de la población ha recurrido a servicios privados para realizarse mamografías, lo que representa una carga económica adicional y refleja una creciente dependencia del sector externo para suplir la demanda no cubierta por la red institucional.

Esta combinación de factores no solo incrementa el riesgo de resultados adversos en salud, sino que también puede erosionar la confianza de la ciudadanía en la capacidad resolutive del sistema público, afectando la percepción de calidad y oportunidad en la atención brindada.

5. SITUACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES PARA EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA (LUIS)

Esta Auditoría con la colaboración de la Dirección de Red de Servicios de Salud, aplicó una encuesta digital dirigida a las áreas de salud, hospitales regionales y periféricos del país, con el propósito de recopilar información sobre las acciones implementadas en relación con el tamizaje, la detección temprana del cáncer de mama, así como el control y seguimiento de personas con factores de riesgo o sospecha de esta enfermedad. También se evaluó la disponibilidad de recursos (humano, infraestructura y equipamiento), entre otros aspectos según los siguientes resultados:

Áreas de Salud:

El análisis de los resultados evidenció debilidades en cuanto a la prevención y abordaje integral del cáncer de mama, donde se destaca la necesidad de implementar planes locales de detección temprana, comunicación y educación a la población sobre la importancia del tamizaje, así como dotación de recursos institucionales adecuados para fortalecer las capacidades operativas del primer nivel de atención.

Al respecto, se obtuvo respuesta de 93 áreas de salud (el 88 %), con una baja participación de las unidades adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central. A continuación, se presenta el detalle:

Cuadro 4
Resultado de encuestas en áreas de salud
Al 30 de mayo 2025

Consulta efectuada	Sí	No	Parcialmente
¿La normativa institucional vigente es suficiente y aplicable para la detección temprana de cáncer de mama?	43	13	37
¿Su Área de Salud ha realizado un diagnóstico situacional sobre el cáncer de mama?	14	64	15
¿El área de salud dispone de un plan local de detección temprana de cáncer de mama?	42	33	18
¿El área de salud dispone de los recursos (RRHH, insumos, equipos) necesarios para cumplir con el programa de tamizaje de cáncer de mama?	31	33	29
¿El área de salud dispone de Clínica de Mama?	50	41	2
¿El recurso humano ha recibido capacitación y educación continua en cuanto al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama?	60	7	26
¿Se lleva control de resultados alterados y se efectúa el seguimiento posterior de los casos?	57	18	18
¿Existe articulación con el hospital o Clínica de Mama, para la referencia y contra referencia de usuarias con patología de mama o mamografías alteradas?	76	5	12
¿Se han realizado campañas de sensibilización/comunicación en la población, para fomentar la participación en el tamizaje de cáncer de mama?	69	14	10
¿Existen acciones específicas para captar poblaciones vulnerables (adultos mayores, en condición de pobreza, etc)?	24	47	22

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta a hospitales regionales y periféricos.

De la información anterior se visualiza la implementación parcial de estrategias para la detección temprana del cáncer de mama. Si bien, se identifican fortalezas como mecanismos de referencia y contra referencia con hospitales o clínicas de mama, la capacitación del recurso humano, la ejecución de campañas de sensibilización, persisten deficiencias como la baja proporción de áreas que han realizado un diagnóstico situacional y que disponen de planes locales, así como la aparente inequidad en la distribución de recursos.

También, las áreas de salud indicaron los siguientes aspectos que repercuten en la gestión institucional:

- *Falta recurso humano para implementar la Clínica de Mama y existe dificultad de acceso al segundo nivel de atención para disponer de mamografías de manera oportuna.*
- *Brecha de EBAIS y red de servicios para mamografías se encuentra “colapsado”.*
- *“La población no acostumbra a tener actualizados sus datos de contacto y dificulta mucho la comunicación, ya sea para asignar cita, como para localizar pacientes con reportes alterados”.*
- *Faltante de médicos especialistas (radiólogos) para la lectura de resultados.*
- *“Se debe cumplir con el 90/10, lo que hace que no se puedan abrir agendas para otros programas. En el primer nivel nos limitamos a enviar referencias a mamografías y dependemos del segundo nivel para la realización de las mismas con lo que no podemos ofrecer un tamizaje y diagnóstico oportuno”.*

- *“Nuestro segundo nivel no tiene el recurso humano para dar soporte a estos programas, e igual para realizar tamizaje de Cáncer de mama y la interpretación oportuna de este estudio”.*
- *“Plétora de los servicios, listas de espera para cita de MMG o Especialista, MMG realizadas sin reporte de radiología”.*
- *“Retraso en entrega de los resultados, Factores Socioculturales (Miedo, desinformación, mitos, baja percepción del riesgo, resistencia a asistir a controles médicos preventivos)”.*
- *Falta concientización en la población, en cuanto al autoexamen de mama.*
- *(...) se tarda años son los US complementarios en los casos de BIRADS 0 que se envían al Hospital Maximiliano Peralta, que incluso se vuelven hacer la MMG según norma y aun así no les han realizado el US de la MMG anterior”.*
- *“Población muy dispersa, malos medios de transporte”.*
- *Encargado(a) de Clínica de Mama tiene a cargo las actividades ordinarias (Consulta Externa y demás) del EBAIS.*
- *“En jornadas -de producción- los ultrasonidos de mama se pagan a menor precio y los radiólogos no los buscan porque son más complejos que otros ultrasonidos. No todos los radiólogos tienen las destrezas para ultrasonido de mama y prefieren no realizarlos”.*
- *“La principal limitación que se tiene en el área, es el retraso en los reportes de mamografía que este momento están por encima de 8 meses y las citas para ultrasonido de mamas al 2031”*
- *“Carencia de capacidad instalada para el manejo de redes sociales”.*
- *“(...) reportes de mamografía tardan más de 6 meses en llegar”.*
- *Poco acceso a los servicios de salud por parte de usuarios: ubicación geográfica (zonas muy alejadas del área de salud, zona fronteriza que tiene mucha migración de población), nivel económico bajo, barrera cultural, no cuentan con aseguramiento.*
- *“(...) la lista de espera se ha hecho mayor, esta situación retrasa el diagnóstico y seguimiento de las pacientes que requieren de dichos estudios, por lo que en muchas ocasiones las pacientes en riesgo o que están en espera de biopsia tiene que realizarse los ultrasonidos en centros privados para poder agilizar la realización de biopsias para dar un diagnóstico oportuno”.*
- *“Después de Pandemia no hemos vuelto a participar de las sesiones de Oncología en el Hospital Calderón Guardia”.*
- *No existe articulación de clínica de cáncer de mama de hospital con el área de salud.*
- *Necesidad de capacitación, especialmente al personal sustituto.*
- *Aspectos de información y educación a las mujeres por “temor a irradiarse”.*
- *“Tenemos dos mamógrafos con estereotaxia, 5 ultrasonidos, tenemos 1 solo radiólogo”.*

De las visitas realizadas a algunas áreas de salud, la Dra. Ana Lorena Mora Carrión, directora médica del Área de Salud de Santa Bárbara, mencionó²⁰ dentro de las limitaciones

²⁰ Cédula narrativa del 3 de junio 2025.

para una detección temprana de cáncer de mama, los tiempos prolongados para que las pacientes puedan realizarse una mamografía y obtener los reportes de esos exámenes, debido a la saturación de servicios que presenta el hospital San Vicente de Paúl.

El Dr. Johnny Ruiz Guevara, coordinador de Primer Nivel de Atención en el Área de Salud de Santa Cruz, manifestó²¹ que carecen de personal médico capacitado para la implementación de una clínica de mama.

Por su parte, el Dr. Edgar Orlando Rodríguez director médico del Área de Salud Alajuela Oeste, indicó²² que en Área de Salud se dispone de dos médicos debidamente capacitados que colaboran en coordinar y gestionar la articulación tanto con el Área de Salud Alajuela Norte y el hospital San Rafael, o el hospital México a pacientes con resultados alterados.

Hospitales regionales y periféricos

De las encuestas enviadas a los hospitales regionales y periféricos, se recibieron 17 respuestas (un 90 %) excepto Los Chiles y Upala que no brindaron información, con los siguientes resultados:

Cuadro 5
Resultado de encuestas a hospitales regionales y periféricos
Al 30 de mayo 2025

Consulta efectuada	Sí	No	Parcialmente	No respondió
Disponen de al menos un radiólogo para la lectura de mamografías.	15	1	1	0
Disponen de técnicos en imágenes médicas capacitados en mamografías.	16	1	0	0
Disponen de un ultrasonido, en funcionamiento, para realizar estudios de mama.	17	0	0	0
Dispone de al menos un mamógrafo en funcionamiento.	11	5	1	0
El equipo de mamografía dispone de mantenimiento preventivo al día.	12	0	0	5
El área de mamografía es adecuada, accesible, privada y señalizada.	11	0	1	5
El entorno físico permite confidencialidad durante los exámenes.	12	0	0	5
El área dispone de información visible sobre educación y autocuidado para la prevención del cáncer de mama.	9	3	0	5
Dispone de Clínica de Mama.	13	4	0	0
El personal ha recibido capacitación en cuanto al manejo y gestión de la Clínica de Mama.	13	0	0	4

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta a hospitales regionales y periféricos.

Los resultados anteriores evidencian una moderada capacidad técnica y operativa para la atención del cáncer de mama, por cuanto, la mayoría dispone de al menos un radiólogo y personal técnico capacitado en mamografía, aunque se identifican debilidades en la disponibilidad de equipos en funcionamiento (mamógrafos). De igual forma, se reflejan oportunidades de mejora en cuanto a la infraestructura física y la experiencia del usuario(a), ya que solo 11 hospitales reportan áreas de mamografía adecuadas y accesibles, y

²¹ Cédula narrativa del 28 de mayo 2025.

²² Cédula narrativa del 16 de mayo 2025.

únicamente 9 disponen de información visible para la prevención del cáncer de mama, sin considerar las unidades que no respondieron en ese apartado.

Además, se consultó sobre el procedimiento utilizado cuando se dan resultados alterados en mamografías o ultrasonidos de mama, de lo cual se obtuvo que no existe un procedimiento específico para esos casos, ya que en algunos lugares coordinan con la Clínica de Mama, mientras que otros se comunican directamente con la usuaria(o) para la asignación de una cita para estudios complementarios, entre otros procedimientos.

Así mismo, entre las principales limitaciones que enfrenta esos hospitales para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, indicaron lo siguiente:

- *Existe limitación en el número de Radiólogos para atender adecuadamente la demanda, lo que ocasiona atraso en los reportes de estudios incluidos lo de mamografía.*
- *La lista de espera para realizar ultrasonidos afecta el diagnóstico oportuno, control y seguimiento, muchas veces no se pueden asignar citas en el tiempo requerido por falta de resultados de imágenes médicas. Hay retraso en reportes de mamografías y ultrasonidos.*
- *Daños en el mamógrafo, lo cual limita la realización de procedimientos de diagnóstico.*
- *“Se requiere un mamógrafo en áreas alejadas como Sarapiquí”. Las limitaciones geográficas y socioeconómicas de la zona hacen que las pacientes de esta región lleguen con diagnósticos más avanzados. Es importante ubicar una clínica de mama y mamógrafo en la zona, y también fuera del hospital como en el Área de Salud de Cubujuquí, lugar que se podría acondicionar para mamógrafo y Ultrasonido con especialista, ya que, debido al crecimiento poblacional de la provincia, tener mamógrafos únicamente en el hospital puede limitar la capacidad de oportunidad diagnóstica en las pacientes”.*
- *El “mamógrafo no cuenta con tomosíntesis o para biopsias por esterotaxia”.*
- *“No hay suficientes radiólogos, la lectura de mamografías se ha realizado siempre por alguna modalidad de tiempo extraordinario, en este momento se hace por medio de CUMCAS. También hay muy pocas plazas de técnicos de radiología, por lo que deben realizar mucho tiempo extraordinario para poder cumplir con todos los compromisos del nosocomio”.*
- *“No contamos con Mamógrafo. No se hacen biopsias con esterotaxia. No se cuenta con Especialidad Oncología, se debe trasladar al Hospital Regional (Hospital Escalante Pradilla) o a Hospital San Juan de Dios. No se colocan medicamentos de quimioterapia”.*
- *“Las principales limitantes para el tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama son: no contar con un equipo adecuado para realización de mamografías, no contar con el espacio físico para ubicar en un corto plazo un equipo de mamografía; adicionalmente. En cuanto al proceso de tratamiento, la principal limitante es la concentración de las especialidades requeridas en el tercer nivel de atención, en este caso el Hospital San Juan de Dios, lo cual genera una saturación de los servicios de ese centro con las derivaciones de toda la región y esto causa un*

impacto en la celeridad con la que se esperarían sean atendidos los pacientes con diagnósticos de cáncer de mama”.

- *Necesidad de “un técnico exclusivo para mamografía radiólogo, que reporte mamografía y un médico general capacitado para asumir clínica de mamas”.*
- *Existen atrasos en los “Reportes de mamografías debido a déficit de radiólogos”.*
- *Falta capacidad instalada limitada para atender solicitudes de estudios complementarios por recurso humano médico especialista en Radiología limitado.*
- *La principal limitante es no contar con mamógrafo para tamizaje, control y estudios especiales, así como existencia de lista de espera para ultrasonidos de mama.*
- *“Contamos con un solo especialista en radiología el cual debido a la gran cantidad de recargos que tiene en sus diferentes actividades los tiempos de espera de estudios TAC, mamografías y ultrasonidos de pacientes con patologías de mama se prolongan”.*
- *“El alto volumen de reportes de mamografía hace imposible reportarlos con la oportunidad deseada. Solo se cuenta con tres radiólogos para todas las tareas del segundo y el primer nivel asignado. El área física es pequeña por lo cual se aglomeran usuarios ya que se comparte sala de espera con gastroenterología. Plazo de espera para ultrasonido prolongado”.*

En visita realizada al hospital La Anexión, el Dr. Oscar Méndez Campos, director general a.i. manifestó²³, que se dispone de una atención especial para pacientes con sospecha de cáncer de mama liderada por el servicio de Cirugía General, quienes deben de priorizar o atender a las pacientes con resultados alterados, para lo cual se dispone de dos médicos generales debidamente capacitados en el manejo de estos pacientes, quienes, con el apoyo de un grupo de cirujanos, son los responsables de coordinar y articular con el hospital México.

En relación con la disponibilidad de mamógrafos en la Caja Costarricense de Seguro Social, según información suministrada por el Dr. Gonzalo Azúa Córdova, director ejecutivo, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, se disponen de 39 equipos distribuidos en 32 establecimientos de salud.

Al respecto, se obtuvo que 26 mamógrafos (el 66 %) ya superó el 80 % de la vida útil, algunos de ellos, como el asignado al Hospital San Vicente de Paúl se encuentra en el 188 % de uso.

Además, varios de los equipos que aún mantienen una vida útil por debajo del 90 % presentan problemas de funcionamiento por falta de repuestos, como sucedía con el Hospital San Carlos, Área de Salud Cañas, Hospital William Allen Taylor y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, según consta en el SICOP por compras que se tramitaban en mayo de 2025.

Como parte de las acciones institucionales para la sustitución de equipos, se comprobó que mediante la compra 2022LN-000002-0001103110 publicada en octubre de 2022, se tramita

²³ Cédula narrativa del 27 de mayo 2025.

la adquisición e instalación de cinco mamógrafos. Al 30 de mayo de 2025, este proyecto aún se encontraba en proceso de ejecución, lo que implica casi tres años de espera desde el inicio del trámite.

Adicionalmente, se obtuvo que la licitación mayor 2024LY-000011-00110110 correspondiente a la compra de otros diez mamógrafos, se encontraba en la etapa de análisis técnico en la misma fecha, por lo que, considerando los antecedentes del proceso anterior, se estima que la instalación de estos nuevos equipos podría demorar unos dos años, lo cual plantea el riesgo de que otros mamógrafos presentan un acelerado proceso de depreciación derivado de su uso intensivo.

Con respecto a la disponibilidad de mamógrafo, en la visita realizada en el hospital San Rafael, el Dr. Aldo Jiménez Obando, médico general coordinador de Clínica de Mamas, en ese hospital mencionó²⁴ que en este centro médico carece actualmente de este equipo, razón por la cual la población de Alajuela depende del funcionamiento del mamógrafo que está ubicado en el Área de Salud de Alajuela Norte, aspecto relevante debido a que ante alguna avería, impactaría en los plazos de espera.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, numeral 1.4 -Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI (Sistema de Control Interno”, establece textualmente:

“La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SIC es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias.

En el cumplimiento de esa responsabilidad, las autoridades citadas deben dar especial énfasis a áreas consideradas relevantes con base en criterios tales como materialidad, el riesgo asociado y su impacto en la consecución de los fines institucionales, incluyendo lo relativo a la desconcentración de competencias y la contratación de servicios de apoyo (...)”

La “Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama en Costa Rica”, numeral 3 -Justificación, menciona que “En Costa Rica, según las tendencias de los últimos años, el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres. Por esto, es indispensable definir las estrategias para que el profesional de la salud pueda detectar signos y síntomas que permitan la detección temprana, y con ello la sobrevida de la persona; siempre ajustándose a la infraestructura sanitaria y a los recursos disponibles”.

Esa misma norma establece en los artículos 5 y 6, que los profesionales en salud deben e informar a la población de las acciones disponibles para la detección de cáncer de mama y el tamizaje individualizado, así como la importancia de promover información y orientación en cuanto al diagnóstico temprano.

²⁴ Cédula Narrativa del 6 de junio 2025.

De acuerdo con la Dra. Silvia Marcela Rojas González, enlace de cáncer de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, “debido a la pandemia se podría haber generado un rezago en la detección y diagnóstico de cáncer de mama”, y entre los principales problemas identificados están “los atrasos en los reportes por falta de Radiólogos” y existe dificultad de atender la población de Cartago debido a la saturación del Hospital Maximiliano Peralta. Otro aspecto que al parecer ha limitado las actividades de promoción de la salud “fue la asignación del 90/10 de la Consulta Externa, ya que la mayor parte del tiempo los médicos deben de estar en atención directa a los usuarios reduciendo la participación en comisiones y asuntos relacionados con la educación a la población”.

La Dra. Rojas González consideró importante “la educación a la población en forma masiva, preferiblemente con una campaña institucional que se pudiera difundir a gran escala, con el apoyo de la Dirección de Comunicación Organizacional”.

Cabe reiterar que las debilidades descritas en cuanto al abordaje del cáncer de mama se originan principalmente por la limitada disponibilidad de recurso humano, especialmente médicos radiólogos y técnicos en imágenes médicas, así como por las deficientes condiciones del equipamiento, ya sea obsoleto o en mal estado.

Además, las oportunidades de mejora en capacitación continua del personal, la articulación entre niveles de atención; educación y concientización sobre el tamizaje; barreras socioculturales y geográficas que enfrenta la población, especialmente en zonas vulnerables, dificultan la oportunidad de respuesta por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Consecuentemente, esas limitaciones repercuten en la oportunidad diagnóstica, así como en el abordaje clínico durante etapas avanzadas del cáncer, en especial, porque las posibilidades de curación son menores y los costos de tratamientos son más altos, tanto para la institución para las personas afectadas.

6. PERSPECTIVA DE LA PERSONA USUARIA SOBRE LAS ACCIONES ORIENTADAS EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO.

Como parte de los procedimientos de auditoría interna y en coordinación con la Dirección de Comunicación Institucional, se aplicó una encuesta digital a través de las redes sociales oficiales de la institución (Facebook, Instagram y WhatsApp), con el objetivo de conocer la percepción de las personas usuarias sobre las acciones desarrolladas por la Caja Costarricense de Seguro Social en materia de detección temprana del cáncer de mama, de la cual, se obtuvo una participación de 659 personas y una participación mayoritaria de mujeres 85 %, con los siguientes resultados:

➤ Satisfacción

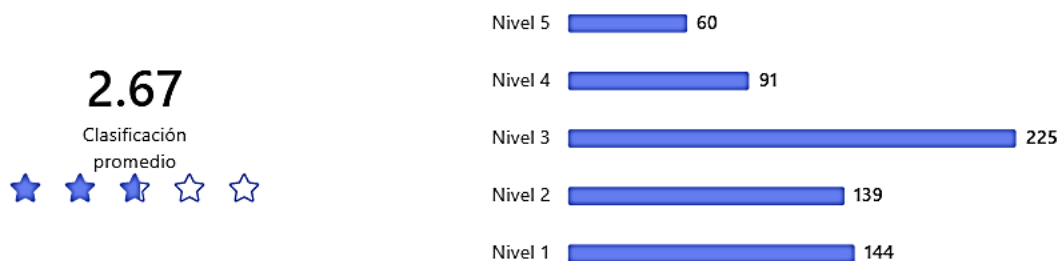
Los resultados reflejan un **bajo nivel de satisfacción**, obteniendo una calificación promedio de **2.6** en una escala de 1 a 5²⁵. Del total de participantes, el **34 %** calificó las acciones

²⁵ En una referencia de 1 a 5, siendo 1 muy malo, 3 regular y 5 excelente.

institucionales como “regulares”, mientras que un **42,9 % las consideró “malas” o “muy malas”**. Estos resultados evidencian una percepción negativa por parte de la ciudadanía, lo cual podría estar asociado a las limitaciones en cobertura, oportunidad y acceso a los servicios diagnósticos ofrecidos por la institución.

Imagen 5

Resultado general de satisfacción de la persona usuaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta a digital al público en general.

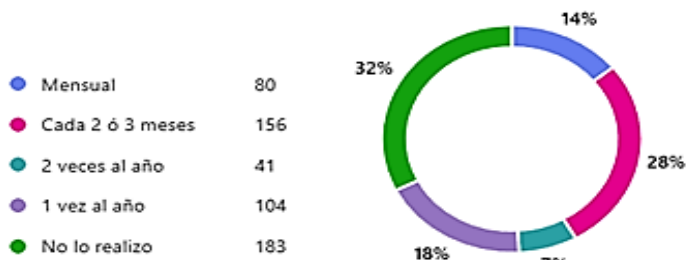
➤ Respecto a la comunicación y educación a los pacientes

Se identificó a través de las personas participantes que las acciones orientadas en la comunicación y educación sobre este tema, es insuficiente o poco efectiva, en virtud de lo que se detalla a continuación:

- El 38 % de las mujeres participantes indicaron no conocer los principales factores de riesgo. Sin embargo, el 43 % del total de participantes mencionaron que en su familia existía antecedentes familiares de cáncer de mama.
- El 14 % de las mujeres refirieron no haber recibido información de como realizarse el autoexamen de mama y 15 % indicó no recordar hace cuanto la recibió.
- Sobresale que el 32 % de las mujeres contestó no realizarse el autoexamen de mama, el 22 % se lo realiza de 1 a 2 veces al año y el 28 % que se lo efectúa cada dos o tres meses. El 14 % de las participantes indicó efectuárselo de manera mensual el autoexamen; sin embargo, estas respuestas no consideran si el paso a paso aplicado es el correcto.

Imagen 6 Resultado encuesta digital frecuencia autoexamen de mama Mujeres

4. ¿Con qué frecuencia se realiza el autoexamen de mama? (0 punto)



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta a digital al público en general.

- En el caso de los hombres, el 55 % respondió no haber recibido información sobre como realizar el autoexamen de mama; así mismo, el 73 % del total de los participantes, dijo no haberse realizado en algún momento dicho procedimiento. Consultados del porque nunca habérselo realizado, estos mencionaron las siguientes razones:

Imagen 7 Resultado encuesta digital porque no realizo autoexamen de mama Hombres

10. ¿Por qué no se lo ha realizado? (0 punto)



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta a digital al público en general.

La Ley General de Salud (Ley N° 5395) establece lo siguiente:

Artículo 2: Establece que la salud es un bien de interés público y que el Estado debe garantizar condiciones que favorezcan su promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”.

“Artículo 6: Señala que la acción sanitaria debe orientarse a la promoción de la salud como una función esencial del sistema.

La Norma General de Promoción de la Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, establece los siguientes enunciados:

Capítulo I – Disposiciones Generales:

Define la promoción de la salud como un proceso central para mejorar la calidad de vida de las personas, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas.

Capítulo III – Lineamientos estratégicos:

Establece que la promoción de la salud debe integrarse en todos los niveles de atención y en la planificación institucional, con énfasis en la participación comunitaria, la equidad y la sostenibilidad.

Los resultados obtenidos a través de la encuesta digital aplicada en redes sociales institucionales reflejan una percepción negativa significativa por parte de las personas usuarias respecto a las acciones desarrolladas por la institución en materia de detección temprana del cáncer de mama.

Este nivel de insatisfacción se encuentra estrechamente relacionado con deficiencias en las estrategias de comunicación y educación dirigidas a la población. Se evidenció un conocimiento limitado sobre los factores de riesgo asociados al cáncer de mama, así como una baja frecuencia en la práctica del autoexamen, tanto en mujeres como en hombres. Además, una proporción considerable de las personas encuestadas indicó no haber recibido información reciente o adecuada sobre cómo realizar correctamente dicho procedimiento.

La falta de campañas informativas efectivas, accesibles y sostenidas en el tiempo, así como la escasa inclusión de la población masculina en los esfuerzos educativos, han contribuido a una baja apropiación de prácticas preventivas por parte de la ciudadanía. Esta situación debilita el componente educativo del modelo preventivo institucional y limita su impacto en la detección oportuna de la enfermedad.

La insuficiencia en las estrategias institucionales de promoción y educación para la detección temprana del cáncer de mama ha generado un impacto negativo en el nivel de conocimiento y en la adopción de prácticas preventivas por parte de la población. Esta situación se traduce en una baja apropiación de conductas de autocuidado, como el autoexamen de mama, y en un desconocimiento generalizado sobre los factores de riesgo asociados a la enfermedad, lo cual limita la capacidad de las personas usuarias para identificar signos de alerta de forma oportuna.

Además, la falta de información accesible y dirigida a distintos grupos poblacionales, incluyendo a los hombres, ha contribuido a una percepción de exclusión y desinformación, debilitando el vínculo entre la ciudadanía y la institución. Esta percepción se refleja en los bajos niveles de satisfacción reportados en la encuesta, lo que puede afectar la confianza

en las acciones institucionales y reducir la participación activa de la población en las estrategias de prevención.

En conjunto, estos efectos comprometen la efectividad del modelo preventivo institucional, aumentan el riesgo de diagnósticos en etapas avanzadas y generan una mayor presión sobre los servicios de salud, tanto en términos clínicos como financieros.

7. PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER DE MAMA

Esta Auditoría en coordinación con la Dra. Indira Zecca Escalante, directora del Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, conversó con un grupo de mujeres del “Plan de soporte grupal para pacientes con Cáncer de mama” a cargo de la Dra. Ileana Ramos Villalobos, Psicóloga Onco-Paliativa, sobre las experiencias obtenidas durante el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, de lo cual se evidenció la necesidad de mejorar la calidad y calidez con un enfoque humanizado en la comunicación médico-usuaria(o) de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, así como la importancia de brindar un acompañamiento psicológico o psicosocial a las personas que están en llevando tratamientos derivados de esa enfermedad.

A continuación, se detallan algunos criterios obtenidos:

- “Nunca me hice el autoexamen de mama, en el EBAIS no me mandaron una mamografía, acudí a un centro privado donde me detectaron el cáncer de mama y en dos meses me estaban operando en la CCSS”.
- “Fui al EBAIS para una consulta por un padecimiento de salud, por insistencia del médico me envió la mamografía y posteriormente me llamaron para efectuar un ultrasonido, resulté con cáncer de mama”.
- “Faltó información sobre mi situación de salud y acompañamiento Psicológico el cual brindan en el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, cuando consulté sobre una pastilla que debía tomar no recibí respuesta, la doctora únicamente me indicó si deseaba “la pastilla o la metástasis”.
- Al consultar sobre la cirugía de mamas el médico indicó que “Dele gracias a Dios que no le cortaron el pecho, porque a ella -mujer que estaba al lado- le cortaron las dos”.
- “Tengo un año de operada, en el área de salud tenía control de mamografías, me dieron de alta porque no tenía nada. Dejaron de hacerme ultrasonidos y mamografías, ambas se efectuaban en plazos extensos y tenía que rogar para que me hicieran esos procedimientos.
- La radióloga me decía que “está bien” y que tenía “unos quistecillos”, posteriormente “fui a lo privado y la mamografía salió con un nódulo tipo 4.
- “Todos los años me hacía estudios por problemas en los senos a nivel privado, me operé en la CCSS, actuaron muy rápido, en 7 días me aplicaron la quimioterapia, sin embargo, no dan suficiente información sobre los procedimientos que serán realizados”.
- “El principal problema está en los EBAIS y en los plazos para efectuar mamografías. Una vez que se detecta el cáncer la CCSS actúa muy rápido”.

Los “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados” artículo 2, establece lo siguiente:

- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.

La Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama en Costa Rica, artículo 6.5 Abordaje de casos confirmados dispone que “A toda persona con diagnóstico confirmado se debe manejar por un grupo de médicos especialistas conformado al menos por: oncólogo médico, cirujano oncólogo y oncólogo radioterápico. Dependiendo las necesidades del paciente, también pueden ser incluidos profesionales especialistas en cuidados paliativos, nutrición, o psicología, entre otros”.

En concordancia con lo descrito en los hallazgos anteriores, se reitera que entre los principales factores que inciden en diagnósticos tardíos, se encuentran la falta de acceso a los servicios de salud, así como la falta de educación y concientización sobre el autocuidado

Además, la posible falta de sensibilización y humanismo de profesionales en ciencias médicas hacia personas que enfrentan procesos de radioterapia, quimioterapia u otros tratamientos oncológicos, afecta la dignidad, el bienestar psicológico y físico, así como la confianza en el sistema público otorgado por la institución.

Tal insatisfacción e inseguridad en las personas usuarias sobre su condición de salud podrían estar generando la necesidad de recurrir a los servicios de medicina privada para procedimiento de diagnóstico y tratamientos especializados.

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

Se evidenció que las Gerencia Médica, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, la Dirección de Red de Servicios de Salud y las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, no disponen de un mecanismo de control interno para la definición y gestión de riesgos vinculados al desarrollo del presente estudios.

Por lo anterior, se hacen de conocimiento a esas unidades, 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 en relación con el Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional detalla²⁶:

“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:

“(…)

²⁶ Artículo 18 de la Ley de Control Interno.

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 SCl. Las autoridades indicadas deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure.

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 los mecanismos utilizados por las autoridades institucionales para la definición de los riesgos identificados, en cuanto al tamizaje y detección temprana del cáncer de mama, 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 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.

CONCLUSIONES

Los resultados de la evaluación evidenciaron debilidades en la gestión gerencial y operativa en relación con el componente de accesibilidad para estudios diagnósticos de mama, lo cual ha limitado la capacidad institucional para garantizar una atención oportuna, equitativa y centrada en la persona. La insuficiente cobertura de mamografías, el incremento sostenido en las listas de espera, la distribución desigual de recursos, las disparidades regionales en el acceso, y oportunidad de atención reflejan una planificación deficiente, poca capacidad operativa para responder a las necesidades de la población, lo cual compromete la eficacia del modelo preventivo institucional.

A esta situación se suma la limitada capacidad institucional para generar, sistematizar y utilizar información estadística confiable, lo que ha restringido la posibilidad de identificar aspectos como incidencia y mortalidad del cáncer de mama, así como la capacidad

productiva institucional y las necesidades reales de la población para priorizar intervenciones basadas en evidencia. Esta debilidad en los sistemas de información afecta no solo la eficiencia operativa y la asignación de recursos, sino también la trazabilidad, el monitoreo y la rendición de cuentas, elementos fundamentales para la mejora continua, sistematización y sostenibilidad del modelo de atención.

Adicionalmente, se identificó la necesidad de fortalecer las estrategias institucionales orientadas a la comunicación y la educación para la detección temprana del cáncer de mama, a efecto de generar un impacto positivo en el conocimiento y las prácticas preventivas de la población. La falta de información accesible, oportuna y adaptada a distintos grupos poblacionales, incluyendo a los hombres, ha debilitado el vínculo entre la ciudadanía y la institución, afectando la confianza en las acciones desarrolladas y reduciendo la participación de la población en las estrategias de prevención.

Es fundamental reiterar que las debilidades identificadas en el acceso oportuno a los servicios impactan directamente en la salud y bienestar de las personas, particularmente en quienes enfrentan barreras geográficas o condiciones socioeconómicas adversas. Esa falta de oportunidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama no solo compromete la eficacia del sistema, sino que conlleva intervenciones tardías con mayor sufrimiento humano y la posible pérdida evitable de vidas.

Por lo anterior, es indispensable que la Caja Costarricense de Seguro Social no solo fortalezca sus procesos administrativos y técnicos, sino que priorice una cultura de educación, empatía y sensibilidad humana comprometida con la equidad, la dignidad, y el derecho a la salud y la vida de las personas.

RECOMENDACIONES

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

1. En virtud de que el cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en nuestro país y considerando que los resultados de la evaluación evidenciaron debilidades en la gestión gerencial y operativa, en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, la atención preventiva y la detección temprana de esa enfermedad, se considera necesario que la Gerencia Médica implemente las siguientes acciones, entre otras, que se consideren necesarias para el abordaje integral del cáncer:
 - a. Valorar la inclusión del cáncer de mama en el Plan Táctico Gerencial y en las agendas estratégicas de inversión en salud, con el objetivo de ejecutar acciones inmediatas que permitan el fortalecimiento de la estrategia institucional en cuanto a la implementación de mejoras progresivas en el abordaje integral de dicha patología.
 - b. Efectuar las acciones que permitan la optimización de la capacidad instalada como el recurso humano, equipamiento, la organización y gestión de los servicios en jornada ordinaria y extraordinaria; coordinación entre niveles; mecanismos de

referencia y contra referencia, entre otros que permitan mejorar la cobertura de mamografías, la accesibilidad y los tiempos de espera.

- c. Instruir y coordinar con las instancias técnicas que se consideren pertinentes, el diseño de un sistema de información robusto que permita fomentar la implementación de estrategias mediante la toma de decisiones basadas en evidencia y con sustento en indicadores de salud (epidemiológicos, morbilidad, mortalidad, demográficos, etc.); Así como, que dicho sistema permita identificar mamografías de tamizaje y mamografías diagnósticas; dar trazabilidad a personas con riesgo aumentado o sospecha de cáncer, incluyendo el estadío de quienes ya presentan un diagnóstico de esa enfermedad; monitorear la productividad de mamografías durante la jornada ordinaria o extraordinaria, y los resultados pendientes de interpretación u otros requeridos para la toma de decisiones .
- d. Gestionar con la Dirección de Red de Servicios de Salud, Unidad Técnica de Listas de Espera y las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud el reforzamiento y articulación interregional para la interpretación radiológica.
- e. Fortalecer las alianzas público-privadas para la realización y lectura de mamografías para mejorar la cobertura en tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama.
- f. Coordinar acciones con los programas institucionales de atención oncológica, psico-social y cualquier otra que se garantice pertinente, a efecto de garantizar un abordaje integral en aspectos físicos, psicológicos, sociales y emocionales a las personas vinculadas a un proceso de diagnóstico, tratamiento e intervención de cáncer de mama.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, la Gerencia Médica deberá presentar evidencia de las acciones priorizadas, los mecanismos de evaluación y seguimiento institucional, para el abordaje integral del cáncer de mama; en el cual, se considere aumento de coberturas, construcción del sistema de información para la toma de decisiones basadas en evidencia científica, implementación de indicadores, reforzamiento y articulación regional, fortalecimiento de alianzas público-privadas y coordinación de acciones con programas institucional para el acompañamiento bio-psico-social de las personas usuarias diagnósticas con esta patología.

2. Coordinar e instruir con las instancias pertinentes el revisar y actualizar los lineamientos técnicos relacionados con el tamizaje, detección y diagnóstico oportuno del cáncer de mama, mediante la normalización de la atención a través de la definición de estándares, responsables del control y seguimiento, gestión en red, entre otros aspectos conforme a la actualización de la Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer de Mama (Decreto Ejecutivo N.º 44771-S, 2025) y cualquier otro criterio que permita fortalecer la gestión y toma de decisiones en los servicios de salud sobre esta patología, asegurando además su divulgación transversal en todos los niveles de atención. Lo anterior según lo descrito en el hallazgo 1.

Para garantizar el cumplimiento con lo recomendado, ese despacho deberá presentar evidencia documental de la instrucción, coordinación y avance del proceso de normalización, revisión y actualización de los lineamientos técnicos emitidos.

Plazo de cumplimiento: de las recomendaciones 1 y 2, 10 meses a partir del recibido del informe.

AL DRA. KARLA SOLANO DURAN DIRECTORA DE RED DE SERVICIOS DE SALUD O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

3. En conjunto con las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, atender los siguientes aspectos:
 - a) Valorar a partir de los resultados expuestos, la inclusión o vinculación en el Plan de Gestión Regional, el fortalecimiento del tamizaje y diagnóstico oportuno de cáncer de mama. Lo anterior considerando su alta incidencia en el país, según lo refiere el *Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024–2024–2030*, para todas las edades y en ambos sexos; en la cual, la Institución posee el rol prioritario como prestador de servicios de salud pública. Lo anterior en atención del hallazgo 1 y 6.

Para acreditar lo recomendado deberá presentar evidencia documental del resultado de la valoración técnica realizada, y en el tanto se determine la viabilidad de la inclusión o vinculación, deberá presentar evidencia de la divulgación y ajustes realizados a dicho Plan.

- b) Promover que en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención que tengan implementado las Clínicas de Mama, dispongan con el recurso humano capacitado y actualizado, espacios físicos accesibles, privados, señalizados y adecuados para la atención diferenciada. Así como, garantizar la calidad de los registros contenidos en la información estadística, con el objetivo que estos permitan determinar la demanda de servicios, identificar brechas y tomar decisiones basadas en evidencia. Lo anterior en atención del hallazgo 3 y 5.

Para acreditar lo recomendado deberá presentar evidencia documental de la idoneidad del personal que brinda servicios, mecanismo de atención implementado de las condiciones de ergonómicas de los espacios de prestación de servicios; así como, el mecanismo de control de calidad implementado y los resultados obtenidos en su etapa de implementación.

- c) En coordinación con la instancia técnica pertinente, diseñar e implementar estrategias sobre prevención, autoexamen, factores de riesgo del cáncer de mama, entre otros aspectos de relevancia, con énfasis en poblaciones vulnerables, que permita además una mejoría en la percepción de las personas usuarias, según lo mencionado en el hallazgo 6.
 - d) Efectuar estrategias de sensibilización periódicas y de capacitación dirigidas al personal de salud que participa en el proceso de atención del cáncer de mama, con el propósito de fortalecer la importancia del trato humanizado y la adecuada comunicación sobre los procedimientos clínicos, riesgos, tratamientos previstos, según los requerimientos de cada usuaria(o), en virtud de los aspectos descritos en el hallazgo 7.

Para acreditar el cumplimiento la recomendación de los apartados c y d, deberá de presentar evidencia documental del diseño de las estrategias, alcance, meta, contenido, responsables y frecuencia de implementación.

- e) 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 el uso racional de los recursos, los cuales estén vinculados con el “Catálogo Institucional de Riesgos” considerando los riesgos determinados en el presente informe, así como lo señalado en la “Guía Institucional de Valoración de Riesgos” de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 7.

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

Plazo de la recomendación y todos sus puntos: 10 meses a partir del recibido del informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados del presente estudio fueron comentados el 22 de julio de 2025, de conformidad con oficio de convocatoria AI-1131-2025, con los siguientes funcionarios(as):

- ✓ Licda. Eunice Gómez Cartín, Gerencia Médica.
- ✓ Licda. Mayteh Rojas Hernández, Gerencia Médica.
- ✓ Dra. Casandra Leal Ruiz, Gerencia Médica.
- ✓ Dr. Javier Céspedes Vargas, Dirección Red de Servicios de Salud.
- ✓ Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado, Dirección de Red de Servicios de Salud.
- ✓ Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Proyecto De Fortalecimiento De La Atención Integral Del Cáncer.

En cuanto a los hallazgos del informe, se emitieron los siguientes comentarios:

El Dr. Azúa Córdova comentó que *“en la normativa vigente no se había efectuado el ajuste técnico respecto al cáncer de mama porque hubo oposición a la norma del 2021 emitida por el Ministerio de Salud, la cual establecía que las mamografías tenían que ser realizadas cada año, y hasta el año pasado se retomó para cada dos años. Respecto al autoexamen de mama ya no se recomienda por la OPS, porque genera muchas consultas para las mujeres por no disponer de los conocimientos y riesgos. La principal deficiencia actual son los sistemas de información, además, existen limitaciones de coordinación y articulación con los hospitales”*.

Además, el Dr. Azúa Córdova, indicó que *“la elaboración de documentos normativos le corresponde a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud”*.

El Dr. Céspedes Vargas, mencionó que, *“para procedimientos de diagnóstico y de acuerdo con la capacidad instalada institucional se puede abordar un 40 % de la población femenina, el restante opta por efectuarse estudios a nivel privado. Además, no hay una base de datos para conocer si la mamografía es diagnóstica o de tamizaje. Se debe tener en cuenta que otra afectación ha sido la fuga de especialistas, especialmente Radiólogos, lo cual ha afectado los tiempos de espera”*.

En relación con las recomendaciones y plazos de atención, los representantes de la administración solicitaron lo siguiente:

Recomendación 1:

Consolidar el punto a y b en una sola recomendación y sustituir “incluir” por “valorar” en el b).

Punto d: indicar que sean “sistemas de información”, fusionarlo con el punto e).

Punto f) integrar a la Dirección de Red y la UTLE.

Punto h) eliminar “salud ocupacional”.

Se solicita ampliar plazo de 8 meses a 10 meses.

Recomendación 2:

El Dr. Azúa Córdova solicitó la modificación en cuanto a *“Coordinar con la Dirección de Red de Servicios de Salud la revisión de los lineamientos...”* y que en el entregable *“se establezcan las coordinaciones y presente el avance de las acciones ejecutadas”*, con un *“plazo de 10 meses”*.

Recomendación 3:

Trasladarla a la recomendación 1, numeral d) sobre sistemas de información, por ser competencia de la Gerencia Médica, según lo indicado por la Dra. Leal Ruiz y Dr. Céspedes Vargas.

Recomendación 4:

Punto a) modificarse la segunda parte *“con el objetivo que se coordine las referencias al siguiente nivel de atención”*, por cuanto el tratamiento es competencia de cada establecimiento de salud, según lo indicado por el Dr. Céspedes.

Modificar a “Valorar a partir de los resultados expuestos, sea incluido en el plan de gestión local el fortalecimiento del tamizaje y diagnóstico”.

Punto b) eliminar *“sistemas de información”* y *“establecer”*.

Punto c) implementar *“estrategias”* en lugar de *“campañas”* y eliminar el *“autoexamen”* y dirigidas a *“mujeres y hombres”*.

Punto d) eliminar *“campañas”* por *“estrategias”*.

Punto e) orientarlo a *“los hospitales”* por estar dirigido a personas en tratamiento por el cáncer de mama.

Se solicitó ampliar el “plazo a 10 meses”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Respecto a lo solicitado por los funcionarios(as) de la Gerencia Médica y Dirección de Red de Servicios de Salud, se aceptó y modificó los términos y plazos de las recomendaciones, excepto en lo siguiente:

- ✓ Auto examen de mama: De acuerdo con el documento “Detección temprana: concientización sobre la salud y exploración clínica de las mamas” emitido por la Organización Panamericana de la Salud²⁷, *“Los profesionales de la salud deben estar preparados para educar a las mujeres acerca de los factores de riesgo y los signos y síntomas del cáncer de mama como parte de la concientización sobre la salud mamaria. Enseñar cómo se realiza la autoexploración mamaria puede formar parte de los programas de concientización sobre la salud mamaria y de las estrategias de diagnóstico precoz, pero no se recomienda por sí sola como método de tamizaje para la detección temprana”*.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD



Firmado
Digitalmente

Lic. Rocky Manuel Calderón Rodríguez
ASISTENTE DE AUDITORÍA



Firmado
Digitalmente

Lic. Luis Alberto Arce Pérez
ASISTENTE DE AUDITORÍA



Firmado
Digitalmente

Lic. Odir Matarrita Sánchez
ASISTENTE DE AUDITORÍA



Firmado
Digitalmente

Lic. Francella Fallas Núñez
JEFE SUB-ÁREA



Firmado
Digitalmente

Lic. Alexander Nájera Prado
JEFE ÁREA

OSC/RJS/ANP/FFN/RMCR/LAAP/jfrc

²⁷ https://www.paho.org/sites/default/files/2018-02/UICC_EarlyDetection_BreastAwareness_SPANISH_FA.pdf