



ASALUD-0049-2024

6 de septiembre de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó de conformidad con el programa de actividades especiales del Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el período 2024, referente a la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia de los centros médicos de la Región Huetar Atlántica y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría, se determinó que existen aspectos que deben ser mejorados que están asociados a la hoja de Ruta para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, propuesta por la gerencia médica, sin embargo, se observó que esta iniciativa carece de un adecuado direccionamiento y socialización, ya que no ha sido comunicada a las unidades responsables de su ejecución; aunando a la falta de articulación con otras estrategias desarrolladas a lo interno de la institución como lo es; la "Estrategia para la prevención y atención a la violencia obstétrica en la Caja Costarricense de Seguro Social", definida por la presidencia ejecutiva.

En cuando a la planificación, se evidenció que se requiere una mejor definición de metas formuladas para la prestación de servicios de Ginecología y Obstetricia en los hospitales Tony Facio y Guápiles, así como en el Área de Salud Talamanca y Siquirres, conforme a los datos de 2023 y el análisis desarrollado por la Dirección de Centros Especializados que documenta una contracción de la oferta de servicios disponibles en la especialidad médica.

En el Área de Salud Talamanca se carece de una supervisión del quehacer técnico y administrativo que desarrollan las profesionales en enfermería, así como de la especialidad médica en Gineco-Obstetricia, de manera que se logre verificar un mejor aprovechamiento de los cupos disponibles. Adicionalmente, se constató que las enfermeras en obstetricia no disponen de los espacios físicos suficientes para el cumplimiento de sus funciones, ya que, existe un único consultorio para brindar toda la oferta de servicios.

En ese mismo centro se logró documentar que 2 de las profesionales destacadas en el centro tienen el Curso de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal (RCPT) vencido y el mismo consiste en una certificación de carácter obligatorio para el personal que presta sus servicios en maternidad, partos y neonatología, el cual brinda a los profesionales la posibilidad de atender de mejor manera situaciones de emergencia.

Por otra parte, la fuga de médicos especialistas ha impactado los diferentes centros médicos institucionales, sin embargo, el hospital de Guápiles ha sufrido una salida importante de recursos médicos en Gineco-obstetricia, actualmente este nosocomio no dispone de un médico de planta, sino que cubre la demanda con profesionales de Contrato de Servicio y Retribución Social, situación que ha complicado la cobertura en todos los servicios que se brinda, siendo la Consulta Externa la que ha sufrido la mayor afectación, aspecto que genera preocupación debido a que limita las acciones efectivas en la detección de cáncer de cérvix y otros diagnósticos.

Respecto a la normativa disponible para la programación y gestión de los procedimientos quirúrgicos existe incertidumbre para las unidades, por cuanto, algunos de los procesos que refiere la norma actual no son aplicables, situación que ha incidido en que cada centro aplique los criterios que mejor considera, es decir, se carece de una estandarización de procesos.

Se evidenció el incumplimiento de los requisitos establecidos en la cantidad de personas que intervienen en los procesos de programación quirúrgica, a pesar de que la normativa vigente "*Lineamiento de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

del Seguro Social¹ establece claramente la cantidad y perfiles requeridos para participar en estos procesos, por lo tanto, existe una oportunidad de mejora, ya que no todos los centros se adhieren a estos lineamientos. Aunado a lo anterior, 4 de los 5 centros médicos visitados mantienen documentos físicos asociados a la programación quirúrgica, sin embargo, algunos de estos legajos documentales carecen de mecanismos de control interno y presentan deficiencias en calidad de la información.

Sobre la lista de espera quirúrgica de la Región Huetar Atlántica y el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, al 20 de mayo de 2024 esta consistía en 3 976 usuarias, de las cuales 1 934 obedecen a una salpingectomía, es decir el 48.64% de las usuarias.

Así mismo, existen oportunidades de mejora relacionadas con la clasificación de las usuarias, debido a que se documentan diferencias en lo que indican los documentos físicos (solicitud de hospitalización) y lo incluido en el ARCA, así como disparidad en las fechas de inclusión en dichas listas. Se logró constatar que las hojas de criterios de priorización de la patología ginecológica quirúrgica y de salpingectomía presenta debilidades de control interno y calidad de la información consignada como: la firma del médico tratante, completez de los datos, anotaciones con lápiz, bolígrafo y otros.

En cuanto a los plazos de espera se documenta que en el hospital Tony Facio Castro tiene una usuaria con priorización alta y 853 días de espera para una histerectomía, así como una paciente cuyo criterio de priorización es alta con anotación en lapicero “ALTO RIESGO CÁNCER” y al momento de la visita de esta Auditoría habían transcurrido 264 días sin que se iniciara su proceso de preparación prequirúrgica.

En el hospital de Guápiles se documenta que el 93% de las pacientes que se encuentran en la lista de espera obedecen a una salpingectomía. Respecto al análisis y valoración de una muestra de expedientes en el citado nosocomio, se determinó que al menos 5 usuarias con una cesárea reingresaron por una “Infección de herida quirúrgica”, siendo preciso fortalecer los mecanismos de bioseguridad al usuario.

En el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se evidenció que se llevaron pacientes a sesión prequirúrgica entre el 23 de setiembre de 2023 al 26 de febrero de 2024, sin embargo, un 56.60% de estas pacientes continúan a la espera de su resolución quirúrgica.

De igual forma, llama la atención de esta Auditoría el caso de una usuaria que estuvo en lista de espera 40 días naturales para un procedimiento de histerectomía, mientras que se documenta que existe otra usuaria que ha esperado 1 060 días naturales y requiere el mismo procedimiento quirúrgico. Así como el caso de una usuaria que esperó aproximadamente un año por una Laparoscopia, pero había al menos 92 usuarias más antiguas en espera del mismo procedimiento.

Además, se constató que la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, no ha cumplido a cabalidad con los informes de mortalidad materna que solicita la Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Ministerio de Salud, siendo que para I semestre del año en curso se encuentran 3 casos pendientes de análisis.

En el Área de Salud Siquirres, se registra una lista de espera de 520 usuarias, sin embargo, la capacidad de poder maximizar la infraestructura de las salas de operaciones se ha visto reducida por la falta de recurso humano especializado como el especialista en anestesiología y recuperación mismo que ha laborado únicamente 6 días desde que fue enviado al centro a cumplir con el contrato de Retribución Social¹.

Llama la atención de esta Auditoría que, pese a que existe una propuesta denominada: “Plan para la gestión de las listas de espera de cirugía en la red Integrada de Prestación de Servicios de Salud en la Huetar Atlántica”, con el objetivo de reducir los plazos promedio en las listas de espera de cirugía mayor ambulatoria, no se evidencia un impacto real en los centros médicos.

¹ Del 5 de febrero al 10 de abril de 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Preocupa a esta Auditoría que se han identificado casos donde se registran fechas que no son congruentes con la consignada en la solicitud de hospitalización en la cual se requirió el procedimiento quirúrgico (anteriores o posteriores), y con la fecha registrada como ingreso a la lista de espera quirúrgica (ARCA), evidenciándose casos donde se documentan hasta 747 días naturales de diferencia (posterior) y 443 días (antes), lo cual afecta el orden en el que las usuarias son llamadas para iniciar su proceso prequirúrgico y consecuentemente la programación de la cirugía.

Se evidenció que se requiere fortalecer las prácticas de depuración de la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología que se realizan en los diferentes establecimientos de salud evaluados, debido a que se comprobó que se depuran usuarias de la lista de espera porque están esperando alguna resolución o que deben cumplir con algún requisito para ser operadas, y posteriormente se reingresa a la lista con una nueva fecha de ingreso, lo anterior, presuntamente para no tener registros de pacientes muy antiguas.

Finalmente, existen oportunidades de mejora en cuanto a la definición y fortalecimiento de la matriz de riesgos de los centros médicos, por cuanto no se consideran aspectos relevantes que podrían incidir en la prestación de servicios de la población femenina y la familia gestante.

En virtud de lo anterior, esta Auditoría interna formuló 18 recomendaciones dirigidas a la Gerencia Médica, Unidad Técnica de Listas de Espera, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, directores generales de los hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Guápiles y Tony Facio, directores médicos de las áreas de salud Talamanca y Siquirres, así como a la jefatura de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, para que realicen las acciones necesarias a fin de subsanar las debilidades de control interno antes expuestas.



ASALUD-0049-2024

6 de septiembre de 2024

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA EN LA RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR ALTÁNTICA Y EL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con la programación de actividades especiales del Plan Anual Operativo de 2024 para el Área Auditoría de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia en los centros médicos de la Región Huetar Atlántica y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las acciones estratégicas realizadas en cuanto al direccionamiento y conducción técnica en la especialidad de Gineco-Obstetricia.
- Determinar la gestión del servicio de Ginecología en relación con la programación, control y supervisión de la prestación de los servicios de salud.
- Evaluar las condiciones de conservación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y de las áreas de salud evaluadas.
- Comprobar el cumplimiento del marco normativo aplicable en los procesos de programación quirúrgica de las pacientes de Ginecología.
- Verificar las acciones realizadas para gestionar los riesgos inherentes a la oferta de servicios de Gineco-obstetricia.

ALCANCE

La evaluación comprende la revisión y análisis de la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia en cuanto a las acciones de direccionamiento y conducción estratégica - regional, procedimiento ejecutado para la programación quirúrgica de pacientes de Ginecología, considerando aspectos como: ingreso de usuarias a la lista de espera, depuración, calidad de los registros, las estrategias en red para su abordaje, así como las condiciones de infraestructura de los hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Tony Facio Castro, Guápiles y Áreas de Salud Siquirres y Talamanca, durante los periodos del 1° de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2023, extendiéndose en los casos en que se considere 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 1° 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.



LIMITACIONES AL ESTUDIO

Con el fin de disponer del dato de los informes presentados por la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia por concepto de muertes maternas durante el I trimestre de 2024, se solicitó a la Dra. Natalia de los Ángeles Solano Tenorio, Coordinadora de la citada Comisión lo siguiente:

- Informes que han desarrollado a lo interno del centro médico como parte de las funciones de esa comisión.
- Informes, análisis y documentación remitida al Ministerio de Salud por parte de esa Comisión relacionadas con muertes materno infantil reportadas en ese centro médico durante el I trimestre de 2024.

Al cierre de esta evaluación (25 de junio de 2024), la información requerida no fue suministrada, a pesar de reiterados recordatorios mediante correo electrónico por parte de funcionarias de esta Auditoría.

METODOLOGÍA

- Inspección ocular en los diferentes Servicios de Gineco-Obstetricia de los centros médicos evaluados:
 - El 6 de febrero de 2024 se visitó los Servicios de Maternidad, Sala de Partos, Ginecología y Neonatología del Hospital Dr. Tony Facio Castro en compañía de la Dra. Ginnel Marie Henry Chamberlain, Supervisora de Enfermería de ese centro médico.
 - El 8 de febrero de 2024 se visitó los Servicios de Maternidad, Pre- Partos, Sala de Partos, Ginecología y Neonatología del Hospital de Guápiles en compañía del Dr. Glen Chavarría Beita, médico general, coordinador del Servicio de Hospitalización y la Dra. María del Carmen Chacón Castillo, médico asistente de la dirección de ese centro médico.
 - El 26 de febrero del 2024 se visitó los salones de hospitalización de los Servicios de Ginecología, Obstetricia, Neonatología y en el Servicio de Emergencias en el área destinada para Emergencias obstétricas del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en compañía de los siguientes funcionarios de ese centro médico: Dr. Jorge Eduardo Navarro Cruz, Jefe, Dra. Laura Bustillos Pacheco, Asistente Médico, ambos de la de la Sección de Gineco-Obstetricia, Dr. Jhony Olmedo Soriano, jefe Servicio de Ginecología, Dr. Gustavo Brenes Fallas, Médico Asistente Especialista en Gineco-Obstetricia y la Dra. Irene Morúa León, Jefe del Servicio de Neonatología.
 - El 9 de abril de 2024 se visitó el Servicio de Gineco-Obstetricia del Área de Salud Talamanca en compañía de las doctoras Sianne Palmer Miler, Enfermera Obstetra y Olga Markelov Markelova, médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia de ese centro de salud.
 - El 10 de abril de 2024 se visitó la Consulta Externa del Servicio de Gineco-Obstetricia y las Salas de Operaciones del Área de Salud Siquirres en compañía de la Dra. Fressia Rodríguez Bonilla, jefatura del Segundo Nivel de ese centro de salud.
- Análisis de información solicitada a los siguientes funcionarios:
 - Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez, en calidad de asesora de la Gerencia Médica.
 - Dra. María Elena Artavia Mora, subjefe de la Coordinación Nacional de Enfermería.
 - Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Asistente de la Coordinación Nacional de Enfermería.

- Dra. Tania Jiménez Umaña, directora general a.i del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Lic. Luis Gustavo Ramirez Alvarado, encargado seguimiento informes de Auditoría, Dirección Red de Servicios de Salud.
 - Dra. Julet Edwards Loban, Supervisora Regional de Enfermería, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.
 - Licda. Jill Castro Walker, Encargada de Planificación Regional, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.
 - Dra. Vernia Zulay Contreras Mora, miembro de la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Dra. Yajaira Badilla Bermúdez, Coordinadora de la Comisión de Control de Infecciones Nosocomiales, Hospital de Guápiles.
 - MSc. Xinia Zúñiga López, Jefatura de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, Área de Salud Talamanca.
 - Lic. Mainor Obando Rodríguez, Encargado de Oficina de Recursos Humanos, Área de Salud Talamanca.
 - Dr. Julio Antonio Molina Masis, director de enfermería, Área de Salud Talamanca.
 - Dra. Siannie Palmer Miller y la Dra. Carmen Lidia Castro Chaves, ambas enfermeras obstetras del Área de Salud de Talamanca.
- Se efectuó revisión de una muestra de 66 expedientes de salud de usuarias durante el I trimestre de 2024, de la siguiente manera:
 - Revisión en el EDUS² de 45 expedientes de salud de usuarias atendidas en el Hospital de Guápiles, 18 pacientes que fueron referidos del Hospital de Guápiles a otros centros médicos asistenciales y 27 reingresos.
 - Revisión en el EDUS de 21 casos de reingresos del Hospital Dr. Tony Facio Castro.
 - Revisión de una muestra de documentos físicos³ custodiados en los centros médicos evaluados de usuarias que se encuentran en lista de espera quirúrgica (ARCA) en la especialidad de Ginecología, según el siguiente detalle:
 - 501 documentos físicos custodiados en ampos en la Oficina de la secretaria de la jefatura de clínica del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia de usuarias de los años 2021 y 2022.
 - Listado de usuarias que fueron llevadas a análisis en 18 sesiones prequirúrgicas en el Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia entre el 23 de setiembre de 2023 y el 26 de febrero de 2024.
 - 316 documentos físicos custodiados en ampos en la Oficina de la Unidad Técnica de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica (UGLEQ) del Hospital Dr. Tony Facio Castro de los años 2021 a 2023.
 - 106 documentos físicos de pacientes usuarias consideradas como prioritarias archivados en ampo custodiado en la Oficina de Sala de Operaciones del Hospital de Guápiles (se revisó la totalidad de documentos físicos disponibles).
 - El Área de Salud Siquirres no dispone de documentación física, todos los registros se realizan en ARCA.

² Expediente Digital Único en Salud.

³ Solicitudes de hospitalización, de sala de operaciones y hojas de criterios de priorización.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Entrevista escrita a los siguientes funcionarios:
 - Dra. Carla Alfaro Fajardo, directora, con la participación de las licenciadas Flor Chavarría Mora, Encargada de Control Interno y Selene Ulloa Jiménez, Encargada de Seguimiento Informes de Auditoría, todas funcionarias de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.
 - Dra. Katherine Colby Jiménez, Médico de la Unidad Técnica de Listas de Espera delegada por la Dra. María Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora de la Unidad Técnica de Listas de Espera.
 - Doctoras Ileana Quirós Rojas, Médico, Evelyn Vanessa Barrientos Ortega, enfermera obstetra y Hellen Porras Rojas, Médico, del Programa de Normalización de la Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
 - Doctores Johny Olmedo Soriano y Abel Benigno Hooker Hawkins, jefe del Servicio de Ginecología y jefatura de clínica de Ginecología, respectivamente, ambos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Doctores Esteban Arias Sánchez, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera quirúrgica y Priscilla Valverde Rodríguez, Médico Asistente Especialista en Anestesia y Recuperación del Hospital de Guápiles.
 - Dr. Francisco Muñoz Villalobos, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica del Hospital Dr. Tony Facio Castro.
 - Doctoras Tania Ching Chang, directora Médica y Fressia Rodríguez Bonilla, Jefatura del Segundo Nivel de Atención del Área de Salud Siquirres.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno.
- Ley General de Salud N°5395
- Ley 8239 “Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Lineamiento de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, 2023.
- Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Decreto Ejecutivo N° 41120-S, 2018.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención.
- Protocolo Clínico de atención para el manejo de la usuaria con amenaza de parto prematuro y el parto prematuro, de 2024.
- Resolución N° 2019005560 29 de marzo de 2019 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.



- Criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos, 2013.
- Oficios GM-2927- 2024, del 29 de febrero de 2024, GM-7267-2024 del 23 de mayo de 2024, GM-4376-2022 del 29 de marzo de 2022 y GM-16980-2023 del 16 de noviembre de 2023 suscritos por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médico a.i.
- Oficio GM-8388-2024 del 14 de junio de 2024 suscrito por el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico, y dirigido a la Dirección Red de Servicios de Salud, directores de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, hospitales nacionales y especializados, así como a hospitales regionales y periféricos.
- Informe de Auditoría MS-AI-384-2023 “Auditoría de carácter especial sobre el cumplimiento de la normativa en materia de evaluación y análisis de la mortalidad Materna e Infantil”, del Ministerio de Salud, del 4 de agosto de 2023.
- Informe DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 de noviembre 2018, Contraloría General de la República.
- Oficio MS-DM-3033-2024 del 22 de mayo de 2024 suscrito por el Dr. Allan Mora Vargas, Ministerio de Salud a,i, dirigido a la Presidencia Ejecutiva y Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría informa y previene al jerarca y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno 8292. Así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse debido a lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

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

ASPECTOS GENERALES

La Región Huetar Atlántica tiene una extensión territorial de 9.188,52km² que representa el 17,98% del territorio nacional. Situada al extremo este del país, limitando con las provincias de San José, Cartago, Heredia y Puntarenas, así como, con los países de Panamá y Nicaragua⁴.

A una distancia aproximada de 160km de la capital del país, conformada por seis cantones: Limón, Talamanca, Matina, Siquirres, Guácimo y Pococí (como se observa en el siguiente mapa), distribuidos en 30 distritos con una población total de 467.459 habitantes; de estos, para el primer semestre 2022 se registraron 2.838 nacimientos en la región.

Para el censo 2011 el INEC registró 24.510 habitantes de la población indígena Bribri y Cabécar. Estas se asientan en tres pueblos indígenas distribuidos en ocho territorios con predominio en el cantón de Talamanca, seguido por los cantones de Limón (en el distrito Valle La Estrella), Matina y Siquirres. El pueblo Ngäbe Buglé no se contempla dado que esta población no cuenta con territorio indígena propiamente dicho, lo cual conlleva a una dinámica intercultural constante con población no indígena y migrante del sector⁵.

⁴ Información aportada por el documento denominado: Plan de Gestión Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, 2023 – 2027, diciembre 2022.

⁵ INEC. X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011

Dentro de las dimensiones que contempla la Encuesta Nacional de Hogares 2021 del INEC (Vivienda y uso de Internet, Salud, Educación, Trabajo, Protección social), la dimensión Salud es la segunda en aporte a nivel nacional, ocupando el primer lugar en la región Huetar Caribe con 2,24%. Además, se identifican indicadores fundamentales relacionados con el acceso a los servicios básicos de saneamiento y aseguramiento, donde existe una mayor incidencia en el índice de pobreza multidimensional en personas sin seguro de salud, seguido por la falta de eliminación de basura, los cuales representan barreras de acceso económico en relación con los servicios de salud⁶.

La Región Huetar Atlántica está conformada por un Hospital Regional (Dr. Tony Facio Castro) y un Hospital Periférico (Guápiles), los cuales dan cobertura a 8 Áreas de Salud, de las cuales únicamente 2 disponen de recurso humano especializado en Gineco-Obstetricia (Siquirres y Talamanca)⁷. El hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el hospital nacional de referencia.

En el siguiente cuadro se observa la estructura organizativa de los Servicios de Gineco-Obstetricia de los centros médicos evaluados:

Cuadro 1
Dependencia jerárquica y disponibilidad de recurso humano por centro médico
Al 22 de febrero de 2024

Fuente de información	Centro médico	Jefatura de Servicio	Cantidad de médicos asistentes especialistas	Cantidad de enfermeras obstetras
DG-0803-02-2023 del 22 de febrero del 2024	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Dr. Jorge Navarro Cruz, jefe Sección Ginecoobstetricia y Neonatología Dr. Johny Olmedo Soriano, jefe del Servicio de Ginecología Dr. Gustavo Fonseca Peñaranda, jefe Obstetricia La jefatura del Área de Ginecoobstetricia y Neonatología de Enfermería es la Máster Andrea Arguedas Carvajal, la cual depende de la Dirección de Enfermería	14 médicos residentes en ginecología general 11 médicos asistentes especialistas en ginecología general y ginecología oncológica 4 médicos residentes en ginecología oncológica 13 médicos asistentes especialistas en Obstetricia 8 médicos residentes de Materno Infantil Total residentes: 26 Total M.A.E: 24	58 enfermeras 3, con horario rotativo
HTFC-DM 0137-2024 30 de enero de 2024	Hospital Dr. Tony Facio Castro	Dra. Carolina Ortiz Martínez, jefatura Servicio de Gineco-Obstetricia	7 (incluye la jefe de Servicio) Uno de ellos contratado 28 horas semanales Se dispone del apoyo de 5 médicos generales	14

⁶ INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares (2021)

⁷ Sin embargo, a partir del 15 de julio de 2024, la médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia del Área de Salud Siquirres fue trasladada al Hospital de Guápiles según oficio MS-CSSO-082-2024 del 24 de junio de 2024 emitido por el Dr. César Gamboa Peñaranda, presidente a.i de la Comisión de Servicio Social Obligatorio del Ministerio de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Fuente de información	Centro médico	Jefatura de Servicio	Cantidad de médicos asistentes especialistas	Cantidad de enfermeras obstetras
HG-DG-0154-2024 del 30 de enero de 2024	Hospital de Guápiles	No dispone con jefe, los médicos asistentes especialistas dependen de la Dirección Médica	4 Un médico general de apoyo	13 fijos 16 realizan sustituciones
ASS-DM-0168-2024 19 de febrero de 2024	Área de Salud Siquirres	Dra. Fressia Rodríguez Bonilla, jefatura del segundo nivel de atención	1 (Servicio social obligatorio)	No dispone
AST-DM-0051-2024 del 06 de febrero de 2024	Área de Salud Talamanca	No dispone con jefe, la médico asistente especialista depende de la Dirección Médica	1	2

Fuente: Direcciones Médicas de áreas de salud y hospitales.

HALLAZGOS

A. DIRECCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRÁTEGICO

Los resultados evidencian la importancia de fortalecer el accionar estratégico de la Gerencia Médica en la gestión institucional de la especialidad de Gineco-Obstetricia, en cuanto a direccionamiento, definición de estrategias para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos, así como la orientación técnica en la materia.

Lo anterior, debido a que se comprobó que la “Hoja de ruta para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos”, carece de socialización, articulación y plantea estrategias de cumplimiento que no fueron construidas por un equipo que representara a los responsables del cumplimiento de cada meta a ejecutar, ni tampoco validado por dichas instancias. Aunado a que dicho documento no está alineado o vinculada con la “Estrategia institucional de prevención y atención de la violencia obstétrica, Apúja Máfanh: ¡Caminemos Juntos!” (en borrador), definida por la presidencia ejecutiva PE- 0821-2024⁸.

Por otra parte, no es posible determinar con certeza la cantidad de enunciados de la citada ruta, por cuanto, el documento suministrado por la Gerencia Médica y el Informe final de labores desarrollado por la Dra. Carla Gríos Dávila, asesora, de la gerencia médica -en ese momento- al finalizar su gestión evidencian diferencias en la cantidad de aspectos a evaluar, responsables e incluso entregables.

Asimismo, desde la salida de la Dra. Gríos Dávila⁹, es decir, desde hace un año, esta propuesta que fue desarrollada para la atención del informe ASS-053-2021¹⁰ no evidencia avances, continuidad y desarrollo que permita un abordaje de las maternidades para el próximo quinquenio, tal y como lo definió la gerencia médica a través del oficio GM-4376-2022 del 29 de marzo de 2022.

⁸ Del 1 marzo de 2024, “Comunicación sobre nuevo abordaje del tema de violencia obstétrica en la institución”.

⁹ 7 de junio 2023

¹⁰ Relacionado con el “Modelo de Atención Calificada del Parto en los Servicios de Maternidad de la Institución”, comunicado mediante oficio AI-1410-2021 de julio de 2021.



El Dr. Randall Álvarez Juárez, gerente médico en ese entonces comunicó al Dr. Mario Mora Ulloa, Enlace Gerencia Médica, a través del oficio GM-4376-2022 del 29 de marzo de 2022 la hoja de Ruta para maternidades para el próximo quinquenio, la cual debía ser ejecutada tanto en la parte técnica como logística por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Mediante oficio GM-15689-2023 del 7 de junio 2023 la Dra. Carla Verónica Gríos Dávila, realiza entrega del Informe final de labores a la Gerencia Médica, en el cual en parte menciona que “el proceso de implementación del “Modelo de Atención Calificada del embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social” requiere de un monitoreo constante y seguimiento hasta asegurar su incorporación en los procesos rutinarios de la Institución, para esto además de la capacitación es necesario un proceso de control. Con el objetivo de medir el grado de implementación de este en cada una de las maternidades y con esto dar un panorama transversal a Gerencia Médica para la toma de decisiones y servir de insumo para una planificación estratégica de abordaje de estas (...)”. (resaltado no es del original).

El Dr. Wilburg Alonso Díaz Cruz, gerente médico instruyó mediante oficio GM-16980-2023 del 16 de noviembre de 2023 al Dr. José Miguel Angulo Castro, jefe, Área de Atención Integral a las personas, dar continuidad y puesta en marcha de los proyectos mencionados en el informe que le fue trasladado mediante el TDI-GM-1920-2023 por parte del Programa de Normalización de la Mujer”. (resaltado no es del original).

La MSc Marta Esquivel Rodríguez, presidenta ejecutiva de la institución, mediante oficio PE-0821-2024 del 1º marzo de 2024, informó a la Gerencia Médica sobre el nuevo abordaje en el tema de violencia obstétrica en la institución, comunicando que; “(...) De esta declaratoria se desprende el urgente y contundente compromiso institucional con el desarrollo de estrategias y acciones para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica en los servicios de la Institución. Por ese motivo, se ha decidido asumir la coordinación del tema de forma directa desde el Despacho de la Presidencia Ejecutiva.

Para articular el trabajo se estará coordinando con el Programa Institucional para la Equidad de Género, instancia que tiene a cargo todo lo relacionado con Derechos Humanos y derechos de las mujeres, y desde el punto de vista técnico se contará con el acompañamiento del Programa de Normalización de Salud de la Mujer de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. (...). (Resaltado no es del original).

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el apartado 4.5 -Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones-, que “el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional”.

La Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez, asesora de la Gerencia Médica en ese momento, indicó mediante correo electrónico del 9 de abril de 2024 lo siguiente respecto a la hoja de ruta:

“(...) ciertamente quien llevaba el tema era la Dra. Gríos y desde que la doctora regresó al Hospital Monseñor Sanabria, al tema le iba a seguir dando *continuidad el Programa de Atención de la Mujer, adscrito al Área de atención Integral a las Personas, de la Dirección de Desarrollo, tal y como consta en oficio GM-16980-2023 y TDI-GM-1920-2023 (...), y que *mi labor desde el despacho ha sido fungir como enlace entre el programa y el Despacho, por ser el Despacho un ente estratégico y no operativo.** (resaltado no es del original)



Les comenté que pese a que la coordinadora del Programa de Mujer es la Dra. Ileana Quirós, quien había apoyado en el tema y en las giras del diagnóstico de maternidades, había sido la Dra. Evelyn Barrientos Ortega. (...)

Esta Auditoría consultó el 14 de mayo de 2024 a las doctoras Ileana Quirós Rojas, coordinadora, Evelyn Vanessa Barrientos Ortega, enfermera obstetra y Hellen Porras Rojas, médico, todas funcionarias del Programa de Normalización de Atención a la Mujer, adscrito a la Dirección Desarrollo Servicios de Salud, si la hoja de ruta fue socializada con las instancias a las que se definen como responsables de las actividades a desarrollar, y si se ha cumplido con los plazos que se han estipulado en el documento, señalando.

La Dra. Barrientos: "(...) La socialización de esa hoja de ruta la conocimos los miembros de la comisión y a través de un oficio que la gerencia coordinó con la DDSS, no sé a qué otras instancias también fueron socializadas.

Desde la salida de la Dra. Gríos la comisión no se ha podido retomar y lo último que se habló con la gerencia fue que la comisión se iba a disolver y que todas las funciones se iban a trasladar al programa mujer de lo cual se nos informó de manera verbal, no se nos ha [sic] informado bajo un documento formal, es decir, no se ha vuelto a trabajar, porque no hay comisión que dé continuidad (...)

"(...) Después de que la comisión dejó de sesionar las actividades que están en la hoja de ruta quedaron en pausa, como programa retomamos lo del diagnóstico, dado que es un tema relevante. (...)

La Dra. Porras: "(...) la hoja de ruta se elaboró por parte de la Dra. Gríos en su calidad de asesora de gerencia médica, no en conjunto con el Programa Mujer, no existió una socialización más que el oficio que se dirigen al Dr. Mario Mora, con respecto a las actividades que se detallan. Nosotros podríamos dar rendimiento de cuentas de lo que se refiere al Programa que es la parte normativa, creo que no existió una validación de las actividades contempladas y de los responsables que cita la hoja de ruta (...)

La Dra. Quirós: "(...) existe una buena intención de la hoja de ruta (mucho trabajo), pero metodológicamente tiene sus falencias, llama la atención que solo se trabajó con la parte operativa de las maternidades y debería ser algo más allá, con los indicadores no son los que deberían estarse evaluando y tampoco se dispone de una base de información para medirlos.

Desde el programa estamos tratando de integrar lo que se pueda. Pero no existe claridad por la forma en cómo se han gestionado las cosas, ya que, se indica asumir la hoja de ruta, pero la comisión de maternidad continua vigente. Nosotros solicitamos que las funciones que tenía la comisión fueran trasladadas al programa, siendo que las comisiones son recomendativas no operativas (...)

El Lic. Luis Gustavo Ramirez Alvarado, de la Dirección de Red de Servicios de Salud, señaló a esta Auditoría, mediante correo electrónico del 21 de mayo 2024, respecto al conocimiento, socialización, validación y cumplimiento de los enunciados que refiere la Hoja de Ruta, lo siguiente:

"(...) esta Dirección de Red no ha sido informada formalmente de la hoja de la ruta referida, por lo cual, se imposibilita detallar los aspectos consultados (...)

La situación evidenciada es ocasionada entre otros aspectos por disponerse de dos instancias que se encuentran trabajando de manera aislada y desarticulada, por un lado, se trabajó en la Hoja de ruta para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos, la cual carecía de socialización e involucramiento de los responsables de su ejecución, y por otro lado, el abordaje realizado por la Comisión de Maternidades.

La falta de direccionamiento estratégico, liderazgo y seguimiento sistemático ha provocado que se realicen esfuerzos aislados y eventualmente duplicados que no se concretan ni se materializan directamente en la atención de las usuarias, lo anterior ocasionado por falta de consistencia, claridad en las propuestas y estrategias, carencia de evaluación y seguimiento de las actividades, lo cual no garantiza una maximización de los recursos institucionales.

2. CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL PLAN PRESUPUESTO

Se determinó la importancia que se impulsen acciones efectivas para mejorar el cumplimiento de los indicadores programados en el Plan Presupuesto 2023, de los centros médicos evaluados de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.

De conformidad con la información suministrada por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, se realizó un análisis de la formulación presupuestaria, las modificaciones y el cumplimiento de los indicadores, evidenciándose los aspectos más relevantes en el siguiente cuadro:

Cuadro 2
Cumplimiento indicadores relacionados con la especialidad de Gineco-Obstetricia
Áreas de Salud Siquirres y Talamanca
2023-2024

Indicador	2023					2024	
	Formulado	Modificada	Diferencia atenciones	Ejecución	% cumplimiento	Formulación	Diferencia
Área Salud Siquirres							
Número de consultas médicas especializadas primera vez Ginecología (E-14)	940	745	-195	355	48%	561	-184
Número de consultas médicas especializadas subsecuentes Ginecología(E-15)	1712	198	-1514	165	83%	181	-17
Área de Salud Talamanca							
Número de consultas especializadas primera vez de Ginecobstetricia (E-01)	950	1109	159	1265	114%	1050	-59
Número de consultas especializadas Subsecuente de Ginecobstetricia (E-02)	520	542	22	623	115%	410	-132
Número de consultas especializadas primera vez de Ginecobstetricia (E-03)	1705	2505	800	2476	99%	3375	870
Número de consultas especializadas subsecuente de obstetricia (E-04)	1430	930	-500	1313	141%	1300	370

Fuente: Dirección Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, junio 2024, elaboración propia.

Del cuadro anterior se destaca lo siguiente:

- De los indicadores reportados para la especialidad de Ginecología se evidenció una tendencia a la baja en la formulación de metas para el Plan Presupuesto del 2024 respecto al año anterior, por ejemplo, en las consultas médicas de primera vez se redujo en 184 consultas y 17 para subsecuentes en el Área de Salud Siquirres.
- A pesar de realizar ajustes a la modificación presupuestaria no se cumple con las metas dispuestas por el Área de Salud Siquirres, donde el cumplimiento es del 48% y en el caso del indicador E-14 se solicitó una disminución de 195 consultas y el E-15 una reducción de 1514 atenciones.

- Para los indicadores E-01, E-02 y E04 el Área de Salud Talamanca superó considerablemente el porcentaje de cumplimiento (114%, 115% y 141%), tomando en consideración que se realizaron las modificaciones de dichas metas.

Además, en el siguiente cuadro se presenta el cumplimiento de los indicadores de la especialidad de Gineco-Obstetricia de los hospitales de la Región evaluados:

Cuadro 3
Cumplimiento indicadores relacionados con la especialidad de Gineco-Obstetricia
Hospital de Guápiles y Tony Facio Castro
2023-2024

Indicador	2023					2024	
	Formulado	Modificado	Diferencia	Ejecución	% cumplimiento	Formulado	Diferencia
Hospital de Guápiles							
Número de consultas médicas especializadas primera vez de Obstetricia (A2-10)	996	613	-383	600	98%	498	-498
Número de consultas médicas especializadas subsecuentes de Obstetricia (A2-11)	1996	1464	-532	1226	84%	998	-998
Cantidad de horas programadas para la Consulta Externa (A2-12)	996	790	-206	682	86%	498	-498
Número de consultas médicas especializadas primera vez de Ginecología (A2-21)	2240	793	-1447	678	85%	1120	-1120
Número de consultas médicas especializadas subsecuentes de Ginecología (A2-22)	4480	1200	-3280	1108	92%	2240	-2240
Cantidad de horas programadas para la Consulta Externa (A2-23)	2240	1739	-501	643	37%	1120	-1120
Hospital Dr. Tony Facio Castro							
Número de consultas médicas especializadas primera vez de Obstetricia (A2-10)	780	No realizaron modificaciones	0	733	94%	La DRIPSSHA no dispone de la información y no se solicitó al hospital ¹¹	
Número de consultas médicas especializadas subsecuentes de Obstetricia (A2-11)	1600		0	310	19%		
Cantidad de horas programadas para la Consulta Externa (A2-12)	780		0	573	73%		
Número de consultas médicas especializadas primera vez de Ginecología (A2-21)	896		0	3636	406%		
Número de consultas médicas especializadas subsecuentes de Ginecología (A2-22)	1792		0	1463	82%		
Cantidad de horas programadas para la Consulta Externa (A2-23)	896		0	2606	291%		

Fuente: Dirección Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, junio 2024, elaboración propia.

Del cuadro anterior se deben destacar los siguientes aspectos:

- De la formulación 2023 a la del 2024 se observa una disminución de la cantidad de atenciones en todos los indicadores del Hospital de Guápiles de un 50%.

¹¹ La Licda. Jill Jannel Castro Walker, el 1° de julio de 2024, informó que se debe solicitar directamente a la Unidad porque el formato de este año es diferente y si el indicador no está priorizado para el Plan Presupuesto, no se va a reflejar, queda a lo interno del hospital en el Plan de Acción.

- Pese a las modificaciones presupuestarias efectuadas se logró un cumplimiento del 37% en el indicador denominado cantidad de horas programadas para la Consulta Externa (A2-23).
- El indicador A2-21 redujo su número de consultas en un 64.55% aproximadamente, es decir 1 447 atenciones
- Al respecto la Dra. Ileana Musa Mirabal, directora general, del hospital de Guápiles señaló en el oficio HG-DG-628-2023, del 14 abril de 2023, "seguimiento y respuesta a oficio DRSS-DRIPSSHA-0875-2023, se hace entrega de la Modificación al Plan Presupuesto 2023- Primer Semestre de la unidad ejecutora 2602 Hospital de Guápiles, del Servicio de Consulta Externa", a su vez el documento refiere en el apartado "Justificar el Impacto PAO Aumenta o Disminuye" en todos los casos se refiere:

"(...) Se disminuye la meta, debido a la salida de uno de los especialistas, condición que no podrá cambiar a corto plazo. Es posible que el comportamiento en el próximo semestre con respecto a esta consulta sea similar.

- **La carencia de especialistas en el Hospital de Guápiles y los efectos ocasionados en su planificación, programación de la consulta externa y demás actividades de la prestación de servicios de la especialidad de Gineco-Obstetricia, se explica ampliamente en el hallazgo 4 del presente documento.**
- El Hospital Dr. Tony Facio Castro no realizó modificaciones presupuestarias durante el 2023, para las consultas de Obstetricia y Ginecología, y no logró un cumplimiento efectivo de su programación, destacando el indicador A2-11 con un cumplimiento del 19%, en cuanto a los A2-12 y A2-22 estos se encuentran por debajo del 83% y los indicadores A2-21 y A2-23 se ejecutó la meta en un 406% y 291%, respectivamente.

El documento suministrado por la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, registra la siguiente justificación al respecto:

"I semestre

Como se puede apreciar la proyección de pacientes atendidos en el año 2023 primer semestre mantiene lo esperado con un predominio en la atención de pacientes por primera vez con un 54% del total atendidas. Se evidencia la utilización y el aprovechamiento de un 14.12% del total de horas programadas en la consulta externa. Importante he de destacar que se presenta un ausentismo del 25.20%.

Se observa el comportamiento de ausencia a la cita, 2.5 de cada 10 pacientes no acudieron a la cita médica asignada.

Es importante indica que respecto a la producción se obtiene porcentajes por debajo de lo esperado en pacientes de primera vez 54.76%, pacientes subsecuentes un 7% de lo proyectado, se logra algunas de las posibles causas están:

- *Disminución del número de pacientes referidos desde los Ebáis.*
- *Disminución del número de especialistas en la atención de pacientes en la consulta externa en este momento solo se cuenta con un especialista en la consulta de obstetricia alto riesgo.*
- *Suspensión de la consulta externa, por inopia de especialistas (incapacidad)*
- *Motivos económicos que impidan el traslado de los pacientes hacia el Hospital desde sus lugares de residencia.*

II semestre:

Suspensiones por incapacidad de especialista

Limitación del número de especialista por debajo de lo requerido.

Ubicación geográfica que limita el acceso a toda la población citada para citas subsecuentes.

Motivos económicos que impidan el traslado de los pacientes hacia el Hospital desde sus lugares de residencia".

Agrega:

“Revisando los cumplimientos y el documento de plan de mejora, no es clara la estrategia y no se documentan varios de los detectados en las matrices; hay varios indicadores menores a 80% que no se anota la acción de mejora y varios indicadores mayores a 120% no tienen justificación como tal, impresiona mala planificación o que los números anotados están equivocados”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el apartado 4.5 -Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones-, que “El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional”.

Esta Auditoría consultó a la Licda. Jill Jannel Castro Walker, encargada de Planificación de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, sobre la razón por la cual el Hospital Dr. Tony Facio Castro no realizó modificación a la formulación de sus metas y no logró un cumplimiento efectivo en los indicadores de la especialidad de Gineco-Obstetricia, al respecto manifestó¹²:

“Es criterio de la Unidad si modifica o no. Se le pueden hacer las recomendaciones, y son ellos quienes deciden asumir el riesgo en caso de no alcanzar la meta”.

Aunque la disponibilidad de recurso humano podría haber tenido una incidencia directa en la atención de las aseguradas, cabe reiterar¹³ que la institución tiene la obligación imperante de solucionar los problemas estructurales y de recurso humano a efecto de ser garante de la oportuna atención de manera que se asegure la dignidad, los derechos y libertades de las personas.

Los centros médicos de la región Atlántica no están logrando un cumplimiento efectivo de las metas propuestas en la especialidad de Gineco-Obstetricia, lo que ocasiona que gran parte de la demanda quede insatisfecha en las diferentes actividades de la especialidad, con centros médicos con una oferta de servicios médicos reducida que presenta dificultades para atender las emergencias, consecuentemente las actividades de menor riesgo quedarán descubiertas.

La reducción en la cantidad de consultas programadas para el 2024 no son concordantes con el aumento en las necesidades de la población de la especialidad de Gineco-Obstetricia, ni con la cantidad de usuarias en lista de espera en la región.

3. RESPECTO A LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Existen debilidades en el proceso de supervisión en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, en la Red Huetar Atlántica, en el caso de las enfermeras obstetras destacadas en el Área de Salud Talamanca y de los profesionales médicos – Gineco-Obstetras -, no tienen una supervisión efectiva del desempeño de las actividades técnicas y la oferta de servicios que desarrollan, a fin de verificar si son ejecutadas en apego a las normas, manuales y protocolos establecidos.

Si bien es cierto, la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica ejecuta encuestas de satisfacción obstétrica y algunas actividades de supervisión se evidencia que únicamente se desarrollan en el ámbito hospitalario para los profesionales de enfermería en Ginecología y Obstetricia.

Sobre este mismo particular, mediante oficio AD-ASALUD-0036-2024 del 10 de abril de 2024, denominado oficio de Advertencia sobre el cumplimiento de lineamientos para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido en el Hospital de Guápiles, se evidenciaron debilidades en la supervisión técnica de las enfermeras obstetras de ese centro médico, debido a la carencia de supervisoras, destacándose en ese documento lo siguiente:

¹² Consulta realizada el 1° de julio de 2024.

¹³ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, voto 2019-005560, del 29 de marzo de 2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

“(...) este servicio únicamente dispone de una supervisora de enfermería por turno para efectuar las actividades de supervisión, control, seguimiento, y atención para los servicios de: Emergencias, Cirugía, Medicina, Maternidad, Sala de Operaciones, Consulta Externa y otros servicios.

La Dra. Rita Ruiz Oporta, Supervisora de Enfermería, Hospital de Guápiles, manifestó a esta Auditoría el 8 de febrero de 2024, lo siguiente:

“(...) no hay una supervisora de área exclusiva, sino que es supervisora de todos los servicios del hospital. Mi persona es la única supervisora obstetra del centro médico”.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención, inciso IX Plan de Supervisión escrito, sistemático y continuo para medir la cantidad y calidad de la gestión de Enfermería I, II y III nivel, en el Estándar N° 9, respecto a la justificación establece que se debe disponer de un plan escrito de supervisión que sirve para desarrollar en forma ordenada, actividades que promuevan una gestión de Enfermería de calidad y con el grado de eficacia y eficiencia deseado.

Por otra parte, las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo IV Normas sobre actividades de Control Interno apartado, 4.5.1 referente a la supervisión constante, establece que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.

Esta Auditoría consultó¹⁴ a la Dra. María Elena Artavia Mora, jefe de la Coordinación Nacional de Enfermería sobre la supervisión de las tareas que desarrollan las profesionales de enfermería 3 (Obstetras) que se encuentran destacadas en el Área de Salud Talamanca, al respecto referenció por el mismo medio y fecha, lo siguiente:

“(...) Cabe mencionar que los procesos de supervisión continua son más de resorte de las supervisoras de las Direcciones Regionales de Redes Integrada de la Prestación de Servicios de Salud, esta coordinación realiza los acompañamientos en los procesos de visitas de campo, de acuerdo con lo programado anualmente. (...)”

El Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Asistente de la Coordinación Nacional de Enfermería, aportó¹⁵: “(...) el informe o documento que se haya dispuesto de la visita al centro médico, y de si tienen de la zona (Región Huetar Atlántica)”, en ese sentido el Dr. Ugalde informó¹⁶ lo siguiente:

“(...) a la supervisión técnica de las enfermeras obstetras en las unidades, esta es de resorte en primera instancia de la jefatura de enfermería en la unidad y en segunda la supervisión regional de enfermería en la DRIPSS correspondiente. La Coordinación Nacional de enfermería, realiza acompañamientos técnicos al proceso de supervisión regional según metas programadas para el año y el AS Talamanca no ha sido incluida en esa programación en los años 2023 y 2024. (...)”

El Lic. Luis Gustavo Ramirez Alvarado, de la Dirección de Red de Servicios de Salud, señaló¹⁷ a esta Auditoría, respecto a actividades de control, evaluación y supervisión a los indicadores de la oferta de servicios y sobre el uso de alguna herramienta, proceso o metodología de supervisión de manera estandarizada, lo siguiente:

¹⁴ Correo electrónico del 20 de junio de 2024.

¹⁵ Correo electrónico del 20 de junio de 2024.

¹⁶ Correo electrónico del 21 de junio de 2024.

¹⁷ Correo electrónico del 21 de mayo de 2024.



“(...) la supervisión y/o control de los servicios de Ginecología y Obstetricia le corresponde a las respectivas jefaturas de los servicios, así como, al director médico del respectivo establecimiento de salud. La función que desempeña esta Dirección de Red es de apoyo cuando el nivel local y/o regional lo requiera, para lo cual, se canaliza de acuerdo a nuestro ámbito de competencias como lo son la asesoría y conducción (...)”

La Dra. Julet Edwards Loban, supervisora de Enfermería de la Dirección Regional Huetar Atlántica indicó¹⁸ a este órgano de fiscalización con respecto a la supervisión que se llevan a cabo en la especialidad de Gineco-Obstetricia, en específico a las enfermeras obstetras que se encuentran en el Área de Salud Talamanca:

“(...) se ha dispuesto una herramienta para la evaluación de Obstetricia en enfermería, sin embargo, esta se aplica en los hospitales siendo que son los únicos que disponen de maternidad (...)”.

Indicó, además:

“(...) las actividades de supervisión de producción y cumplimiento de agenda de las enfermeras que se encuentran destacadas en el Área de Salud Talamanca es una competencia de la jefatura inmediata del centro, no obstante, se intenta conocer algunos aspectos del cumplimiento de estas. (...)”

El Dr. Julio Antonio Molina Masis, enfermero 4, del Área de Salud de Talamanca indicó¹⁹ a esta Auditoría respecto a las actividades de supervisión técnica a las enfermeras obstetras:

“(...) nunca ha supervisado a las compañeras en la parte técnica, por la complejidad de las funciones que ellas ejecutan, ya que, debería ser otro obstetra quien las supervise, con respecto a la producción de las funcionarias lo que se dispone es un informe mensual de sus actividades realizadas, este se entrega a estadísticas y a mi persona como jefatura directa.

Respecto a la supervisión por parte de la Dirección Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en el centro de salud indicó:

“(...) La Dra. Edward Loban, si se ha presentado a realizar evaluaciones en el Área de Salud, pero a la dirección de enfermería, a las obstetras desconozco si las ha supervisado (...)”.

Sobre las actividades de supervisión las doctoras Siannie Palmer Miller y Carmen Lidia Castro Chaves, ambas enfermeras obstetras del Área de Salud de Talamanca, mencionaron²⁰ a esta auditoría lo siguiente:

“(...) supervisión técnica del quehacer como Obstetras en un Área de Salud esa estructura no existe, lo que dispone el centro es un enfermero jefe, que es enfermero general, entonces el desarrolla una supervisión administrativa de que se cumpla con horarios, informes, consulta. Él no tiene la posibilidad de hacer una supervisión de cumplimiento de aspectos técnicos en apego a la normativa.

La instancia que podría efectuar dicha tarea es la dirección regional donde disponen de una enfermera obstetra, pero no es parte de la estructura tal y como se mencionó, y cuando se nos designó a laborar en un Área de Salud no existe una herramienta directa de supervisión, lo que hemos desarrollado es que entre nosotras mismas nos apoyamos, retroalimentamos, repasamos los lineamientos, para conocer nuestro perfil ya que este nos permite realizar un trabajo bastante independiente y estar abiertas a que si la dirección regional nos viene a supervisar no existe inconveniente ya que es nuestra jefatura regional y tiene el recurso humano técnico para poder verificar el cumplimiento de la norma, sería una función técnica de ese nivel. (...)”.

¹⁸ Cédula narrativa del 21 de junio de 2024.

¹⁹ Correo electrónico del 21 de junio de 2024.

²⁰ Cédula narrativa del 26 de junio de 2024.



La falta de supervisión técnica y mecanismos de control repercute en los resultados obtenidos, así como en la certeza del grado de cumplimiento de las tareas, competencias y funciones ejecutadas en la prestación de los servicios de salud que desarrolla este recurso humano especializado.

La situación antes mencionada podría incidir en la falta de claridad y compromiso de las metas, avance en los indicadores conforme a los objetivos institucionales, así como en la retroalimentación y oportunidades de mejora para las profesionales destacadas en el centro de salud, aunado a un posible desaprovechamiento de las capacidades técnicas de recurso humano altamente calificado.

B. DISPONIBILIDAD DE RECURSO HUMANO

4. CARENCIA DE MÉDICOS ASISTENTES ESPECIALISTAS EN EL HOSPITAL DE GUÁPILES

Se evidenció que el Hospital de Guápiles en los últimos años ha presentado un déficit en la cantidad disponible de médicos asistentes especialistas en Gineco-Obstetricia, ante la renuncia de varios especialistas, (la más reciente del Héctor González Rodríguez a partir del 1° de febrero de 2024.) y la no reposición de otros mediante servicio social o contrato de retribución.

Actualmente, el centro médico no dispone con ningún especialista de planta, los médicos asistentes especialistas al 14 de marzo del presente año son de servicio social obligatorio, como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
Disponibilidad de médicos asistentes especialistas en Gineco-Obstetricia en el Hospital de Guápiles
Corte al 14 de marzo de 2024

Cantidad	Nombre	Situación
1	Luis Andrés Pastor López	Médico de servicio social obligatorio, el cual finaliza el 2 de julio de 2024.
2	Vivian Cruz Barahona	Médico de servicio social obligatorio, el cual finaliza el 3 de octubre de 2025.
3	José Luis Rodríguez Chavarría	Médico de servicio social obligatorio, el cual finaliza el 7 de febrero de 2025.

Fuente: Dirección Médica, Hospital de Guápiles.

Esta situación ha generado que las Autoridades del centro médico prioricen algunas áreas de atención, las cuales han sido catalogadas como las más importantes en cuanto a cobertura, como lo es la atención de emergencias y sala de partos, así como salones de hospitalización.

Sin embargo, esta decisión ocasiona afectación en las demás actividades, como lo es la Consulta de Ginecología, de alto riesgo, Patología Cervical, Unidad Obstétrica, así como dificultades para mantener un porcentaje efectivo del programa electivo quirúrgico.

La mayor afectación la ha sufrido la Consulta Externa, debido a que no se dispone del tiempo necesario para realizar procedimientos como ultrasonidos obstétricos, cauterizaciones, leeps, biopsias entre otros, los cuales no son posibles atender en su totalidad debido a la necesidad de atender otras prioridades en la organización hospitalaria, retrasando así la atención de las usuarias que son referidas a la consulta y en muchos de estos casos los tratamientos urgentes como es el caso de la patología cancerosa.

Además, se evidenció que, del total de expedientes relacionados con traslados del Hospital de Guápiles al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, así como reingresos del I trimestre 2024 (47), un 32% (15) de los casos analizados se trasladaron al hospital nacional debido a la carencia de especialista en Gineco-Obstetricia de guardia en el Hospital de Guápiles.



En el siguiente cuadro se detallan las acciones más recientes realizadas por la Dirección General del Hospital de Guápiles, para enfrentar la carencia de especialistas en Gineco-Obstetricia en ese centro médico:

Cuadro 5
Acciones realizadas por la Dirección General ante la carencia de médicos asistentes especialistas en Gineco-Obstetricia en el Hospital de Guápiles
Corte al 12 de abril de 2024

Oficio	Fecha	Gestión realizada
HG-DG-0143-2024	29 de enero de 2024	Solicitud de autorización a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica para que se valore la posibilidad de que los primeros seis meses del contrato de retribución una de las especialistas del hospital (que concluyó servicio social) se realicen en Guápiles hasta que se pueda sustituir o en su defecto, trasladar el médico ginecólogo del Área de Salud Siquirres para el hospital mientras llega otro profesional.
HG-DG-0155-2024	30 de enero de 2024	Solicitud de autorización a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica para que la médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia asignada al Área de Salud de Siquirres se traslade al hospital de Guápiles para cubrir las vacaciones programadas de uno de los especialistas, de manera que el hospital no se quedara con un único especialista disponible.
DRSS-DRIPSSHA-0232-2024 / HG-DG-0153-2024	30 de enero de 2024	Solicitud de autorización a la Dirección de Red de Servicios de Salud para nombramiento de médicos generales de apoyo en la atención de necesidades hospitalarias en la especialidad de Ginecoobstetricia mediante la modalidad de prorrateo.
Respuesta a oficio N° GM-3369-2024	14 de marzo de 2024	Remisión de documento de Excel con recurso humano especializado, en el cual se realiza recordatorio sobre la necesidad de sustituir dos ginecólogos en el hospital de Guápiles en junio de 2024.
HG-DG-0540-2024	12 de abril 2024	Solicitud de autorización a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica para nombramiento de médico general de apoyo en la atención de necesidades hospitalarias en la especialidad de Ginecoobstetricia mediante la modalidad de prorrateo.

Fuente: Dirección Médica, Hospital de Guápiles.

En los documentos citados, la Dra. Iliana Musa Mirabal, directora general del Hospital de Guápiles cita los siguientes riesgos:

- *“Imposibilidad para cobertura de consulta externa en ninguna de sus modalidades.*
- *Imposibilidad para la cobertura de cirugía electiva de ginecología.*
- *Cuando se ausenta uno de los especialistas, imposibilidad para asumir la visita médica en todos los salones, atender cesáreas y cirugías de emergencia.*
- *Falta de cobertura de guardias (ya 18 descubiertas en febrero) con lo cual durante el día tampoco se podrán ingresar usuarias que pudieran prolongar su labor hasta después de la jornada ordinaria.*
- *Riesgos para la salud y la vida del binomio madre - hijo*



- *Demandas legales*
- *Insatisfacción de las personas usuarias*”.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 14 sobre la valoración del riesgo en los incisos a) y c) establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes, 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 y 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.

Además, el artículo 2, incisos e) y f) de la Ley 8239, Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, establece que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas, así como ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.

Sumado a lo anterior, la ley 5395, Ley General de Salud, establece en el numeral 9, que todas las personas tienen derecho al acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como la disponibilidad de tratamientos y medicamentos.

La Dra. Audrey Castro Soto, coordinadora de la Consulta Externa del Hospital de Guápiles, informó lo siguiente a esta Auditoría²¹:

“La conformación para la atención de usuarias debido a la cantidad de especialistas es la siguiente:

Actualmente se dispone de 3 médicos asistentes especialistas, los cuales se distribuyen:

1. *Atención de Emergencias (Unidad Obstétrica, Partos, Preclamsia, Ginecología – Emergencias).*
2. *Atención de pacientes hospitalizadas (Salones, prepartos, posparto y Ginecología).*
3. *Atención de Consulta Externa (**lunes** “alto riesgo obstétrico en la mañana y en la tarde U.S. Obstétricos”, **miércoles** en la mañana consulta de Ginecología y procedimientos en la tarde, **jueves** en la mañana LEEP, colposcopías y en la tarde Patología Cervical, **martes y viernes** Sala de Operaciones.*

Es importante indicar que como parte de las diferentes estrategias establecidas en el centro médico debido a la carencia de especialistas en Gineco-Obstetricia, se solicitó autorización para prorratar una plaza de médico especialista para ser utilizada por un médico general que apoye en hospitalización pasando visita, actividades administrativas desde hace aproximadamente 15 días, lo anterior, para que el médico especialista de Ginecología pueda llevar a cabo todas las funciones asignadas y se enfoque en las actividades especializadas.

Cuando se suspende sala de operaciones debido a priorización de trauma en Ortopedia, se habilita la agenda en consulta externa llamando a las pacientes más urgentes y a las que se les ha tenido que reprogramar la atención por alguna razón (principalmente pacientes pendientes debido a renuncia de uno de los especialistas). Las secretarías disponen de un registro de estas pacientes, por lo que ellas contactan a las usuarias, para atenderlas a la brevedad posible.

Este centro requiere al menos 2 especialistas más en Gineco-Obstetricia. Cabe resaltar que desde la dirección se ha solicitado la asignación de 2 especialistas, sin embargo, no han asignado más recurso humano, nosotros somos conscientes de que otros hospitales también tienen necesidades y están saturados”.

²¹ Cédula narrativa del 24 de junio de 2024.

Además, el 22 de mayo de 2024, el Dr. Esteban Arias Sánchez, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera quirúrgica y la Dra. Priscilla Valverde Rodríguez, Coordinadora del Servicio de Anestesiología y Recuperación, del Hospital de Guápiles, informaron lo siguiente:

“La especialidad de Ginecología tiene asignada sala de operaciones los martes y viernes, de acuerdo con un rol quirúrgico elaborado por la Dra. Priscilla Valverde Rodríguez, Coordinadora de Anestesia, el cual se programa considerando la disponibilidad de especialistas y la asignación de vacaciones, permisos, incapacidades, entre otros.

En este momento se dispone con 4 anestesiólogos (el quinto presenta una incapacidad prolongada) y 3 médicos especialistas de Gineco-Obstetricia, por lo que, se presentan dificultades para operar cirugías electivas en Ginecología, debido a 2 factores principalmente: en primera instancia que trauma es prioridad (no se puede suspender nunca), entonces en reiteradas ocasiones se deben suspender las pacientes programadas de la especialidad de Ginecología por instrucción de la Dirección Médica debido a la cantidad de pacientes de trauma de Ortopedia y segundo, debido a la carencia de especialista de Ginecología (se dispone de 3 y se necesitan al menos 6), porque cuando uno de los tres no está no se puede realizar cirugía programada debido a que los 2 especialistas que quedan en el hospital se asignan a la atención de pacientes de emergencias y unidad obstétrica y la atención de pacientes hospitalizadas.

En esas condiciones la cantidad de pacientes de lista de espera que se resuelven son pocas, incluso hay pacientes de prioridad que se suspenden”.

La carencia de médicos asistentes especialistas en el Hospital de Guápiles, no solo se circunscribe a dificultades en la programación de actividades en la jornada extraordinaria, sino que cuando uno de ellos se encuentra incapacitado, de vacaciones o cualquier permiso, ocasiona limitaciones para cubrir el rol de guardias de la especialidad, causando que algunos días queden descubiertos y las pacientes deben ser trasladadas a los Hospitales Dr. Tony Facio Castro o Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia según corresponda, provocando saturación en los servicios de estos centros médicos también.

En tal sentido, es un tema que debe ser analizado en su dimensión por las eventuales repercusiones que se han generado a las usuarias en cuanto al incremento en las listas de espera en la Consulta Externa, en procedimientos tan relevantes y de alto riesgo como es el caso de patología cervical, aumento de plazos de la lista de espera quirúrgica, eventuales riesgos por el traslado de usuarias a otros centros de salud, entre otros.

Este tema se constituye en un ejemplo palpable de la falta de una planificación eficiente, de liderazgo, de dirección y de acciones concretas institucionales para brindar solución a la problemática del faltante de recursos para brindar servicios eficientes a los ciudadanos de la región.

C. PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

5. SOBRE LA NORMATIVA PARA EL INGRESO, RESOLUCIÓN Y DEPURACIÓN DE LISTAS DE ESPERA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Se evidenció que los centros médicos evaluados no tienen claridad respecto a la norma que deben utilizar en la programación y gestión de los procedimientos quirúrgicos, si bien es cierto se dispone del lineamiento de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, emitido en el II semestre 2023, el cual deja sin efecto el documento denominado “Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, de 2015”, actualmente se encuentra en revisión por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE)²².

²² Instancia técnica adscrita a la Gerencia Médica encargada de llevar adelante las estrategias más adecuadas y documentadas a nivel nacional e internacional, con respecto a la disminución respectiva de las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa



En el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia están utilizando la norma del 2015 debido a que les informaron desde la UTLE que la del 2023 estaba en revisión.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 15, inciso a) sobre las actividades de control establece que serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el capítulo 1, sobre normas generales, en el apartado 1.4, inciso c) referente a responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI, menciona la responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias y la emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y procedimientos para el cumplimiento del SCI, **estén debidamente documentados, oficializados y actualizados, y sean divulgados y puestos a disposición para su consulta.**

La Dra. Katherine Colby Jiménez, Médico de la Unidad Técnica de Listas de Espera, mediante entrevista escrita del 16 de mayo de 2024, manifestó:

“La norma está en revisión, pero se ha dificultado su oficialización sobre todo por los reiterados cambios del Coordinador de la UTLE, se busca la emisión de un nuevo cuerpo normativo que se apegue a la realidad, efectivamente no es correcto que exista una norma de 2015 y estemos 2024 cuando la situación es distinta, tal es el caso de registros físicos y actualmente disponemos del EDUS el cual registra todo de forma digital, y el ARCA Qx en el que se hacen anotaciones y es el que rige la lista de espera quirúrgica.

Se está trabajando en actualizar el lineamiento de 2023 mejorando puntos importantes, es decir, dejar vigente la de 2015 transitoriamente mientras se actualiza el nuevo lineamiento, sin embargo, ha sido un poco complicado efectuar el oficio por la atención de otras actividades, si bien la norma de 2023 tiene aspectos muy buenos existen otras limitaciones como la opción de depuración en el sistema, dado que el sistema no está adaptado para dicha funcionalidad. Desde nuestro criterio, no podemos hacer que los centros se guíen bajo una guía la cual no ha sido alineada con los sistemas digitales disponibles.

Desde la UTLE se considera una necesidad derogar la norma anterior”.

El hecho de que no se disponga de una normativa clara que regule los procesos de ingreso y depuración de pacientes en lista de espera quirúrgica, que sea aplicable en todos los establecimientos de salud que realicen procesos de esa naturaleza, ocasiona que no se estén realizando las actividades de manera estandarizada, debido a que los centros médicos no tienen claridad sobre cual aplicar.

A pesar de la creación de directrices a nivel institucional, se ha evidenciado el desarrollo autónomo en cada centro médicos de los procesos de organización y gestión de la lista de espera, de acuerdo a la disponibilidad de recursos y los participantes (detalle en hallazgo 6.1 del presente documento), sin embargo, la carencia de una normativa actualizada y robusta ocasiona que no se garantice la estandarización de los procesos, lo cual conlleva a que nivel central disponga de información poco confiable para el análisis comparativo de datos que permitan la adopción de estrategias más integrales por parte de las autoridades superiores, a fin de mejorar la gestión de recursos disponibles y la atención oportuna de las personas usuarias titulares de los datos.

especializada y procedimientos diagnósticos. Contará con el apoyo de todas las instancias internas que puedan consolidar sus objetivos y el apoyo técnico externo que se requiera en el tema de las listas de espera.



6. GESTIÓN DE INGRESO Y DEPURACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA

6.1 PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

En los 4 centros visitados no existe estandarización en la cantidad de personas que participan en el proceso de programación quirúrgica de la especialidad de Ginecología ni en los procesos que se ejecutan. Únicamente el Área de Salud Siquirres realiza todo el proceso de manera digital (ARCA²³), los demás mantienen documentación física (solicitudes de hojas de sala de operaciones, de hospitalización y hojas de criterios de priorización).

Esta Auditoría evidenció, además, que la programación quirúrgica de la especialidad de Ginecología en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se realiza por parte del personal de ese Servicio y el Centro de Registro y Programación Quirúrgica (CRP) no tiene participación en el ingreso de pacientes a la lista de espera quirúrgica²⁴ ni en la programación de las usuarias para cirugía.

Mediante certificación **CRP-097-06-2023 del 9 de junio de 2023**, el doctor Víctor Manuel Lacayo Trujillos, coordinador del Centro de Registro y Programación Quirúrgica (CRP) del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, detalló que los Servicios de Cirugía Reconstructiva, Urología, Vascular Periférico, Cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular, Otorrinolaringología y Oftalmología “tomaron la decisión de continuar gestionando sus listas de espera (entiéndase ingreso de registros, depuración y programación)”.

Agregando, además, en certificación **CRP-093-06-2023 del 9 de junio de 2023** que el CRP “*No tiene injerencia ni en el ingreso de pacientes a listas de espera, ni mucho menos en la programación de usuarios que se realiza*”.

Por su parte, el Hospital Dr. Tony Facio Castro dispone de una Unidad de Lista de Espera quirúrgica (UGLEQ) con 6 funcionarios que participan en su gestión, entre ellos, un médico general que se encarga de la atención de usuarios y proceso de preparación quirúrgica, una recepcionista, auxiliar de enfermería y secretaria.

En el hospital de Guápiles y Área de Salud Siquirres participan 3 funcionarios, en el primer centro médico se dispone del coordinador de la Unidad de Lista de Espera quirúrgica (médico) y 2 secretarías y en el segundo caso, el coordinador (médico), una enfermera y un funcionario de Registros Médicos y Estadísticas en Salud.

Los Lineamientos de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, 2023, sobre los roles del personal relacionado con la gestión de la Lista de Espera y la conformación del Equipo Gestor de Listas de Espera, establece la composición esencial de debe tener el equipo de trabajo en cualquier establecimiento de salud que identifique la existencia de listas de espera para procedimientos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos o consulta externa especializada, incluyendo al Director Médico o su representante, jefatura de Sección de Cirugía y/o Medicina y/o de Consulta Externa y/o servicios, según corresponda al nivel de atención, un médico cirujano y/o médico general con inducción en la gestión de listas de espera de cirugía (Gestor Local de Lista de Espera), un funcionario de Registros y Estadísticas de Salud, un funcionario de Informática en las unidades que cuentan con recurso de CGI, otros que, por la complejidad y disposición del centro, la Dirección General considere necesaria su incorporación.

²³ Es una aplicación web que proporciona una plataforma ideal para el registro y gestión de datos institucionales tanto a nivel operativo como gerencial y orientado a los servicios de salud, brinda una solución con un potente entorno integrado de aplicaciones de alto rendimiento. Este repositorio dispone de varios sistemas de información: entre ellos el Sistema Integrado de Atenciones Hospitalarias (ARCA.SIAH) que corresponde al módulo de Admisión y Egreso, permite el registro de los eventos de hospitalización de la persona usuaria en la CCSS, y también el módulo quirúrgico busca administrar la actividad quirúrgica del establecimiento de salud.

²⁴ Corresponde al conjunto de pacientes que requieren alguna cirugía electiva en la CCSS y que se encuentra pendiente de realizar.

Este mismo lineamiento establece que en cada establecimiento de salud se define un equipo gestor de listas de espera como el grupo de profesionales encargado de realizar las actividades de gestión, agendamiento, seguimiento y consolidación de datos respectivos a la lista de espera institucional. Existen equipos de trabajo a nivel regional y local con responsabilidades variadas según su perfil profesional. Es una dependencia directa de la Dirección General de cada sede o establecimiento de salud y debe contar con al menos el trabajo de un médico coordinador y un encargado de Registros y Estadísticas de Salud (REDES). Además, requiere para el adecuado funcionamiento, el apoyo y coordinación directa del director general y los jefes de servicios y áreas que manejan listas de espera.

La Dra. Katherine Colby Jiménez, Médico de la Unidad Técnica de Listas de Espera delegada por la Dra. María Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora de la UTLE para atender los requerimientos de esta Auditoría, mediante entrevista escrita del 16 de mayo de 2024, sobre la razón por la cual algunas especialidades del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia no realizan su programación quirúrgica en coordinación con el Centro de Registro y Programación Quirúrgica (CRP) y que este “no tiene injerencia ni en el ingreso de pacientes a listas de espera, ni mucho menos en la programación de usuarios que se realiza”, manifestó:

“Usualmente cada servicio realiza su programación quirúrgica debido al criterio técnico de los especialistas para priorización, en el caso del Hospital Calderón Guardia al ser un hospital especializado la programación se vuelve un poco más difícil por temas de complejidad, pero la programación por logística de criterio técnico usualmente es un tema del servicio como tal y el gestor de lista es como un apoyo para la revisión de los casos que son más antiguos. Con respecto al ingreso de pacientes a lista de espera, se ha detectado por medio de la mesa que hay un porcentaje bajo de pacientes que el centro realiza consultas porque sus pacientes ingresan a lista de espera tiempo después por tener boletas físicas y no digitales, por lo que al percatarnos de esto se les ha dado una retroalimentación por correo electrónico cada vez que la mesa reporta del procedimiento correcto.

La razón por la cual podría suceder este tipo de situaciones es que no existe un proceso estandarizado para el ingreso de pacientes en lista de espera, entonces muchos establecimientos hacen su proceso diferente, por esta razón se intenta en la guía de depuración del 2023 realizar una estandarización de este proceso sobre ingreso a la lista de espera, para evitar que estas situaciones sucedan ya que no se considera adecuado que los pacientes no tengan esta coordinación”.

En entrevista realizada a los doctores Johny Olmedo Soriano y Abel Benigno Hooker Hawkins, jefe del Servicio de Ginecología y jefatura de clínica de Ginecología, respectivamente, ambos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, el 7 de marzo de 2024, se les consultó quién es el gestor local de la lista de espera quirúrgica del Servicio de Ginecología, si es personal de ese servicio o a nivel general del hospital, y al respecto, manifestaron:

“A nivel del hospital trabajamos las listas de espera con el Centro de Registro y Programación, a cargo del Dr. Victor Lacayo Trujillo, funcionario que funge como conexión – enlace con la UTLE, en ese sentido el Dr. Lacayo, se comunica con la Dr. Sancho, médico asistente administrativo del servicio de ginecología con el fin de informar - comunicar sobre pacientes que no han sido resueltas, aspectos pendientes sobre, exámenes, usuarias de años antiguos, entre otros aspectos; además de gestiones para la programación de jornadas de producción ligadas a las listas de espera, al respecto se tiene un proyecto para las salpingectomías.

En el servicio se canaliza a través de la jefatura de Clínica de Ginecología, en este caso el Dr. Hooker, quien vela por el cumplimiento de la programación de las cirugías, con la colaboración de la médico asistente administrativa (Dra. María Carolina Sancho) y la secretaria jefatura clínica de ginecología (Sra. Wendy Chinchilla)”.

Considera esta Auditoría relevante que se defina técnicamente la estandarización de los procesos, considerando aspectos como la complejidad del centro médico, disponibilidad de recursos, identificación de responsables de las funciones y de los resultados, debido a que la decisión de incluir o excluir a un usuario de la lista de espera debe ser tomada por una persona con el criterio técnico necesario, y se le debe dar la importancia que reviste el tema, en procura de garantizar la validación y fiabilidad de los registros, que refleje las dimensiones reales de cada una de las listas de espera en los distintos establecimientos de salud.

Las personas a cargo de este proceso deben disponer de la capacitación necesaria, a fin de realizar las actividades de planificación, gestión y evaluación en el manejo de listas de espera, apegadas al ordenamiento jurídico y las que sean necesarias para garantizar el servicio público y el derecho a la salud de los usuarios, procurando un uso razonable de los recursos disponibles, bajo parámetros de eficiencia, eficacia, efectividad y equidad.

En los siguientes hallazgos se detallan las debilidades relacionadas con la calidad de la información registrada en el ARCA y los documentos físicos, lo cual afecta la adecuada toma de decisiones y el desarrollo de estrategias efectivas en la atención de las listas de espera, debido a que al comparar los registros estos nos concordantes.

6.2 LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Los Hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Dr. Tony Facio Castro y Guápiles, así como el Área de Salud de Siquirres, registran un total de **3,976²⁵** usuarias en lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología, con años de ingreso del 2020 a mayo 2024, lo anterior, se observa en detalle en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 1



Fuente: Lista de espera quirúrgica suministrada por cada centro médico.

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría en los diferentes centros médicos visitados, se evidenciaron oportunidades de mejora, las cuales se detallan a continuación:

²⁵ Corte más reciente 20 de mayo de 2024.

Hospital Dr. Tony Facio Castro:

Se evidenciaron oportunidades de mejora relacionadas con la atención prioritaria de pacientes clasificadas con una prioridad **alta**, usuarias con documentos físicos que se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica en la especialidad de Ginecología pero no están registradas en el ARCA, pacientes que no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en la UGLEQ²⁶) con la fecha de inclusión en la lista de espera, usuarias que no disponen del documento físico que garantice que se completó correctamente la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica”, además, la mayoría de estas hojas de priorización observadas no se encuentra firmada por la persona responsable de su llenado, así como, documentos de usuarias que no se registra fecha de recibido del servicio ni en la solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones, por lo que, no se tiene certeza de la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico ni la recepción en la UGLEQ.

El detalle de las situaciones evidenciadas se describe a continuación:

- Al 30 de abril de 2024 este centro médico registraba un total de **588 usuarias en lista de espera**, de las cuales **143²⁷** corresponden a salpingectomías.
- En el 2021 se registró una usuaria con una priorización **alta** que tiene un total de 853 días de espera para la realización de una histerectomía.
- En el 2022 se registraron 80 pacientes en espera de un procedimiento quirúrgico, de las cuales destacan 6 que fueron clasificadas como prioridad alta y 10 se ingresaron sin prioridad.
- Durante el 2023 se registraron 364 usuarias en espera, de las cuales 133 pacientes fueron registradas con una prioridad **alta**, y 111 sin prioridad.
- En los primeros 4 meses del 2024 se habían registrado un total de 143 usuarias en espera de un procedimiento quirúrgico, 46 (32%) de ellas con prioridad **alta** y 32 sin prioridad.

Además, este Órgano de Fiscalización y Control revisó una muestra de 316 (2 del 2021, 79 de 2022 y 235 del 2023) documentos físicos custodiados en ampos en la Oficina de la UGLEQ del Hospital Dr. Tony Facio Castro de usuarias de los años 2021 a 2023, que se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico en la especialidad de Ginecología, de los cuales se observó lo siguiente:

- Las 2 usuarias de los 2021 pendientes de resolución quirúrgica no se encuentran registradas en la lista de espera del ARCA suministrada por ese centro médico.
- De las 79 usuarias revisadas del 2022 se destacan los siguientes aspectos:
 - 9 de las usuarias revisadas no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en la UGLEQ) con la fecha de inclusión en la lista de espera, de las cuales 5 se incluyeron en el ARCA con una fecha posterior y 4 con fecha antes, destacándose un caso de 353 días naturales antes (**ver detalle en anexo 1**).
 - Se observaron 4 usuarias con solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones que no se encuentran en la lista de espera del ARCA. En 3 casos se pudo corroborar que se trataba de pacientes depuradas, pero no habían excluido los documentos del ampo de cirugías pendientes.

²⁶ Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica del Hospital Dr. Tony Facio Castro.

²⁷ Se tomó de la variable descrita como “Procedimiento” en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico.

- 2 documentos de usuarias no registran fecha de recibido del servicio ni en la solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones, por lo que, no se tiene certeza de la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico ni la recepción en la UGLEQ.
- Se evidenció un total de 5 usuarias que en la hoja física de “*Criterios de priorización Patología- Ginecológica*” se establece una priorización diferente a la asignada en el ARCA.
- Llama la atención de esta auditoría anotación con lapicero en la hoja de solicitud de sala de operaciones de una usuaria, que refiere “De parte del doc. Vidal”.
- Se observaron documentos físicos de una usuaria que se recibieron en la UGLEQ el 5 de mayo de 2022, sin embargo, fueron archivados en el ampo del 2023.
- De las 235 usuarias revisadas del 2023 se destacan los siguientes aspectos:
 - 58 de las usuarias revisadas no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en la UGLEQ) con la fecha de inclusión en la lista de espera, de las cuales 53 se incluyeron en el ARCA con una fecha posterior y 5 con fecha antes, destacándose un caso de 324 días naturales posterior y 247 días naturales antes (**ver detalle en anexo 1**).
 - Se observaron 2 usuarias con solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones que no se encuentran en la lista de espera del ARCA. En uno de los casos se corroboró que se encontraba depurada y el otro se explicará más adelante en este documento.
 - Se evidenció un total de 10 usuarias, que en la hoja física de “*Criterios de priorización Patología- Ginecológica*” se establece una priorización diferente a la asignada en el ARCA.
 - 5 documentos de usuarias no registran fecha de recibido del servicio ni en la solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones, por lo que, no se tiene certeza de la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico ni la recepción en la UGLEQ.
 - Llama la atención del caso de una usuaria, por cuanto en la hoja de criterios de priorización se observa anotación con lapicero que indica “ALTO RIESGO CÁNCER”, la fecha de recepción del documento en la UGLEQ fue el 31 de agosto de 2023, es decir, 264 días han transcurrido desde la recepción del documento hasta la visita efectuada por esta Auditoría al centro médico (21-5-2024), no se observa ninguna acción para iniciar con el proceso de su cirugía pese a ser catalogada como prioridad **alta**.

Este caso fue comentado directamente con la Dra. Leyni Morantes Rodríguez, médico general de la UGLEQ del Hospital Dr. Tony Facio Castro durante la ejecución del trabajo de campo del presente estudio²⁸, a fin de que se analizara el caso de la usuaria y se le brindara la prioridad requerida.
 - En consulta realizada por esta Auditoría en el EDUS el 7 de agosto de 2024 se verificó que la paciente fue atendida en la consulta externa de ese centro médico el 1° de agosto de 2024, en la cual se inició su preparación preoperatoria.
 - Se observó la hoja de solicitud de sala de operaciones y la de solicitud de hospitalización con fecha de recibido por la UGLEQ el 23 de agosto de 2023, en la cual el médico especialista le asignó una prioridad ALTA, adicionalmente, se observa anotación con lapicero que indica “Prioridad ALTA por riesgo tumor”, sin embargo, a la fecha de revisión por parte de esta Auditoría (21-5-2024), habían transcurrido **272 días naturales**

²⁸ 21 de mayo de 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

aproximadamente, y no se observa ninguna acción para iniciar con el proceso de su cirugía pese a alerta de la anotación.

Además, se corroboró en el ARCA, en el apartado “Datos citación”, en la pestaña de prioridad, que se ingresó la usuaria con una prioridad MEDIA, pero en el sistema no se evidencia la aplicación del “formulario de priorización” para patología ginecológica.

Sobre el abordaje de este caso, se contactó mediante la plataforma teams el 12 de agosto de 2024 a la Dra. Leyni Morantes Rodríguez, médico general de la UGLEQ del Hospital Dr. Tony Facio Castro, a fin de que se analizara la situación de la usuaria y se le brindara la prioridad requerida. Además, el 14 de agosto de 2024 se le informó al respecto al Dr. Francisco Muñoz Villalobos, coordinador de la UGLEQ.

En consulta realizada por esta Auditoría en el EDUS el 7 de agosto de 2024 se documentó que la paciente fue atendida el 6 de agosto de 2024 en el EBAIS, sin embargo, se encuentra pendiente en la lista de espera quirúrgica y no se evidencia que haya iniciado la preparación prequirúrgica.

Adicionalmente, se verificó en el EDUS el 4 de septiembre de 2024, que la paciente consultó al Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Tony Facio Castro el 3 de septiembre del 2024 y fue valorada por el médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia.

De los casos anteriormente citados, 5 fueron revisados en compañía de la Dra. Leyni Lucía Morantes Rodríguez, Médico general de la Unidad Técnica de listas de espera quirúrgica del Hospital Dr. Tony Facio Castro para conocer detalles de las debilidades observadas, los cuales se resumen a continuación:

Cuadro 6
Revisión de casos de usuarias en lista de espera en Ginecología
Hospital Dr. Tony Facio Castro
Mayo 2024

CANTIDAD	DEBILIDAD EVIDENCIADA	RESOLUCIÓN POR CENTRO MÉDICO
Paciente 1	La usuaria ingresó a la lista de espera el 20 de febrero de 2022 con una prioridad media. Presentó queja ante la Defensoría de los Habitantes por plazos de espera prolongados. El centro médico contestó a inconformidad interpuesta ante Defensoría de los habitantes mediante oficio HTFC-DM-0839-2022 del 29 de agosto de 2022, manifestando que <i>“se encuentra preparando pacientes con prioridades Altas, Medias y/o Recursos de Amparo, por lo que esta paciente se estará notificando para iniciar proceso de preparación preoperatoria”</i> . La paciente continúa en espera y no ha iniciado su proceso de preparación preoperatoria.	En relación con este caso, nos encontramos resolviendo los de mayor antigüedad correspondientes al período marzo 2023 (prioridades altas) y enero 2022 (prioridades medias, bajas).
Paciente 2	Usuaria dispone de documentos físicos y recibidos en la UGLEQ el 16 de noviembre de 2023, sin embargo, es registrada en el ARCA hasta el 22 de enero de 2024. Es una paciente clasificada como prioridad media.	Fue registrada en ARCA con FI 22/01/2024, sin embargo, la fecha de recibido de documentación registrada por UGLEQ, indica una fecha anterior, por lo tanto, se tomará como correcta la indicada en la fecha de recepción del documento.
Paciente 3	La solicitud de hospitalización no indica fecha y no se observa hoja de criterios de priorización. En la hoja de solicitud de sala de operaciones se observa la fecha de	La paciente completó preoperatorios por UGLEQ el 02/02/2024, sin embargo, no fue localizable en las múltiples ocasiones para confirmación de cirugía, por tanto, fue depurada. Según lo instruido en Manual de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CANTIDAD	DEBILIDAD EVIDENCIADA	RESOLUCIÓN POR CENTRO MÉDICO
	recepción de la UGLEQ el 20 de setiembre de 2023. No aparece en la lista de espera del ARCA suministrada a esta Auditoría.	Gestión de Lista de espera. Se tiene evidencia en expediente físico de los registros de llamadas.
Paciente 4	La fecha de recepción por parte de la UGLEQ de la documentación es 11 de mayo de 2023 , clasificada como prioridad alta , sin embargo, no se encuentra incluida en la lista de espera del ARCA.	En la Unidad se cuenta con una solicitud de SOP con recepción en UGLE con fecha del 11/05/2024. Por lo que se traslada a Desireé Ballestero para su registro correspondiente en el ARCA y será preparada en el momento que le corresponda por fecha de registro indicada en documentación física.
Paciente 5	La fecha de recepción por parte de la UGLEQ de la documentación es 13 de octubre de 2023 , clasificada como prioridad alta , y se observa una anotación en lapicero que refiere "Paciente para descartar CA, Prioritaria". Sin embargo, se archiva en ampo de usuarias sin prioridad , y al 21 de mayo de 2024 no se habían realizado acciones para iniciar su proceso de preparación preoperatoria.	Dado a que la hoja de solicitud de SOP, se encuentra en AMPO de prioridades bajas, siendo lo correcto prioridad alta, por tanto, se revisa y se corrobora el diagnóstico de Inclusión con la Indicación del especialista donde detalla: Sangrado Postmenopáusico con Hiperplasia endometrial con sospecha de Cáncer. Dado a lo anterior, será citada a preoperatorios con prontitud.

Fuente: Registros físicos UGLEQ y ARCA

El 20 de mayo de 2024 esta Auditoría consultó al Dr. Francisco Muñoz Villalobos, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica del Hospital Dr. Tony Facio Castro, en qué momento se elabora la Hoja de criterios de priorización y quién es la persona responsable de llenarla, al respecto manifestó:

"Se completa en el momento de la valoración de la paciente en la Consulta Externa, el médico especialista es el responsable de llenarla, pero no observan el puntaje del resultado. Para mayor transparencia la Gerencia Médica indicó que el especialista únicamente marcará con una "X" los criterios y en la UGLEQ la funcionaria hace la priorización de acuerdo con el puntaje otorgado (Se adjunto lineamientos y herramienta por correo electrónico)".

Respecto a los casos evidenciados por esta Auditoría, en los cuales la solicitud de hospitalización indica prioridad **alta**, la hoja de hospitalización indica **media** y se encuentran archivadas en el ampo físico **sin prioridad**, se consultó al Dr. Muñoz Villalobos respecto a cuál criterio prevalece, señalando que el que debe ser considerado es el indicado en la herramienta de priorización de criterios realizada por especialista.

Considera esta Auditoría que los aspectos evidenciados podrían ser causados por falta de supervisión en las actividades que se ejecutan en la UGLEQ, así como falta de atención y orden por parte de las funcionarias involucradas en el proceso.

La situación descrita podría ocasionar que una paciente que a criterio del especialista sea de prioridad alta sea analizada por la UGLEQ como prioridad baja, con el riesgo de que su salud se complique y situé ponga en riesgo su vida como es el caso de los pacientes oncológicos.

Hospital de Guápiles:

Se evidenció la necesidad de mejorar aspectos relacionadas con la calidad y seguridad de la información ingresada en la lista de espera quirúrgica del ARCA, debido a que el 42% (549) de los procedimientos quirúrgicos pendientes se encuentran sin prioridad, pacientes que no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en la Oficina de Sala de Operaciones) con la fecha de inclusión en la lista de espera, así como, usuarias que en la hoja de solicitud de Sala de Operaciones no se dispone de sello de recibido por parte del servicio.

El detalle de las situaciones evidenciadas se describe a continuación:

- La programación se realiza en un 80/20, 80 de lo más antiguo y 20% prioridades o cáncer, además de jornadas de producción que se han aprobado.
- Al 20 de mayo de 2024 se registraban **1310 pacientes** en lista de espera quirúrgica en Ginecología, de las cuales **1224²⁹** corresponden a salpingectomías, es decir, el 93% de la lista de espera.
- Durante el 2023 se registraron 808 usuarias en espera, de las cuales 22 pacientes fueron registradas con una prioridad **alta**, 589 como **baja**, 10 como prioridad **media** y 187 **sin prioridad** (23%).
- En los primeros 5 meses del 2024 se habían registrado un total de 502 usuarias en espera de un procedimiento quirúrgico, 48 de ellas con prioridad **alta**, 81 como **baja**, 11 como **media** y 362 (72%) **sin prioridad**.

Adicionalmente, se revisó la documentación archivada en ampo físico custodiado en la Oficina de Sala de Operaciones del Hospital de Guápiles, que, según lo informado por la Dra. Priscilla Valverde Rodríguez, Médico Asistente Especialista en Anestesia y Recuperación de ese centro médico, corresponde a 106 documentos³⁰ de pacientes consideradas como prioritarias y que están en espera de un procedimiento quirúrgico en la especialidad de Ginecología, de las cuales se evidenciaron las siguientes aspectos de mejora:

- Es importante indicar que en el Hospital de Guápiles se le entrega un sobre cerrado la solicitud de hospitalización y exámenes que debe realizarse a las pacientes, por lo que, no se dispone de evidencia documental para verificar la fecha en la que el médico asistente especialista solicitó el procedimiento a la usuaria. La Dra. Valverde Rodríguez indicó a esta Auditoría que se toma como base la fecha de recibido por el Servicio en la Hoja de Sala de Operaciones.
- Se determinó que 21 de las usuarias revisadas no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en la Oficina de Sala de Operaciones) con la fecha de inclusión en la lista de espera, de las cuales 10 se incluyeron en el ARCA con una fecha posterior y 13 con fecha antes, destacándose un caso de 371 días naturales posterior (**ver detalle en anexo 2**).
- Se evidenciaron 37 casos de usuarias que en la hoja de solicitud de Sala de Operaciones no se dispone de sello de recibido por parte del servicio, ni de la solicitud de hospitalización (se entrega a las usuarias), por lo que, no fue posible corroborar la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico contra la fecha de ingreso a la lista de espera quirúrgica suministrada a esta Auditoría.
- Se observaron 11 solicitudes de sala de operaciones físicas archivadas en el ampo de prioritarias que de conformidad con los procedimientos aplicados por esta Auditoría se encuentran resueltas, por lo que, se evidencia debilidades en el manejo de la información documental disponible, de los cuales se detallan únicamente los siguientes casos:

²⁹ Se tomó de la variable descrita como "Procedimiento" en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico.

³⁰ Hojas de solicitud de sala de operaciones, solicitud de hemocomponentes, laboratorios, referencias y hojas de criterios de priorización.

Cuadro 7
Revisión de casos de usuarias en lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología
Hospital de Guápiles
Mayo 2024

CANTIDAD	DEBILIDAD EVIDENCIADA	RESOLUCIÓN EVIDENCIADA POR LA AUDITORÍA
Paciente 1	<p>Se observa hoja solicitud de sala de operaciones física con fecha de recibido en la oficina de sala de operaciones el 31 de marzo de 2022, así como anotación en lapicero del 28 marzo de 2022 y programación para cirugía el 29-3-2022</p> <p>Sin embargo, paciente no está registrada en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico.</p>	<p>El 31 de mayo de 2024 esta Auditoría realiza consulta en el EDUS y se verificó que la usuaria fue operada en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia el 20 de marzo de 2024, bajo procedimiento de emergencia.</p>
Paciente 2	<p>Se observa hoja de solicitud de sala de operaciones física con fecha de recibido en la oficina de sala de operaciones el 2 de febrero de 2022.</p> <p>Paciente no está registrada en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico.</p>	<p>El 31 de mayo de 2024 esta Auditoría realiza consulta en el EDUS y se desprende que la paciente fue operada en el hospital de Guápiles el 8 de noviembre de 2022.</p>
Paciente 3	<p>Se observa hoja de solicitud de sala de operaciones física con fecha de recibido en la oficina de sala el 25 de abril de 2022.</p> <p>Paciente no está registrada en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico.</p>	<p>El 31 de mayo de 2024 esta Auditoría realiza consulta en el EDUS y se evidenció que la usuaria refiere que <i>“se le suspendió el procedimiento quirúrgico en 3 ocasiones”</i>.</p> <p>La paciente por sus medios se trasladó al Hospital Blanco Cervantes y este centro la refirió al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en donde se intervino quirúrgicamente el 2 de enero de 2023.</p> <p>En las anotaciones del EDUS se comprueba que la usuaria ha rechazado la cirugía en 2 oportunidades. La cirugía realizada en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia no le resolvió el problema, por tanto, se le ofreció una segunda cirugía y la paciente indicó que lo tenía que pensar.</p>
Paciente 4	<p>Se observa hoja de solicitud de sala de operaciones física sin fecha de recibido por el Servicio.</p> <p>En la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico se realizan 2 registros, uno con fecha 24 de febrero de 2023 (depurada) y otro el 8 de noviembre de 2023 (pendiente).</p>	<p>El 31 de mayo de 2024 esta Auditoría realiza consulta en el EDUS y se evidenció que se realizan anotaciones del 24 de febrero de 2023 que indican: <i>“se presenta a cumplir requisitos preoperatorios, exámenes de laboratorio”</i>.</p> <p>No obstante, la nota del EDUS no es muy clara, por lo que no se tiene certeza de donde se remiten los mismos, además de anotación del 8 de noviembre de 2023 que indica se programa para Cirugía.</p>

Fuente: Registros físicos custodiados en la Oficina de Sala de Operaciones y EDUS.

- Se observaron 2 casos en los cuales las hojas de solicitud de sala de operaciones no tienen sello de recibido por la Oficina de Sala de Operaciones y al realizar la consulta el 31 de mayo de 2024 en el EDUS para verificar la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico a las usuarias mediante la atención en la Consulta Externa no coincide con la fecha de ingreso a la lista de espera, como se observa a continuación:

- Se observa anotación en el EDUS del 15 de marzo de 2024 en la cual se programa para histerectomía, sin embargo, en la lista de espera quirúrgica tiene fecha de ingreso el 25 de abril de 2024.
- Se observa anotación en el EDUS del 13 de diciembre de 2023, que refiere “se programa para laparotomía exploratoria”, y en la lista de espera aportada por la administración se indica fecha de registro 19 de diciembre de 2023.

El 22 de mayo de 2024, se consultó al Dr. Esteban Arias Sánchez, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera quirúrgica del Hospital de Guápiles, sobre el proceso de recepción de los documentos en la Oficina de Sala de Operaciones de las usuarias que requieren un procedimiento quirúrgico, al respecto manifestó:

“El proceso inicia de la siguiente forma: La paciente acude a cita en la consulta externa y el médico especialista le entrega la boleta de hospitalización, sala de operaciones, hoja de priorización de criterios (la boleta de priorización se puede hacer física o digital en el ARCA, si se realizó física se la deja la secretaria) y entrega las boletas de exámenes de laboratorios u otros que requiera.

Ese mismo día la paciente acude a la Oficina de Sala de Operaciones para ser ingresada a la lista de espera (ARCA), si la paciente quiere acudir, tenemos casos de pacientes que son vistas en una fecha determinada en la consulta externa y se presentan días, semanas y hasta meses después a entregar la documentación a la oficina de sala de operaciones; aducen que tenían cosas importantes que hacer y no podían quedarse más tiempo en el hospital, que el bus las dejaba, que debían ir a dejar o recoger a sus hijos a la escuela pero, ya eso es responsabilidad de la usuaria. Y este tipo de situaciones ocurre con cualquier patología y en todas las especialidades, no solamente ginecología”.

Además, en relación con las causas por las cuales se evidenció la existencia de gran cantidad de registros (42% del total) en la lista de espera quirúrgica ingresados sin prioridad, manifestó³¹:

“Esto obedece a que, estoy partiendo del hecho que son pacientes con diagnóstico de paridad satisfecha, estas usuarias son todas sin prioridad. Una salpingectomía no es ninguna prioridad, entonces el médico al incluirla a la lista no la prioriza ni le hace la hoja de priorización (...)”.

No obstante, de la verificación realizada por esta Auditoría se evidenció el registro de 15 pacientes ingresadas a la lista de espera quirúrgica sin prioridad que se encuentran esperando por un procedimiento diferente a salpingectomía, por ejemplo: reparación de cistocele y rectocele (3), otra histerectomía total abdominal y la no especificada (7), laparotomía exploratoria (1), extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino (1), histeroscopia (2) y colecistectomía (1).

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia:

Se evidenció que existen oportunidades de mejora en el registro, programación, priorización y depuración de pacientes ingresadas en la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, debido a que se evidenciaron aseguradas con documentos físicos (solicitud de sala de operaciones y de hospitalización) archivados en el ampo de cirugías pendientes, pero que no aparecen en lista de espera quirúrgica (ARCA) suministrada por el centro médico, pacientes que no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en el Servicio de Ginecología) con la fecha de inclusión en la lista de espera, usuarias que no disponen del documento físico que garantice que se completó correctamente la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica o salpingectomía”, además, la mayoría de estas hojas de priorización observadas no se encuentra firmada por la persona responsable de su llenado.

³¹ Correo electrónico del 7 de junio de 2024.

El detalle de las situaciones evidenciadas se describe a continuación:

- Al 15 de mayo de 2024 se registraban **1558 pacientes** en lista de espera quirúrgica en Ginecología, de las cuales **298** corresponden a salpingectomías.
- Con fecha de ingreso del 2020 se registraron **3** usuarias, sin embargo, todas fueron registradas como prioridad baja, ya se encuentran citadas y en proceso de preoperatorios para la cirugía. La usuaria que registra el mayor tiempo de espera es de 1 582 (corte al 31 de mayo 2024).
- En la lista de espera se encuentran **141** usuarias que fueron ingresadas en el 2021, todas con una priorización **baja**.
- En el 2022 se consignan **346** pacientes que fueron ingresadas a la lista de espera quirúrgica, de las cuales destaca 1 que fue clasificada como prioridad **alta**, las restantes son prioridad baja.
- Con fecha de registro del 2023, se consignan **714** usuarias en espera, el 100% fueron incluidas con una prioridad **baja**.
- En los primeros 5 meses del 2024 se habían registrado un total de **354** usuarias en espera de un procedimiento quirúrgico, todas ingresadas con prioridad **baja**.
- Se observaron dos usuarias que en las observaciones indicadas en la lista de espera quirúrgica anotaron “se operó por fuera” y “no desea la operación”, y continúan como pendientes.

Al respecto, se evidenció que este centro médico presenta dificultades en la gestión de la lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología, debido a la carencia de médicos asistentes especialistas en Anestesiología y Recuperación, sobre este tema el Dr. Johnny Olmedo Soreano, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia comentó³²:

“A pesar de los pocos días asignados para Sala de Operaciones al Servicio (solo 3 días) por la carencia de especialistas en anestesiología, no dejamos ningún espacio en sala de operaciones sin aprovechar. Cuando las pacientes que no acuden al procedimiento quirúrgico por alguna razón se llevan a cabo coordinaciones a lo interno con hospitalización para siempre sustituirlas. Además, se realizan coordinaciones con la Clínica de Coronado para la realización de salpingectomías, lo cual ayuda a disminuir la lista de espera.

La semana anterior tuvimos la visita de una comisión que revisó el funcionamiento de las salas de operaciones, por lo que, se solicitó que la asistente de la jefatura de sección (Dra. Bustillos), llame a las usuarias para depurar los casos más antiguos. Todavía no tenemos ningún informe, ya que es una estrategia reciente”.

Sobre este tema, esta Auditoría emitió oficio de advertencia AD-ASALUD-0109-2023 del 2 de octubre de 2023 referente a la programación de cirugías de cáncer de mama y tiroides en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se abordó el tema de la carencia de profesionales en anestesiología y recuperación, señalándose que según la matriz de necesidades, a esa fecha, se requerían 14 profesionales en anestesiología y recuperación, de los cuales 6 obedecen a salidas totales de la institución (muerte, jubilación, fugas especialistas). En este documento, esta Auditoría evidenció que la eventual reducción de horas en sala de cirugías está relacionada con la fuga de los médicos especialistas en Anestesiología, lo que incide en la continuidad de los servicios médicos, por ende, el poder atender de manera satisfactoria las listas de espera de procedimientos quirúrgicos.

³² Entrevista del 12 de junio de 2024.

Además, este Órgano de Fiscalización y Control revisó una muestra de 501 documentos físicos custodiados en ampos en la Oficina de secretaria de la jefatura de clínica del Servicio de Ginecología de usuarias de los años 2021 y 2022 que se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico en la especialidad de Ginecología, de los cuales se observaron las siguientes oportunidades de mejora:

- Del total de documentos revisados (501) de los años 2021 y 2022, 144 (29%) usuarias no se encontraban en la lista de espera quirúrgica suministrada por el centro médico. Del 2021, se revisaron 118 documentos y 15 (13%) usuarias no estaban registradas en el ARCA, mientras que el 2022 se verificaron 383 documentos físicos y 129 (34%) de ellos no se encontraban en lista de espera.
- Las razones por las que se dispone de documentación física de usuarias que no se encuentran registradas en la lista de espera quirúrgica del ARCA son: pacientes que fueron depuradas por diferentes motivos y usuarias derivadas para resolución en el Área de Salud Coronado pero se mantienen los documentos físicos archivados en el ampo de cirugías pendientes, usuarias ingresadas por error en el ARCA de la siguiente forma: Servicio de Cirugía Ambulatoria, especialidad de Ginecología, siendo lo correcto Servicio: Gineco-Obstetricia y Especialidad: Ginecología y aseguradas que se traspapelaron con la orden de hospitalización de otra persona.
- 11 de las usuarias revisadas no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico (fecha de recepción en el Servicio de Ginecología) con la fecha de inclusión en la lista de espera quirúrgica (ARCA), de las cuales 8 se incluyeron en el ARCA con una fecha posterior y 3 con fecha antes, destacándose un caso de 747 días naturales posterior y 443 días naturales antes (**ver detalle en anexo 3**).
- Se observaron 69 solicitudes de hospitalización físicas archivadas en el ampo de cirugías pendientes del 2021 y 2022 (9 de 2021) y (60 de 2022) (60), en la lista de espera quirúrgica del ARCA se registran como depuradas, resueltas, operadas en centros privados y extranjero y en algunos casos solo existe la evidencia de los documentos físicos.
- De los documentos físicos revisados del 2021 se destacan las siguientes oportunidades de mejora:
 - Se observaron 3 solicitudes de hospitalización del 2021, pero se mantienen archivadas en el ampo de 2022.
 - Se observaron 9 solicitudes de hospitalización y sala de operaciones físicas archivadas en el ampo de pacientes pendientes, sin embargo, se verificó que se trata de usuarias que ya fueron operadas o depuradas de la lista de espera aportada por la administración activa.
 - 122 usuarias que han sido contactadas para iniciar el proceso de preparación quirúrgica (realización de exámenes y otros) pero continúan a la espera de su cirugía, pese a que han transcurrido más de 3 años en algunos casos.
- De los documentos físicos revisados del 2022 se destacan las siguientes oportunidades de mejora:
 - Se observaron 22 solicitudes de hospitalización y sala de operaciones físicas archivadas en el ampo de pacientes pendientes, sin embargo, se verificó que se trata de usuarias que ya fueron operadas o depuradas de la lista de espera aportada por la administración activa.
 - 21 usuarias que han sido contactadas para iniciar el proceso de preparación quirúrgica (realización de exámenes y otros) del 2022, pese a que se han operado pacientes de periodos de ingreso posterior.



Lo anterior podría afectar la calidad de la información, siendo que la situación de estas pacientes ya se encuentra “resueltas”, pero al disponer de estos legajos documentales podría incidir en ineficiencia, lentitud de los procesos, pérdida de tiempo, la desorganización y errores en los documentos, ocasionando una inadecuada gestión de la información.

De los casos anteriormente citados, 14 fueron revisados en compañía de la Dra. María Carolina Sancho Jiménez, Médico general del Servicio de Ginecología, para verificar anotaciones del EDUS y ARCA a fin de conocer detalles de las debilidades observadas, de los cuales se detallan 6 usuarias en el siguiente cuadro:

Cuadro 8
Revisión de casos de usuarias en lista de espera Servicio de Ginecología
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Junio 2024

CANTIDAD	DEBILIDAD EVIDENCIADA	RESOLUCIÓN POR CENTRO MÉDICO
Paciente 1	Usuaría registra una fecha de ingreso a la lista de espera del 11 de marzo de 2020, fue llevada en dos ocasiones a la sesión prequirúrgica (29-1-2024 y 19-2-2024). Se depuró de la lista con las siguientes indicaciones: "Reiterada solicitud aplazamiento" (25/10/2023). Paciente indica va fuera del país. Se depura de lista de espera ya que se le dio tiempo de presentar exámenes preoperatorios desde junio 2023". Según la información suministrada, no se tiene claridad si continúa depurada, se resolvió en el Área de Salud Coronado (según observación).	Efectivamente se depuró en octubre de 2023, debido a que no se presentó a realizarse exámenes y la paciente indicó que iba a hacer un viaje. Se atiende en consulta externa el 4 de marzo de 2024. <u>Se operó el 24 de mayo del 2024</u> en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Cuando las usuarias se vuelven a reingresar a la lista de espera, se vuelve a realizar la priorización y puede ser que la prioridad del procedimiento cambie y se opere de una vez.
Paciente 2	Usuaría se registró dos veces en la lista de espera con el mismo diagnóstico de "Prolapso útero vaginal" pero con fechas de ingreso diferente (2/3/2021 y 23/01/2024)	Por el ingreso del 2 de marzo de 2021 la paciente se hospitalizó en octubre del 2023 para realizar la cirugía, sin embargo, durante este internamiento se imposibilita operarla por presentar lesión tipo ulcera en vagina. Se le entrega orden de hospitalización en jefatura para reprogramar. El 23 de enero de 2024 se revalora en la Consulta Externa para reprogramar. El error fue que el médico le vuelve a generar orden de hospitalización ligada al ARCA. La paciente se operó el 6 de junio de 2024 (fuera del corte de lista de espera analizada por la Auditoría).
Paciente 3	Paciente ingresó a la lista de espera quirúrgica el 31 de enero de 2020, fue llevada a la sesión prequirúrgica, el 8 y 29 de enero de 2024, sin embargo, no ha sido operada	Se depuró por contraindicación médica, debido a que persistía con proceso infeccioso y presenta múltiples urocultivos contaminados. En primera instancia estaba programada para cirugía el 1° de setiembre de 2020 pero se suspendió por COVID. En octubre de 2022 se le llamó para realizar exámenes preoperatorios, pero por el hackeo no se sabe qué sucedió. En julio de 2023 se le volvió a llamar para realizar exámenes preoperatorios. Se programa para sesión preoperatoria el 4 de diciembre del 2023 y se reprograma sesión para el 8 de enero de 2024.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CANTIDAD	DEBILIDAD EVIDENCIADA	RESOLUCIÓN POR CENTRO MÉDICO
		El 29 de mayo de 2024 en la Consulta Externa la atendieron, le enviaron antibiótico por un mes para realizar una nueva urodinamia y se tomó nueva muestra cateterizada.
Paciente 4	<p>Se observa solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones (documentos físicos) del 4 de noviembre de 2021, sin embargo, la usuaria no se encuentra en la lista de espera quirúrgica (ARCA) suministrada por el centro médico, ni en la lista de depuradas ni resueltas.</p> <p>Transcurrieron 952 días naturales desde que el médico asistente especialista solicitó el procedimiento quirúrgico y la fecha en que el Servicio la llamó para iniciar el proceso de preparación quirúrgica.</p>	<p>Se registró en el EDUS con 2 números de cédula, sin embargo, las notas existentes se relacionan con un nuevo número de cédula, por lo tanto, no había sido llamada por el Servicio de Ginecología.</p> <p>Está pendiente de operar. La Dra. Sancho revisará el caso para actualizar ultrasonido. El 12 de junio de 2024 se llamó a la usuaria.</p> <p>El 13 de junio del 2024(durante la visita de esta Auditoría) la paciente se presentó a la Jefatura de Ginecología, retira las boletas para actualizar exámenes preoperatorios y ultrasonido, se le otorga fecha límite de completar requisitos preoperatorios para agosto de 2024.</p>
Paciente 5	<p>Se observa solicitud de hospitalización (documento físico) del 16 de marzo de 2022, sin embargo, la usuaria no está registrada en lista de espera quirúrgica (ARCA), ni depurada ni resulta.</p> <p>Fue atendida en la Consulta Externa de Ginecología el 23 de marzo de 2022.</p>	<p>En el ARCA el 13 de junio de 2024 (fecha de la revisión realizada por esta Auditoría en conjunto con la Dra. Sancho), sí estaba pendiente de un procedimiento quirúrgico, sin embargo, en la lista suministrada por el hospital no estaba.</p> <p>La razón de lo anterior es porque esta paciente estaba en el Servicio de Cirugía Ambulatoria, especialidad de Ginecología, siendo lo correcto Servicio: Gineco-Obstetricia y Especialidad: Ginecología.</p> <p>La Dra. Sancho indica que hoy pasó los 81 casos detectados al Servicio de Gineco-Obstetricia, y que se empezarán a llamar esas pacientes que no habían sido llamadas porque no las tenían registradas en la lista de espera del Servicio por ese error.</p>
Paciente 6	<p>Usuaria con hoja de solicitud de sala de operaciones física sin solicitud de hospitalización con fecha de recibido por el Servicio de Ginecología el 13 de junio de 2022. No está registrada en la lista de espera quirúrgica suministrada a la Auditoría ni depurada ni resuelta.</p>	<p>El 13 de junio de 2024, se verificó en el ARCA y no aparece en lista de espera del ARCA.</p> <p>Según el EDUS se atendió a la usuaria el 28 de abril del 2023 en la consulta externa de piso pélvico y la especialista que la valoró indica "Refiere que ya fue programada y está a la espera de sala de operaciones".</p> <p>La Dra. Sancho indica que van a buscar la hoja de sala de operaciones y van a llamar a la paciente.</p> <p>Además, la va a valorar el Dr. Rojas el lunes 17 de junio de 2023 para actualizar el caso e identificar si amerita cirugía o no, ya que la última atención por el Servicio es abril de 2023.</p> <p>No se realizó la solicitud de hospitalización de esta usuaria y se verificó que estaba grapada con la de otra paciente.</p>

Fuente: Registros físicos custodiados en la Oficina de la secretaria del Servicio de Ginecología del HRACG y ARCA.

Adicionalmente, esta Auditoría revisó el listado de usuarias que fueron abordadas en **18 sesiones prequirúrgicas** realizadas por el Servicio de Ginecología entre el 23 de setiembre de 2023 y el 26 de febrero de 2024, destacándose los siguientes aspectos:

- Se contabilizó un total de 212 usuarias analizadas en dichas sesiones, de las cuales 95 fueron intervenidas quirúrgicamente, sin embargo, 120 (56.60%) aseguradas se encuentran pendientes del procedimiento quirúrgico requerido³³. Llama la atención, que en la lista de espera quirúrgica del centro médico estas usuarias fueron ingresadas sin prioridad o con prioridad baja.
- Se evidenció un total de 23 usuarias que ingresaron a la lista de espera en el 2021 que fueron analizadas en la sesión prequirúrgica entre setiembre 2023 e inicios de 2024, las cuales al 15 de mayo de 2024 (fecha de corte lista de espera suministrada a esta Auditoría) no habían sido operadas.
- 8 usuarias ingresaron a la lista en el 2022 y fueron valoradas en la sesión prequirúrgica entre setiembre 2023 e inicios de 2024, que tampoco se les ha realizado el procedimiento quirúrgico requerido.
- De un total de 122 usuarias con fecha de ingreso a la lista de espera en el 2023 y que fueron llevadas a sesión prequirúrgica, únicamente 56 (46%) de estas pacientes han sido operadas, lo que podría sugerir que no se están seleccionando adecuadamente los casos que se llevan a la sesión, ocasionando eventualmente que se le genere una expectativa a la usuaria de resolución de su caso, pero por diferentes motivos no se logra resolver.

Se consultó al Dr. Olmedo Soreano, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia la razón por la que se presenta esta situación, y al respecto comentó³⁴:

“La sesión es precisamente para revisar los exámenes que todo esté en orden, algunas veces las pacientes indican que tienen asma y no se puede operar porque requiere la valoración por otra especialidad, por ejemplo: Endocrinología, Neumología u otras cosas. Todos los especialistas que participan en la sesión conocen al paciente.

En otros casos las pacientes indican que no se pueden operar debido a situaciones personales, como por ejemplo que van de viaje”.

- Llama la atención de esta Auditoría, el caso de una usuaria que ingresó a la lista de espera quirúrgica el 25 de octubre de 2023, fue llevada a sesión clínica el 20 de noviembre de 2023 y se le realizó el procedimiento quirúrgico el 04 de diciembre de 2023 (**40 días naturales en espera**), por una histerectomía.

Además, se observó anotación realizada en la hoja de la sesión prequirúrgica que señala: *“Paciente comentada por la Dra. Peralta, esposa de un médico, tiene visto bueno del Dr. Olmedo y le coloca fecha para el 04 dic 2023”.*

Lo anterior, pese a que al 4 de diciembre de 2023 (fecha del procedimiento quirúrgico realizado) se registraba un total de 290 usuarias en espera de procedimientos asociados a una histerectomía con fecha de ingreso anterior a la paciente indicada, como es el caso una usuaria que ingresó a la lista de espera el 8 de enero de 2021, por lo que, al 4 de diciembre de 2023 registraba un total de **1060 días naturales** en espera de ese mismo procedimiento (usuaria más antigua de la lista en ese procedimiento).

³³ Corte al 15 de mayo de 2024.

³⁴ Entrevista del 12 de junio de 2024.

Esta Auditoría consultó al Dr. Johny Harold Olmedo Soriano, jefe del Servicio de Ginecología, mediante entrevista escrita del 12 de junio de 2024, sobre el criterio médico y de priorización en el caso de esta paciente, en virtud de que en ese centro médico se registran casos de pacientes en espera del mismo procedimiento quirúrgico desde 2021 y a la fecha están pendientes, al respecto manifestó:

“Por la sintomatología compresiva, por el tamaño y la severidad de lesiones. En la nota de la sesión prequirúrgica se anotó los médicos presentes, antecedentes de la paciente, diagnóstico, fecha de la cirugía y la cirugía propuesta.

No se indica que sea un recurso de amparo.

El 13 de marzo de 2024 se le realizó la consulta postoperatoria”.

- Paciente que ingresó a la lista de espera el 23 de febrero de 2023, vista en la sesión prequirúrgica el 26 de febrero de 2024 y operada el 4 de marzo de 2024, por un tumor benigno del ovario y el procedimiento quirúrgico realizado corresponde a: laparoscopia, pese a que a la fecha de la realización de la cirugía se registraba un total de **92** usuarias en lista de espera por el mismo procedimiento.

En la hoja de la sesión prequirúrgica se observa anotación que refiere: *“Dr. Olmedo da visto bueno y le reserva fecha el 4 de marzo, hija de una enfermera Michelle”.*

Esta Auditoría consultó al Dr. Johny Harold Olmedo Soriano, jefe del Servicio de Ginecología, mediante entrevista escrita del 12 de junio de 2024, sobre el criterio médico y de priorización en el caso de esta paciente, en virtud de que en ese centro médico se registran casos de pacientes en espera del mismo procedimiento quirúrgico desde 2021 y a la fecha están pendientes, al respecto manifestó:

“Es una paciente de 16 años. En junio de 2023 se atiende en la Consulta Externa del Adolescente, por quistes bilaterales y en esa fecha continúa en lista de espera de Ginecología.

El 5 de enero de 2024 se atiende en la Consulta Externa nuevamente, se documenta aumento del tamaño de los quistes.

En la sesión prequirúrgica se anota aumento de tamaño de los quistes con respecto al ultrasonido previo, además, se anotó los médicos presentes, antecedentes de la paciente, diagnóstico, fecha de la cirugía y la cirugía propuesta”.

Además, el 7 de marzo de 2024 en entrevista escrita, se consultó a los doctores Johny Olmedo Soriano y Abel Benigno Hooker Hawkins, jefe del Servicio de Ginecología y jefatura de clínica de Ginecología, respectivamente, ambos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, sobre la persona que decide cuales pacientes se llevan para análisis a la sesión prequirúrgica y quienes participan en esas sesiones, ante lo cual manifestaron:

“Es un proceso general que se realiza con todas las pacientes, de acuerdo con la fecha de ingreso de lista la espera, se respeta el orden estricto de esta, pero las pacientes que contestan la llamada son las que se ingresan a dicha lista con los datos.

También son llevados casos prioritarios por solicitud adicional del médico, también por decisión colegiada, casos complejos y recursos de amparo, para definir conducta a seguir, todos estos casos se incluyen como recargo.

Usualmente son 12 pacientes en cada sesión.

De la sesión participan los jefes de clínica y los asistentes asignados a esa sesión, el cual está definido por roll interno anual, el cual se puede modificar según la necesidad del servicio”.

Posterior a la revisión de documentación física y de la información consignada en la lista de espera quirúrgica (ARCA), es criterio de esta Auditoría que el proceso de contactar por primera vez a la usuaria para iniciar su preparación preoperatoria, así como la decisión de cuáles pacientes están siendo analizadas en la sesión prequirúrgica, no garantiza razonablemente que se esté respetando las fechas de ingreso a la lista de espera de las usuarias, debido a que se evidenciaron casos en los cuales se dispone de documentos físicos pero no están en el ARCA, usuarias del 2023 que fueron llevadas a sesión prequirúrgica y operadas pero no comprobó mediante justificación razonada la justificación técnica de la razón por las que fueron operadas aunque hayan pacientes de fecha de ingreso 2021 y 2022 que ni siquiera ha iniciado su proceso de preparación quirúrgica, y otros aspectos comentados en este documento.

Área de Salud Siquirres:

Se evidenció que en el Área de Salud Siquirres durante los últimos años ha presentado problemas para resolver su lista de espera quirúrgica y la de la Red en la especialidad de Ginecología, en virtud de que a ese centro de salud se le asignó como sede temática para resolver bajo la modalidad ambulatoria: salpingectomías, colelitiasis, hernias umbilicales y hernias inguinales, mediante el **Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria** de baja complejidad, el cual funciona con el registro de una Lista de Espera Unificada de la Red.

Según información suministrada por el centro médico³⁵, en los últimos 2 años y medio se han realizado un total de **470 cirugías ambulatorias**, distribuidas de la siguiente forma: durante el 2022 se realizaron 271 cirugías, en 2023 un total de 93 y hasta el 7 de junio de 2024 se habían efectuado 16 procedimientos quirúrgicos. Al respecto, es importante indicar que se han operado pacientes adscritas a diferentes centros médicos de la Región Atlántica³⁶, debido a estrategias regionales para disminuir listas de espera del Hospital Dr. Tony Facio Castro y Guápiles o en ocasiones que ofrece la sala de operaciones, el equipo quirúrgico y el anestesiólogo. al Hospital Dr. Tony Facio para resolver pacientes de la lista de espera de ese centro médico.

El detalle de las situaciones evidenciadas se describe a continuación:

- Al 13 de mayo de 2024 este centro médico registraba un total de **520 usuarias en lista de espera**, de las cuales 512 corresponden a salpingectomías, es decir, el 98.46% de la lista de espera.
- Del total de usuarias en lista de espera (520), **108** de ellas fueron incluidas en el ARCA durante el 2022, **242** registran la fecha de inclusión en el 2023 y **170** en el 2024. La usuaria más antigua de la lista de espera registra un total de 620 días de espera.
- Se registran 5 usuarias clasificadas con prioridad **alta** y 3 con prioridad **media**, todas con fecha de inclusión en enero, febrero y marzo de 2024, las cuales corresponden a salpingectomías.
- Se registran 8 usuarias con diagnóstico diferente a una salpingectomía, como, por ejemplo: realización de biopsias, extracción de cuerpos extraños (extracción de dispositivos intrauterinos), marsupialización, colporafia, estos últimos diagnósticos quien toma la decisión de realizarlas o no es la médico especialista en Gineco-Obstetricia, de las cuales 3 de ellas fueron ingresadas con una prioridad **alta**.

Considera esta Auditoría que no es razonable que mientras el Hospital Dr. Tony Facio Castro registra en su lista de espera quirúrgica **136** usuarias para salpingectomía, Guápiles **988** pacientes y el Área de Salud Siquirres **512**, en total **1636** pacientes en espera, sin dejar de contabilizar las **298** del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia-centro médico que debería operar cirugía compleja, es decir, **1934** pacientes en espera para una salpingectomía en los centros médicos evaluados, algunas desde el 2021, las salas de

³⁵ Correo electrónico del 7 de junio de 2024.

³⁶ 3 de Cariari, 9 de Guácimo, 8 de Guápiles, 33 de Limón, 80 de Matina, 330 Siquirres, 3 Talamanca y 4 Valle La Estrella.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

operaciones del Área de Salud Siquirres se encuentren subutilizadas, debido a que, el médico asistente especialista en anestesiología y recuperación (Dr. Manuel Guillen Sanabria), el cual se encuentra realizando el servicio social desde el 5 de febrero de 2024, al momento de la visita de esta Auditoría había trabajado únicamente 6 días efectivos, debido a solicitud de vacaciones, permisos e incapacidades.

Sobre este tema, esta Auditoría se refirió mediante oficio de advertencia AD-ASALUD-0054-2024 del 20 de mayo de 2024 denominado “Oficio de advertencia sobre la prestación de servicios quirúrgicos en el Área de Salud Siquirres”, dirigido al Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médico a.i, Dra. Karla Solano Durán, directora a.i de Red de Servicios de Salud, Dra. Carla Alfaro Fajardo, directora Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en el cual se informó sobre la problemática en el Área de Salud Siquirres, debido a que han transcurrido 10 años desde la inauguración de las nuevas instalaciones y desde esa fecha no se ha dispuesto del recurso humano necesario para que el área quirúrgica funcione al 100%, generándose un desaprovechamiento de los recursos institucionales como: infraestructura, insumos, equipamiento y el suministro de medicamentos, entre otros.

Desde la fecha de emisión del oficio de advertencia, no se ha observado el establecimiento de acciones efectivas por parte de los responsables para abordar la problemática, más bien, se toman decisiones en detrimento de la prestación de servicios de salud quirúrgicos de ese centro médico.

Más bien, la Gerencia Médica, mediante oficio GM-8066-2024 del 7 de junio de 2024 suscrito por Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico a.i en ese momento, dirigido al Dr. César Gamboa Peñaranda, presidente a.i de la Comisión de Servicio Social Obligatorio del Ministerio de Salud, solicitó lo siguiente:

“Se analizó en la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas, en la Sesión N° 0028-06-2024, celebrada el 05 de junio del 2024, y al respecto esta Comisión acordó:

Por unanimidad de los presentes brindar acuse de recibido de los oficios sin número consecutivo (secuencial N° 646540-2023), y MS-CSSO-072-2024, informarle a la Comisión Servicio Social Obligatorio del Ministerio de Salud que esta Comisión Técnica recomienda se haga el traslado de forma expedita de la Dra. María Fernanda Báez Vásquez, Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia del Área de Salud Siquirres al Hospital Guápiles, para dar cumplimiento al Contrato de Servicio Social Obligatorio.

Esta Comisión Técnica ve con mucha preocupación la situación externada por parte de la Dra. Báez Vásquez en relación con el tema del Médico Asistente Especialista en Anestesiología y Recuperación, por lo cual, solicita respetuosamente interpongan sus buenos oficios ante lo expuesto, ya que una vez que recibe la misma inconformidad y molestia de un Médico Asistente Especialista del bloque quirúrgico, con respecto al Médico Asistente Especialista en Anestesiología y Recuperación.

En virtud de lo anterior, se informa este Despacho en base a la recomendación de la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas, solicita autorizar el traslado de forma expedita de la Dra. María Fernanda Báez Vásquez, Médico Asistente Especialista en Ginecología y Obstetricia para que culmine su Servicio Social Obligatorio en el Hospital Guápiles”.

En respuesta a la solicitud realizada por la Gerencia Médica, mediante oficio MS-CSSO-082-2024 del 24 de junio de 2024 emitido por el Dr. César Gamboa Peñaranda, presidente a.i de la Comisión de Servicio Social Obligatorio del Ministerio de Salud, informó el acuerdo de la Sesión Ordinaria N°CSSO-015-2024, del 12 de junio del 2024, de la Comisión de Servicio Social Obligatorio, que establece:

“ACUERDO 6-15-2024 Se acuerda autorizar el traslado de la Dra. María Fernanda Báez al Hospital de Guápiles, en virtud de la situación que presenta el CAIS de Siquirres al no contar con un profesional de anestesia, por encontrarse incapacitado, así mismo, esta Comisión acepta la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

*recomendación emitida por la Comisión Técnica para Análisis y Asignación de Especialistas y la solicitud expresa de la Gerencia Médica de la CCSS, mediante Oficio GM-8066 -2024, para autorizar dicho traslado. **APROBADO POR UNANIMIDAD, ACUERDO FIRME**".*

Por todo lo anterior, la Dra. Chin Chang el 4 de julio de 2024³⁷, informó a esta Auditoría que la Médico especialista en Gineco-Obstetricia asignada a esa área de salud a partir del 15 de julio del presente año se traslada a laborar al Hospital de Guápiles.

Esta Auditoría tuvo conocimiento sobre documento denominado: "Plan para la Gestión de las Listas de Espera de Cirugía en Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica", el cual fue socializado a los directores médicos y generales de los centros médicos de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica mediante oficio DRSS-DRIPSSHA-0696-2022 del 21 de marzo de 2022 suscrito por el Dr. Wilman Rojas Molina, director en ese momento, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, este fue elaborado como una de las actividades definidas en el objetivo 4 "Desarrollar una estrategia para la mejora en la oportunidad de atención a la población mediante el fortalecimiento de la cirugía ambulatoria con enfoque de Red" del Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Este documento estableció como objetivo general: "*Reducir los plazos promedio en las listas de espera de cirugía mayor ambulatoria, mediante la organización de los servicios en red, procurando la optimización de los recursos, reorganización de procesos en la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica (RIPSSHA)*".

Las doctoras Tania Ching Chang, directora Médica y Fressia Rodríguez Bonilla, Jefatura del Segundo Nivel de Atención del Área de Salud Siquirres, sobre las estrategias implementadas con otros centros de salud de la red para la programación de procedimientos quirúrgicos en la especialidad de Ginecología, manifestaron³⁸:

"Se ofrece la sala de operaciones al Hospital Dr. Tony Facio Castro para operar pacientes en lista de espera de ese centro médico en los espacios que se tenían programados para el cirujano que se fue, ellos deciden cual especialidad opera, viene el especialista y el Área de Salud pone las salas, el equipo quirúrgico y el anestesiólogo.

Además, el 28 de mayo del 2024 se coordinó con los ginecólogos del hospital Dr. Tony Facio Castro y este centro médico propusieron una jornada de trabajo para realizar 4 procedimientos".

Además, reiteró la importancia de dotar de especialistas y el equipo de la Segunda Sala de Operaciones del área de salud para abordar la lista de espera a nivel de red.

El 29 de marzo de 2019 mediante resolución N° 2019005560 la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, señaló que es criterio de ese Tribunal "*que las actuaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social en la prestación del servicio público, **violenta el derecho a la salud de los administrados como un derecho fundamental autónomo, sino que también se infringen los principios constitucionales del servicio público.** Aunado a lo anterior, la atención tardía en la prestación del servicio irradia no solo en la salud del paciente, sino que, en otras esferas de los administrados, sean en la vida laboral, educativa e inclusive familiar. Por otro lado, se desprende que, en la gran mayoría de asuntos de salud, específicamente por listas de espera, el recurso de amparo es el mecanismo por medio del cual, gran cantidad de pacientes hacen valer su derecho a la salud y a la adecuada prestación del servicio público, el cual ha sido conculcado por plazos de espera desproporcionados e irrazonables (...)*".

Sobre las causas que generan las listas de espera en la prestación de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, la sentencia mencionada indica las siguientes: "a) el aumento poblacional y consideraciones epidemiológicas; b) capacidad instalada limitada (número de camas, número de

³⁷ Mediante correo electrónico.

³⁸ Entrevista escrita del 23 de mayo de 2024.



quirófanos, personal, equipo, etc); c) falta de médicos especialistas; d) necesidades de equipamiento y e) demanda en el aumento del primer nivel de atención que genera una saturación en el segundo y tercer nivel de atención. Asimismo en el Plan para la Atención Oportuna de las Personas de la CCSS se logró comprobar la existencia de una serie de debilidades en la gestión y administración, tales como: a) **que cada centro gestiona de forma diferente sus listas de espera con resultados distintos entre sí**; b) uso no generalizado de normas y protocolos, así como la resistencia de los gestores en su aplicación; c) una excesiva especialización de la atención médica, por cuanto los procedimientos y la normativa interna concentran la demanda por servicios; d) a falta de protocolos algunas procedimientos diagnóstico son ordenados sin que se documente una necesidad real; e) carencia de especialistas en algunas especialidades, tales como anestesia, ortopedia, medicina interna, entre otros; f) el riesgo de fuga del recurso humano; g) en promedio, a nivel nacional únicamente el 60% de las salas de operación habilitadas tienen tiempos de utilización mayores o iguales a cinco horas; h) existen centros en los que se carece de camas en recuperación para fortalecer la cirugía mayor ambulatoria; i) agotamiento del recurso humano especializado; j) ausencia de una metodología objetiva de la medición de la calidad de la atención al usuario, entre otros”.

Los Lineamiento de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, 2023, establecen detalladamente el proceso que se debe ejecutar cuando **un paciente asiste a una cita médica (especializada) en el centro de salud, el día y la hora programada, donde se identifica por médico tratante que requiere de algún procedimiento quirúrgico que se encuentra con lista de espera** y los pasos que debe realizar para poder gestionar su solicitud. Otra opción de ingreso podría ser durante una hospitalización o atención en el servicio de emergencias.

El oficio GM-8388-2024 del 14 de junio de 2024 suscrito por el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico, y dirigido a la Dirección Red de Servicios de Salud, directores de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, hospitales nacionales y especializados, así como a hospitales regionales y periféricos, establece que actualmente se cuenta con la declaratoria de interés institucional por el tema de listas de espera, el cual es prioritario de atención, para lo cual se cuenta con el contenido presupuestario para la ejecución, y agrega que:

(...)” Bajo esa línea, se recuerda que la atención de la lista de espera debe realizarse como un trabajo en red, que permita según las necesidades y de frente a la capacidad instalada, el abordaje de los pacientes de manera articulada y en caso de considerarse que dicha gestión no puede ser abordada por el centro hospitalario bajo las justificaciones pertinentes, se deberán establecer las coordinaciones respectivas a efectos de tomar las acciones que correspondan de manera eficiente y oportuna.

Así mismo, se instruye para que, en el caso de detectarse alguna supuesta irregularidad en este tema, se proceda de manera inmediata a gestionar como en derecho corresponde y sentar las responsabilidades del caso”. La negrita y subrayado no es del documento original.

El hecho de que se registren usuarias en la lista de espera con fechas posteriores a las que fueron atendidas por el médico asistente especialista en Gineco-obstetricia, el cual solicitó el procedimiento quirúrgico (fecha de solicitud de hospitalización), podría afectar la atención oportuna de algunas usuarias que perderán su derecho en la lista de espera y serán programadas posteriormente, lo anterior, en el entendido que las pacientes se van gestionando de acuerdo a su fecha de ingreso a la lista de espera.

Además, es criterio de esta Auditoría que el proceso de priorización debe ser transparente, técnico y supervisado de manera estricta, por cuanto, de este depende el lugar que le corresponde a la usuaria ser programada para la intervención quirúrgica, y las situaciones descritas en el presente informe podrían ocasionar que se estén operando pacientes con criterios de prioridad bajas sobre usuarias catalogadas como altas y medias, así como, falta de seguridad de que se esté respetando en todo momento la fecha de inclusión a la lista de espera quirúrgica en la programación y resolución del procedimiento quirúrgico.

La subutilización de las salas de operaciones del Área de Salud Siquirres, el traslado del médico asistente especialista asignado mediante contrato de servicio social obligatorio, así como la existencia de 520 usuarias en lista de espera quirúrgica de Ginecología incide en una situación de incertidumbre para su resolución, demuestra una falta de planificación eficiente, liderazgo, dirección y de acciones concretas para brindar solución a la problemática del faltante de recursos para brindar servicios oportunos a los ciudadanos de la región, causado por la falta de recurso humano, principalmente de anestesiólogos para cumplir con una programación eficaz de la especialidad de Ginecología y de esta manera se pueda resolver la lista de espera de centro médico y hasta en red.

6.2.1 Registro variable de priorización en ARCA, utilización de herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía”

Se determinaron oportunidades de mejora sobre el registro en el ARCA del apartado “Datos citación”, en la pestaña “prioridad”, debido a que registran las siguientes variables: alta, media, baja y sin prioridad, lo cual podría generar confusión respecto a la prioridad baja o sin prioridad, aunado a que la normativa vigente establece únicamente 3 condiciones, es decir, prioridad: alta, media y baja³⁹.

Adicionalmente, se evidenció que algunos centros médicos evaluados no utilizan el formulario “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía” disponibles en el ARCA y que, en ocasiones, la categorización de prioridad establecida por el médico especialista en la solicitud de hospitalización no es coincidente con la priorización asignada en el formulario de priorización.

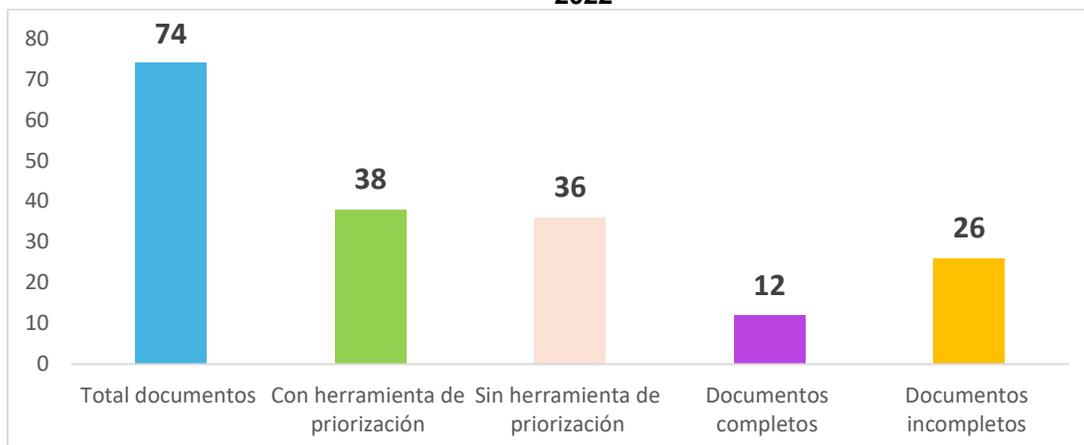
El detalle de las situaciones evidenciadas se menciona a continuación:

- El hospital de Guápiles es el centro de salud que presenta la mayor cantidad de pacientes ingresadas a la lista de espera definidas como “sin prioridad” (549 en total), seguido por el Hospital Dr. Tony Facio Castro (153).
- El hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia únicamente registra usuarias en espera de un procedimiento quirúrgico con priorización baja (1557), solo una con prioridad alta, lo que podría ser ocasionado por errores en la aplicación de los criterios de priorización.

Al respecto, del año 2022 se revisó un total de 74 documentos físicos, a fin de verificar si disponían de la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía” completa, determinándose que únicamente 12 (16%) tiene la herramienta y estaba completa, como se observa en el siguiente gráfico:

³⁹ Apartado: “Paciente que requiere procedimiento quirúrgico, punto 7, inciso d), página 19 de los Lineamientos de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, 2023”.

GRÁFICO 2
REVISIÓN DOCUMENTOS “HERRAMIENTA CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN-PATOLOGÍA GINECOLÓGICA QUIRÚRGICA Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN-SALPINGECTOMÍA” HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA 2022



Fuente: Ampos de documentos físicos custodiados en la Oficina de secretaria Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

- Esta Auditoría revisó un total de 205 solicitudes de hospitalización físicas de usuarias en lista de espera en Ginecología del 2021 y 2022 del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, evidenciándose que 57 se les marcó una priorización diferente a la registrada en la lista de espera quirúrgica (ARCA), de las cuales 43 (75%) corresponden a solicitudes realizadas digitalmente pero que se imprimieron, lo que no justifica que la diferencia se deba a un error en la anotación de la prioridad en la solicitud de hospitalización.

Se consultó al Dr. Olmedo Soreano, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia la razón por la que se presenta esta situación, y al respecto comentó⁴⁰:

“Eso no es posible porque de manera automática cuando se elabora la solicitud de hospitalización en el ARCA se marca la prioridad y se le indica si desea ingresarla de una vez a la lista de espera, al indicarse que sí se ingresa con la misma fecha y prioridad de la solicitud de hospitalización”.

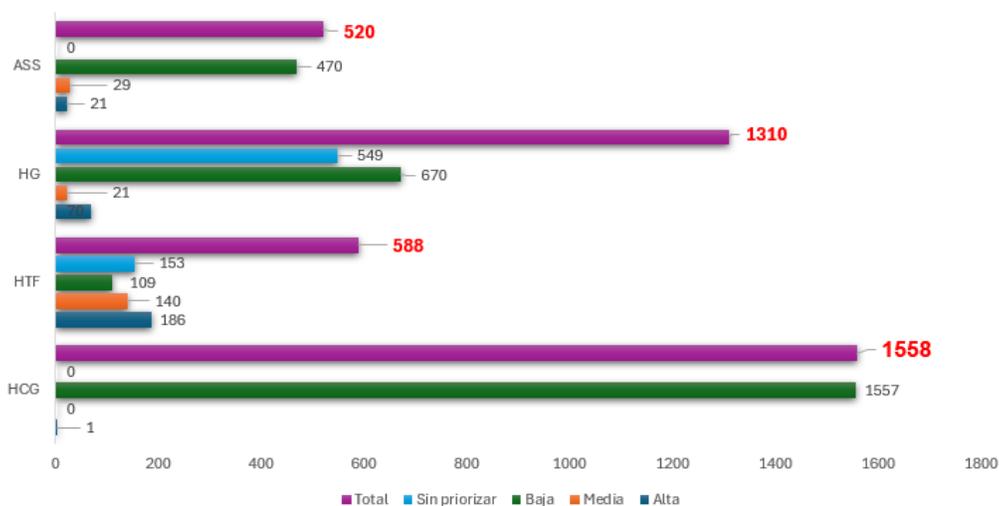
- El Área de Salud Siquirres no utiliza la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía”, en la programación de los procedimientos quirúrgicos de la especialidad de Ginecología.
- En los diferentes centros médicos evaluados existen contradicciones entre la prioridad indicada por el médico asistente especialista en la “solicitud de hospitalización” y la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía”.

En el siguiente gráfico se observan los datos con mayor detalle:

⁴⁰ Entrevista del 12 de junio de 2024.

GRÁFICO 3

Registro de priorización por centro médico



Fuente: Lista de espera quirúrgica suministrada por cada centro médico.

El documento denominado “Criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos”, 2013 en el apartado 3.2.1. Aspectos claves en la identificación de criterios de priorización, establece que “A la hora de valorar la prioridad de un paciente respecto de otro, no sólo debe tomarse en cuenta el tiempo de permanencia en la lista de espera, sino que se deben incorporar otros elementos, como son la gravedad de la enfermedad, el beneficio esperado de la intervención, la urgencia y la prioridad de la misma. Estos constituyen aspectos claves en la identificación de criterios para valorar la prioridad relativa de un paciente respecto a otro en la lista de espera.

La gravedad de los pacientes en una lista está en relación con el grado de sufrimiento que su padecimiento le ocasiona (dolor, depresión, ansiedad); así como interferir en el desarrollo de su vida diaria tanto laboral como recreativa (p.e. incapacidad para trabajar) y el riesgo de una muerte prematura.

El beneficio esperado de una intervención se refiere tanto a la magnitud del beneficio obtenido después de la intervención (mejora de su calidad de vida ó prolongación de la vida), como a la probabilidad de que los resultados deseados excedan a los no deseados.

La urgencia está ligada a la inmediatez necesaria de la intervención en salud y está condicionada a la existencia de un tratamiento efectivo. La urgencia está relacionada con la gravedad de la patología (si la condición clínica es muy severa y al mismo tiempo existe un tratamiento efectivo que hace reversible la patología, entonces severidad y urgencia se igualan), los beneficios esperados y la historia natural de la enfermedad (los padecimientos que progresan de forma más rápida requieren un tratamiento más inmediato). Además, la urgencia se correlaciona con la prioridad, porque cuanto más urgencia clínica tiene un caso, más prioritario tendría que ser.

La prioridad es un concepto más amplio, fundamentado en la necesidad del paciente, que engloba a factores clínicos y sociales y, por tanto, considera criterios relacionados con la propia condición clínica, el beneficio esperado de la intervención y otros condicionantes sociales que determinen su bienestar.

Este mismo documento en el apartado 4.1.2 sobre criterios de priorización para especialidades y diagnósticos principales, establece que “En Ginecología hay coincidencia en que la prioridad debe ser la patología maligna (p.e. cáncer de cérvix u otros órganos), pero también deben priorizarse las lesiones pre-



malignas como la displasia severa, por su riesgo de malignidad, la patología tumoral benigna y alteraciones de la estática pélvico-genital (por la posible afectación de la calidad de vida), el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo, por la incomodidad que generan y porque la intervención oportuna mejora la calidad de vida de las pacientes”.

Además, en el apartado 4.2.1. relacionado con la identificación de criterios de priorización, el citado documento indica que en el *“En el caso de Vasectomía y Salpingectomía, los médicos especialistas de Urología y Ginecología, respectivamente, consideraron que, dado que estas dos condiciones no constituyen una enfermedad, no deben ser priorizadas. **Sin embargo, en casos particulares, como la asociación de patología mental o social, se otorgará alguna prioridad diferente al orden de llegada”.*** El subrayado y negrita es nuestro.

Esta Auditoría consultó a la Dra. Katherine Colby Jiménez, Médico de la Unidad Técnica de Listas de Espera, mediante entrevista escrita del 16 de mayo de 2024, si esa Unidad tiene programado realizar una actualización sobre la normativa relacionada con los criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos del 2013, y al respecto manifestó:

“Actualmente se está revisando la normativa actual y su metodología, desde el año pasado con la Dra. Flavia Solorzano se pretendía realizar la actualización de las normativas la cual dio inicio con el lineamiento de depuración, estaba en su momento a cargo la Dra. Sofía Blanco, sin embargo, con los cambios de coordinación y salida de la nueva metodología de pago este lineamiento aún se encuentra en análisis, la Dra. Blanco inició sus investigaciones en el Hospital Calderón Guardia”.

Además, se consultó si esa Unidad ha emitido lineamientos o recordatorios sobre la obligatoriedad de la utilización por los centros médicos de la herramienta de priorización de criterios y al respecto informó:

“Se realiza los recordatorios de que se debe resolver lo más antiguo y los pacientes que tengan criterios de priorización, sin embargo, no con respecto a la herramienta de priorización que se encuentra en el ARCA, se buscaba que con la actualización de la normativa de priorización hacer un enlace con el AES quienes son los que manejan el aplicativo ARCA, buscar la actualización e inclusión de los mismos una vez que se realizara la actualización de la normativa 2013”.

Además, esta Auditoría consultó al Dr. Johny Harold Olmedo Soriano, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, si el servicio utiliza la herramienta criterios de priorización disponible en el ARCA, al respecto manifestó⁴¹:

“No se utiliza la herramienta, sino que la priorización que se incluye en el ARCA se realiza por criterio médico.

Se utiliza el criterio clínico indicado en la solicitud de hospitalización”.

Las doctoras Tania Ching Chang, directora Médica y Fressia Rodríguez Bonilla, Jefatura del Segundo Nivel de Atención del Área de Salud Siquirres, indicaron⁴²:

“No se utiliza la hoja de criterios de priorización en este centro médico. La priorización que se utiliza en esta unidad es la que está incluida en el ARCA”.

Si bien es cierto han transcurrido 11 años desde que se emitió la normativa institucional relacionada con la identificación y selección de los criterios de priorización para los diagnósticos específicos de las especialidades quirúrgicas críticas, incluida en estas Ginecología, y que se requiere esfuerzos institucionales por disponer de un marco regulatorio actualizado, apegado a la realidad institucional y tecnológica existente, dejar de usar estos lineamientos repercute en el orden, calidad de la información y

⁴¹ Entrevista del 12 de junio de 2024.

⁴² Entrevista escrita del 23 de mayo de 2024.



podría ocasionar afectación en las usuarias que se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico, debido a que adicional al criterio médico se disponen en la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía, de criterios adicionales relacionados con la complejidad de la enfermedad, riesgo de complicaciones que comprometan la vida o progreso a malignidad por la espera, limitación de las actividades cotidianas (funcionales, físicas y/o psicoafectivas), limitación para trabajar (remunerado o no) y tener alguna persona a su cargo (económico o cuidado), que al analizarlos y otorgarles un puntaje, permitirán conocer de manera integral las condiciones económicas, sociales y familiares de las usuarias, no solo quedarse con el criterio médico.

Las situaciones evidenciadas por esta Auditoría relacionadas con la falta de utilización de la herramienta de priorización por algunos centros de salud, la existencia de usuarias en lista de espera quirúrgica sin prioridad, la incongruencia entre la prioridad establecida en la solicitud de hospitalización y la registrada en la lista de espera quirúrgica, así como los errores en los archivos físicos que ocasionan que una solicitud de hospitalización de una usuaria con priorización alta se custodie en el ampo de prioridades baja, demuestran debilidades en el sistema de control interno y generan desconfianza razonable de que las aseguradas están siendo programadas considerando todas las variables que están relacionadas con su patología quirúrgica y que el centro médico le brinda una atención integral no solo otorgándole una prioridad por orden de llegada a la lista, que tampoco garantiza que se respeta ese orden.

6.2.2 CRITERIOS DE DEPURACIÓN O CASOS ESPECIALES

Se evidenció que se requiere fortalecer las prácticas de depuración de la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología que se realizan en los diferentes establecimientos de salud evaluados, considerando que se depuran usuarias de la lista de espera, en los casos que están esperando alguna resolución o cumplir con algún requisito para ser operadas, y posteriormente se reingresa a la lista con una nueva fecha de ingreso, lo anterior, presuntamente para no tener registros de pacientes muy antiguas.

Adicionalmente, se evidenció que tres de los centros médicos evaluados (excepto HTFC), coinciden en que los tres primeros motivos de depuración es que no se localiza al paciente⁴³, sin embargo, se comprobó que se debe fortalecer el mecanismo de localización de pacientes⁴⁴, debido a que se detectaron debilidades relacionadas con el registro de las fechas y horas de las llamadas, no existe estandarización en el registro de la información (por ejemplo: en el Hospital Dr. Tony Facio Castro se dispone de documento físico denominado “hoja control de llamadas”, mientras que en los demás centros médicos se registra en el ARCA), se llaman en días y horas seguidos, no se han implementado mecanismos o plataformas diferentes a las llamadas telefónicas, tampoco se trata de ubicar a las usuarias después de la jornada ordinaria, lo que podría ocasionar que algunas de las pacientes depuradas por este motivo no conozcan su situación y estén confiadas en que continúan en la lista de espera.

Los cuatro centros médicos evaluados, registran un total de 1 265 usuarias depuradas de la lista de espera quirúrgica. A continuación, se realiza un análisis específico por cada centro médico:

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia:

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría se determinó que en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, durante el 2018 al 2024 se registró un total de 724 usuarias depuradas en la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, determinándose que dentro de los tres principales motivos de depuración se registran: “Ya no necesita el procedimiento”⁴⁵ (40.47%), seguido de “No se localiza” (18.65%), y en tercer lugar “No desea operarse” (15.05%), de las cuales 6 obedecían a una prioridad alta, 31 media, 687 baja y 49 sin prioridad.

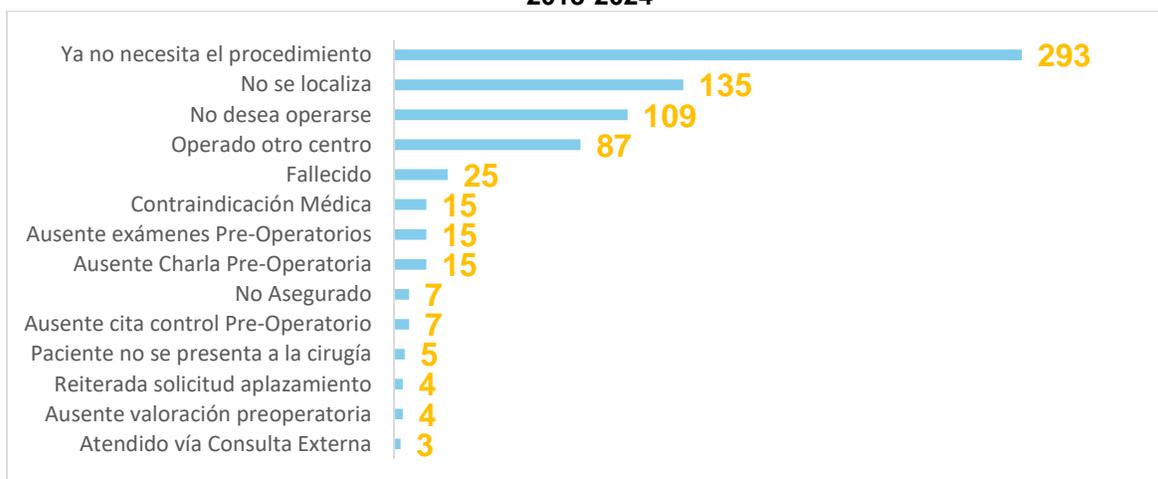
⁴³ **Paciente no localizable:** se refiere a la persona usuaria que no se logra ubicar por algunos de los mecanismos de localización establecidos institucionalmente en el lineamiento.

⁴⁴ Actividades que se realizan y documentan al tratar de contactar un usuario de lista de espera.

⁴⁵ Persona usuaria que se realizó el procedimiento en otro establecimiento de salud, dentro de la CCSS o bien en un centro privado, se lo realizó en consulta externa o el paciente que ya no desee el procedimiento o bien haya fallecido.

En el siguiente gráfico se observan detalles de lo indicando:

Gráfico N°4
Detalle de depuración de lista de espera quirúrgica
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
2018-2024



Fuente: Lista de depurados ARCA, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

En la revisión de los documentos físicos se observó el caso de una usuaria que se anotó a bolígrafo “paciente indica que se llame después de las 5:00 p.m, debido a que trabaja en el 911 y no le permiten usar el teléfono en la jornada laboral”.

Estas situaciones comprueban la importancia que la institución debe brindar al tema de las llamadas para excluir a una paciente de la lista de espera y no solo considerarlo como una posibilidad de depurar a alguien con mayor antigüedad para no aumentar plazos de espera en los registros.

En entrevista realizada a los doctores Johny Olmedo Soriano y Abel Benigno Hooker Hawkins, jefe del Servicio de Ginecología y jefatura de clínica de Ginecología, respectivamente, ambos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, el 7 de marzo de 2024, se les consultó la manera en la que se considera una usuaria como “no localizable”, al respecto, informaron:

“La secretaria de la jefatura clínica de ginecología realiza el primer llamado telefónico en un mismo día 3 veces o más, si la usuaria no contesta, se deja la anotación en el ARCA; se realiza una segunda llamada en una o dos semanas, en caso de que no contesten las llamadas se deja la anotación nuevamente, y un tercer llamado hasta un mes después para que no sea en el mismo mes, hemos dejado hasta mensajes en la contestadora, sin saber si las pacientes lo escuchan.

Solo realizamos llamadas en jornada laboral de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., no se hace uso de tiempo extraordinario”.

Referente al mecanismo para la depuración de la lista de espera quirúrgica, agregaron:

“El mecanismo es llamarlas en 3 oportunidades y si no contestan las llamadas en las diferentes ocasiones se depuran de la lista (es decir se sacan de la lista), lo anterior, según el reglamento (Guía de ingreso resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, set 2015, Gerencia Médica), esto lo lleva a cabo la asistente administrativa, adicionalmente se depura la lista en las sesiones preoperatorias de los lunes.

Sobre pacientes que han sido excluidas de la lista, pero no del sistema, en caso de que la paciente por alguna razón solicita el procedimiento quirúrgico nuevamente, se reingresa a la lista sin perder el cupo indicado en la fecha de solicitud de hospitalización.

Las llamadas las lleva a cabo la secretaria de la jefatura clínica de ginecología, y en algunas oportunidades la Dra. Maria Carolina Sancho, asistente administrativa del servicio de ginecología”.

Hospital de Guápiles:

Se evidenció que, en el Hospital de Guápiles, durante el 2023 y 2024 se registró un total de 67 usuarias depuradas en la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, los tres principales motivos de depuración son: “Ausente exámenes Pre-Operatorios” (22%), seguido de “No desea operarse” (21%), y en tercer lugar “No se localiza” (18%), de estas usuarias que no se lograron contactar 4, correspondían a una prioridad alta, 1 media, 13 baja y 49 sin prioridad.

En el siguiente gráfico se observan detalles de lo indicando:

**Gráfico N°5
Detalle de depuración de lista de espera quirúrgica
Hospital de Guápiles
2023-2024**



Fuente: Lista de depurados ARCA, Hospital de Guápiles.

En el proceso de depuración del Hospital de Guápiles, se debe destacar el caso de una usuaria, la cual se observa hoja de solicitud de sala de operaciones física, con diagnóstico de sangrado uterino anormal para una histeroscopia, con fecha de recibido en la oficina de Sala de Operaciones el 28 de marzo del 2022, fecha coincidente con la fecha de atención en la Consulta Externa cuando el médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia requirió el procedimiento quirúrgico⁴⁶. Sin embargo, según los registros de ese centro médico, la usuaria más antigua de la lista ingresó el 24 de febrero de 2023.

De los procedimientos aplicados por esta Auditoría, se evidenció que la usuaria mencionada se registró **con una nueva fecha** a la lista de espera correspondiente al 18 de mayo de 2023 y en observaciones se anota: “Se reingresa a lista de espera y se le indica que cuando tenga visto bueno de Cardiología se presente a la oficina para programarle la cirugía”. Además, se reingresó con una prioridad **baja** en la lista de espera quirúrgica, aunque se archiva en el ampo de prioridades.

⁴⁶ Fecha verificada en el EDUS por médico de la Auditoría Interna.

Según lo informado por la Dra. Priscilla Valverde Rodríguez, Coordinadora de Anestesia del Hospital de Guápiles, a *“la paciente se depuró de la lista de espera porque se encontraba esperando un procedimiento en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, programado hasta diciembre de 2022, por eso nos dejamos la hoja física en el ampo de prioridades, para programarla lo antes posible”*.

El 22 de mayo de 2024, se consultó al Dr. Esteban Arias Sánchez, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera quirúrgica del Hospital de Guápiles, sobre el mecanismo establecido para la depuración de la lista de espera quirúrgica, al respecto informó:

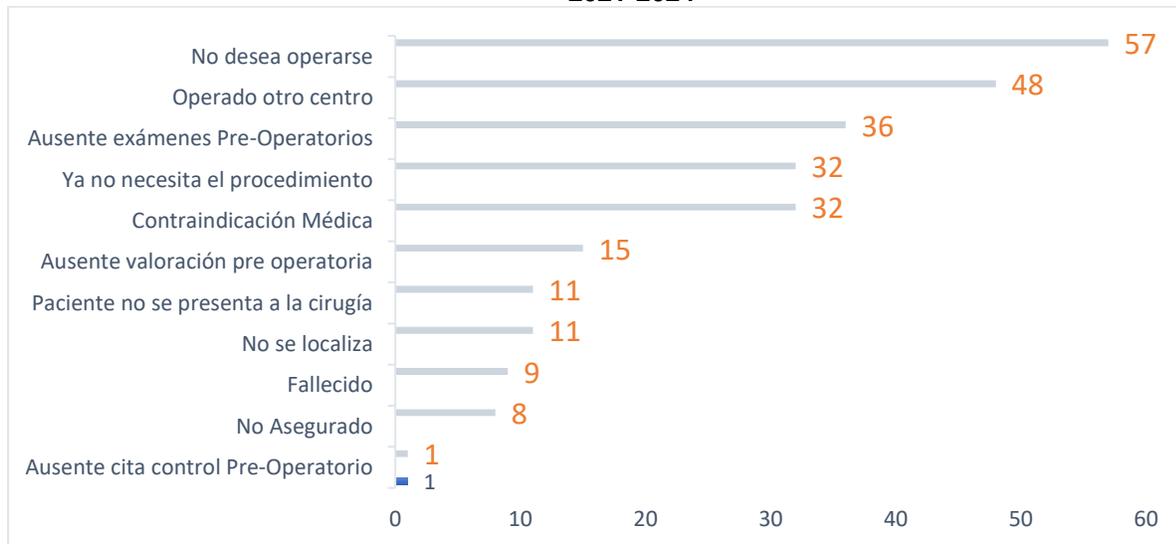
“Se está realizando de manera constante, los compañeros secretarios que llaman son los responsables de depurar a un usuario de acuerdo con los lineamientos institucionales”.

Hospital Dr. Tony Facio Castro:

Se evidenció que el Hospital Dr. Tony Facio Castro, durante el 2021 y 2024 registró un total de 260 usuarias depuradas en la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, para tales efectos se determinó que los tres principales motivos de depuración son; “No desea operarse” (22%), seguido de “Operado en otro centro” (18%), y en tercer lugar “Ausente a exámenes preoperatorios” (14%), de las cuales 86 obedecían a una prioridad alta, 49 media, 41 baja y 84 sin prioridad.

En el siguiente gráfico se observan detalles de lo indicando:

**Gráfico N°6
Detalle de depuración lista de espera quirúrgica
Hospital Dr. Tony Facio Castro
2021-2024**



Fuente: Lista de depurados ARCA, Hospital Dr. Tony Facio Castro.

De los casos analizados, destaca la siguiente usuaria, la cual se observa hoja de solicitud de hospitalización del 24 de noviembre de 2020, la fecha de recibido por la UGLEQ es la misma. Sin embargo, en la lista de espera suministrada a esta Auditoría se observa **una nueva fecha de ingreso** correspondiente al 6 de junio de 2023.

De la revisión realizada por esta Auditoría en la documentación física se evidencia que se llamó a la paciente el 23 de marzo de 2023, para iniciar con el proceso de preparación quirúrgica, sin embargo, se



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

anota que *“la paciente indica que tiene un viaje y que regresa después de semana santa, por lo que, se le indica que se le llamará para dar nueva fecha”*.

En la hoja de control de llamadas se registran llamadas 3 días seguidos (3, 4 y 5 de abril de 2023), el primer día se llamó en 5 ocasiones (7:30 am, 8:00 am, 10:00 am, 12:00 m.d, 1:00 pm), el segundo día en 3 oportunidades (9:00 am, 11:00 am y 1:00 pm), y el tercer día también 3 llamadas (10 am, 11 am y 12:00 m.d), por lo que fue depurada de la lista de espera como **“no localizable”**.

En ese mismo documento se observa que el 5 de junio de 2023, la señora Ana Yancy Sandí Martínez, funcionaria de REDES que atiende la ventanilla de la UGLEQ, realizó la siguiente anotación con lapicero: **“paciente se presenta en ventanilla a consultar, porque no se ha llamado, se le informa que está depurada, ella indica que solicitó permiso porque tenía que salir del país (prueba adjunta) ya que tenía cirugía pronta, en ese momento por esa razón avisó la salida del país. Solicitó por favor se le reincorpore ya que también había actualizado los números de teléfono”**.

Considera esta Auditoría que documentalmente no se evidencia que se hayan cumplido los criterios mínimos para garantizar el debido registro de las acciones que resulten necesarias de previo a depurar un paciente de las listas de espera, debido a que, se corroboró que en primera instancia la paciente solicitó permiso para realizar el viaje programado, no se tiene alguna prueba documental que demuestre falta de interés de la usuaria en el procedimiento, posteriormente se llama en 3 días seguidos en el transcurso de mañana, no pudiendo ser localizada debido a que podría estar trabajando y que no le permitan el uso del teléfono, ubicarse en lugares que no hay señal así como otras circunstancias cotidianas de las personas.

Cuando la paciente acude al centro médico para consultar la razón por la cual no la habían llamado, informa que tiene los datos de los números telefónicos actualizados y muestra su interés en la cirugía, sin embargo, no se le mantuvo el número de puesto dentro de la lista de espera oficial, en virtud de que, desde el 24 de noviembre de 2020 el médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia solicitó el procedimiento quirúrgico para la paciente y aún permanece en espera (4 años).

El 20 de mayo de 2024 esta Auditoría consultó al Dr. Francisco Muñoz Villalobos, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica del Hospital Dr. Tony Facio Castro, sobre el mecanismo dispuesto para la localización de pacientes que requieren un procedimiento quirúrgico, al respecto informó:

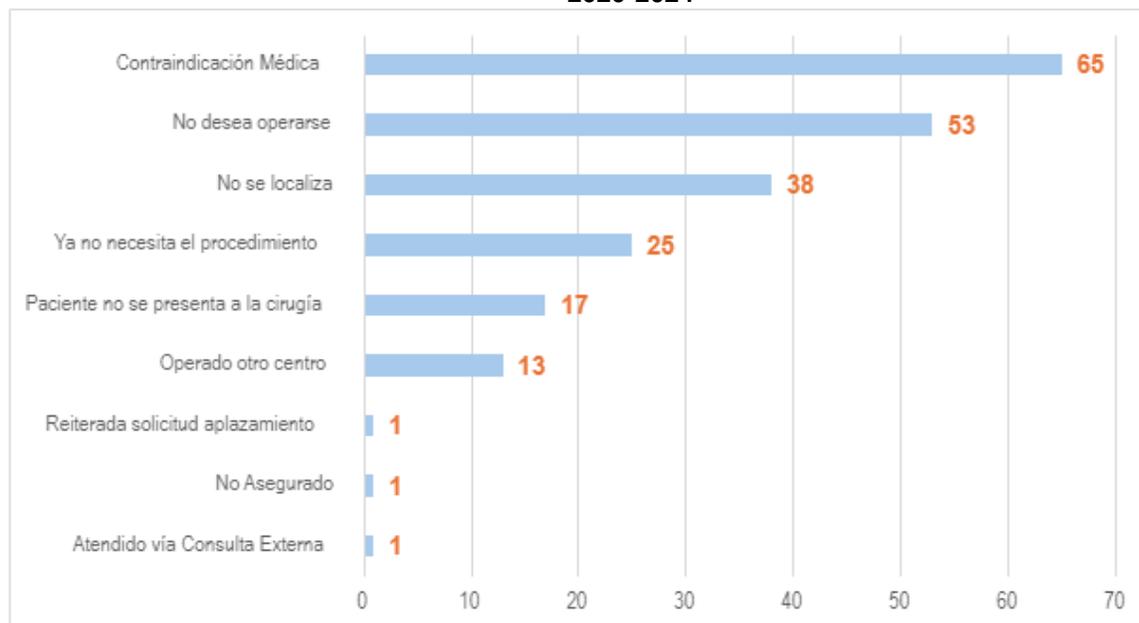
“Se le solicita los números de teléfono que puedan (esposo, familia, vecinos), una muchacha llama en la mañana (en jornada ordinaria de acuerdo con la disponibilidad de tiempo con respecto a las actividades habituales que realizan) y otra en la tarde se dispone de tiempo extraordinario de 4:00 pm a 8:00 pm para que llamen a los pacientes”.

Área de Salud Siquirres:

Se evidenció que en el Área de Salud Siquirres, entre el 6 de enero de 2020 y el 15 mayo de 2024 registró un total de 214 usuarias depuradas en la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, determinándose que los tres principales motivos de depuración son: “Contraindicación médica” (30%), seguido de “No desea operarse” (25%), y en tercer lugar “No se localiza” (18%), de los cuales 15 obedecen a una prioridad alta, 28 media, 84 baja y 87 sin prioridad.

En el siguiente gráfico se observan detalles de lo indicando:

Gráfico N°7
Detalle de depuración de lista de Espera quirúrgica
Área de Salud Siquirres
2020-2024



Fuente: Lista de depurados ARCA, Área de Salud Siquirres.

Las doctoras Tania Ching Chang, directora Médica y Fressia Rodríguez Bonilla, Jefatura del Segundo Nivel de Atención del Área de Salud Siquirres, sobre el mecanismo para la depuración de la lista de espera quirúrgica, manifestaron⁴⁷:

“Las pacientes se van llamando y se les indica la fecha, si no contestan en 3 oportunidades que se llaman o si la usuaria indica que no desea operarse se tiene el criterio para depuración y se excluye de la lista de espera.

La Dra. Melissa Cervantes Montoya es la responsable de sacar a las usuarias de la lista de espera”.

Los Lineamientos de la Gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, 2023, sobre el concepto de caso depurado establece que “se refiere a aquel paciente que cambia de estado en la lista de espera y ya no está pendiente de un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o cita en consulta externa y que cumpla al menos uno de los siguientes criterios en el sistema de información:

- *Paciente que ya no necesita el procedimiento:*
 - *Se realizó en otro centro o a nivel privado.*
 - *Atendido vía consulta externa.*
 - *Fallecimiento.*
- *Paciente que no desea realizarse el procedimiento.*
- *Paciente con contraindicaciones médicas de procedimiento.*
- *Paciente no localizable.*
- *Paciente ausente a procedimiento programado:*
 - *Ausente a valoración preoperatoria.*

⁴⁷ Entrevista escrita del 23 de mayo de 2024.

- Ausente a cita control preoperatorio.
- Ausente a charla pre operatoria.
- Ausente a exámenes pre operatorios.
- Paciente sin modalidad de aseguramiento día.
- No acepta operarse en otro centro.
- Reiterada solicitud de aplazamiento”.

Este mismo lineamiento, en el apartado II, sobre el subproceso de casos especiales, establece que “este subproceso se aplica en el paciente que ya está ingresado en la lista de espera para la realización de algún procedimiento quirúrgico, que al momento de su programación presenta alguna de estas situaciones: que no se logre localizar, que pierda su condición de aseguramiento, ausente citas preoperatorias, reiterada solicitud de aplazamiento o rechaza la derivación a otro centro para su realización. En todos estos casos, se cumplirá un periodo de espera en una lista de espera de pendientes con casos especiales, los cuales continúan ingresado en la lista de espera oficial. En el momento que se re categorice por solucionarse el caso especial, el paciente mantiene el número de puesto dentro de la lista de espera oficial. El subrayado no es del original.

Además, menciona que “se establecerán los siguientes mecanismos de localización de pacientes usuarios titulares de los datos:

- Descarta en sistemas EDUS posible causa que justifique que el paciente no se localiza (p.e. se encuentra hospitalizado o lo estén atendiendo en consulta de emergencias, entre otros). Indica en ARCA el motivo por el que no se pudo localizar y reprograma volverlo a contactar más adelante.
- Tres llamadas telefónicas, en días diferentes a los números que se encuentran registrados en el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) o en el sistema ARCA, la gestión de la localización debe quedar consignada en el sistema ARCA en la sección correspondiente. **Además se debe realizar al menos una llamada en jornada no ordinaria.**
- Tres mensajes según disponibilidad de plataformas (SMS, correo electrónico o WhatsApp) en 3 días diferentes, el mensaje debe indicar de forma clara:
 - Funcionario que está contactando a la persona usuaria.
 - Establecimiento de salud desde donde se está contactando
 - Medio mediante el cual la persona usuaria puede obtener mayor información.

Lo anterior debe quedar documentado como se indicó en la modalidad de llamada telefónica”.

La depuración es un proceso continuo en el tiempo, complejo y multicausal que requiere un abordaje técnico, administrativo y legal, por lo cual resulta fundamental garantizar principios como justicia, equidad, oportunidad, calidad y accesibilidad, entre otros, debiéndose valorar en todo momento el abordaje del paciente dentro de la institución, en un flujo de oportunidades no limitadas a una adscripción geográfica, sino a las opciones disponibles en la red de servicios que permitan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.

La institución desde el 2015 en sus lineamientos mencionaba medios alternativos a llamadas telefónicas, como, por ejemplo: mensajes de texto, uso de correo electrónico o fax, según sea definido por el grupo gestor local y resulte factible su documentación, sin embargo, en los centros médicos evaluados únicamente se utiliza las llamadas telefónicas.

Es criterio de esta Auditoría que la depuración realizada únicamente por medio de llamadas telefónicas y en días seguidos a las mismas horas, aunque se cumpla con la normativa institucional no garantiza que se estén utilizando todos los medios institucionales disponibles y que se le brinde las posibilidades razonables al usuario para ser contactado para iniciar su preparación preoperatoria, debido a que las usuarias presentan múltiples circunstancias en su vida diaria que le imposibilitan contestar el teléfono durante 3 días



de la misma semana en horas de la mañana, lo cual de ninguna manera demuestra falta de interés de las aseguradas en el proceso de preparación para su procedimiento quirúrgico.

Aunado a lo anterior, las situaciones descritas relacionadas con la falta de un registro adecuado de las acciones realizadas de previo a depurar un paciente de la lista de espera de procedimientos quirúrgicos, ya sea en el ARCA o de manera documental, ocasionan que en los centros médicos no se disponga de una justificación clara del motivo de depuración, provocando falta de confiabilidad, calidad e inseguridad de los datos resguardados y que no se disponga de mecanismos idóneos que registren las actuaciones médicas o administrativas que se realicen y generen la depuración de un determinado caso de la lista de espera.

Las acciones realizadas por los diferentes centros médicos deben estar orientadas a mejorar el proceso de depuración de las listas de espera, con el fin de brindar certeza que los casos enlistados son los que realmente requieren atención, sin embargo, de la misma manera se debe garantizar que en el caso de las usuarias excluidas de la lista se realizaron todas las acciones necesarias e institucionalmente disponibles.

D. OTROS ASPECTOS DE CONTROL INTERNO:

7. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD DE USUARIAS ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE GUÁPILES Y DR. TONY FACIO CASTRO

Esta Auditoría Interna efectuó revisión de una muestra de 66 expedientes de salud de usuarias que registraron reingresos y traslados al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el I trimestre de 2024, determinándose las siguientes oportunidades de mejora:

- Se revisó en el EDUS⁴⁸, 45 expedientes de salud de usuarias atendidas en el Hospital de Guápiles (18 traslados y 27 reingresos), determinándose 5 casos de usuarias que reingresaron posterior a cesárea por “Infección de herida quirúrgica”.

Esta Auditoría consultó⁴⁹ a la Dra. Yajaira Badilla Bermúdez, Coordinadora de la Comisión de Control de Infecciones Nosocomiales del Hospital de Guápiles, si los casos evidenciados por esta Auditoría habían sido considerados infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), también denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, si habían realizado informes sobre el análisis de estos casos y cuáles oportunidades de mejora se habían detectado, al respecto, informó:

“En respuesta a su consulta adjunto las Fichas de investigación de caso y las Boletas 01 correspondientes que demuestra que todos los casos fueron digitados en EDUS ya sea por mi persona o por los médicos tratantes.

Las infecciones se analizan de forma trimestral, semestral y anual; y se lleva un control para identificar si existe la presencia de algún brote, lo que se sospecha por aumento inusual del número de casos y regularmente se presentan 1 a 2 casos por mes en el caso específico de las cesáreas.

Establecer causas individuales no es una práctica realizada en control de infecciones, excepto que se trate de la existencia de algún germen particular que llame la atención se toman las medidas que corresponden para la debida contención de este.

Lo que si se realiza como parte de las actividades de prevención y control son Evaluaciones de la Norma institucional y los servicios evaluados envían los informes con las medidas correctivas.

En el I trimestre no se generó informe de incidencia ya que estuve incapacitada una semana y eso implicó que no cumplieran las actividades completas.

⁴⁸ Expediente Digital Único en Salud.

⁴⁹ Correo electrónico del 26 de junio de 2024.

Para la tercera semana de julio quizás se puede estar generando el informe semestral dependiendo de cuando estadística genere los egresos de julio”.

- Se revisó en el EDUS 21 expedientes de salud de usuarias atendidas en el Hospital Dr. Tony Facio Castro, determinándose la siguiente oportunidad de mejora:

Se evidenció 11 (52%) del total de casos revisados, las usuarias fueron hospitalizadas con el diagnóstico y registro en EDUS como “Falsa labor de parto”, las cuales se internan para definir su manejo después de estudios de imágenes médicas.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.5.1, sobre supervisión constante, establecen que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al Sistema de Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.

Resulta imperante que las medidas de abordaje para la prevención y control provean de mecanismos que impacten positivamente en la salud de los usuarios, mediante una visión preventiva y la toma de decisiones oportunas en resguardo a la bioseguridad del usuario del sistema de salud.

Las debilidades en las acciones preventivas podrían afectar en forma directa los estándares de calidad y bioseguridad del usuario, aumentando sus niveles de vulnerabilidad, exponiéndolo a factores de riesgo que, en forma consecuente, lo podrían convertir en un lugar susceptible a adquirir una infección asociada a la atención en salud.

Además, los reingresos por “falsa labor de parto”, podrían afectar la gestión de cama hospitalaria, ocasionando incrementos en costos hospitalarios y hacimiento en los servicios.

8. FUNCIONES DE LA COMISIÓN HOSPITALARIA DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNO, PERINATAL E INFANTIL DEL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

Se constató que la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, no ha cumplido con las funciones encomendadas en el Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Decreto Ejecutivo N° 41120-S, 2018, debido a que no se evidenció que cumpliera con el proceso de notificación al Ministerio de Salud, valoración y análisis de los casos de mortalidad materna de tres usuarias que fallecieron en ese centro médico en el I semestre de 2024 (2-1-2024, 8-1-2024 y 4-5-2024).

Esta Auditoría solicitó mediante correos electrónicos del 19 de abril, 24 de mayo y 18 de junio de 2024 a la Dra. Natalia de los Ángeles Solano Tenorio, coordinadora, Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia aportar: 1. Informes que han desarrollado a lo interno del centro médico como parte de las funciones de esa comisión, 2. Informes, análisis y documentación remitida al Ministerio de Salud por parte de esa Comisión relacionadas con muertes materno infantil reportadas en ese centro médico durante el I trimestre de 2024, sin embargo, al cierre de esta evaluación (25 de junio de 2024), la información requerida no fue suministrada, a pesar de reiterados recordatorios por parte de funcionarias de esta Auditoría.

De manera adicional, la Dra. Tania Jiménez Umaña, directora general a.i del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, mediante oficio DG-2580-06-2024 del 24 de junio de 2024, informó lo siguiente a esta Auditoría:



“Esta Dirección General ha conocido que la Auditoría Interna se encuentra realizando un estudio referente a los casos Mortalidad Materna en este Centro. Al respecto, me permito respetuosamente adjuntarle el oficio HDRACG-NEO-169-05-2024 mediante el cual se hace evidencia del envío de la información al Ministerio de Salud.

De la misma manera se informa que la Jefatura de Gineco Obstetricia ha remitido un recordatorio referente el procedimiento que debe de seguirse ante este tipo de situaciones.”

Sin embargo, del oficio citado por la Dra. Jiménez Umaña (HDRACG-NEO-169-05-2024 del 29 de mayo de 2024), se desprende lo siguiente:

- El oficio está suscrito por la Dra. Irene Morúa León, jefatura del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Se observa nota realizada con lapicero que indica: *“Se reciben ambos reportes, sin el instrumento 01 en ambos casos. Se intentará hacer la debida notificación en el SIMMI aún con el faltante del instrumento 01. Ante cualquier eventualidad estaremos comunicando”.*
- No se observan acciones realizadas por la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Se informaron 2 casos, siendo lo correcto 3 pacientes fallecidas.

Pese a la información remitida por esa Dirección General, esta Auditoría no dispone con evidencia documental que permita comprobar que esa Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil haya cumplido mensualmente con el reporte obligatorio de las muertes de mujeres en edad fértil en ese centro médico, en el Sistema Informático de Mortalidad Materna e Infantil (SIMMI), conforme a los plazos establecidos en la normativa vigente, así como todas las demás actividades establecidas en el artículo 34 del reglamento que son responsabilidad de esa Comisión.

El Informe de Auditoría del Ministerio de Salud MS-AI-384-2023 “Auditoría de carácter especial sobre el cumplimiento de la normativa en materia de evaluación y análisis de la mortalidad Materna e Infantil”, del 4 de agosto de 2023, señala que el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (SINEAMMI), tiene como objetivo estudiar y analizar toda muerte que ocurra en el territorio nacional, con el fin de formular, recomendar y definir políticas de salud pública, recomendar programas y acciones de mejoramiento de la atención que contribuyan a la salud materno, perinatal e infantil basada en la normativa existente. (Resaltado no es del original)

El Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Decreto Ejecutivo N° 41120-S, 2018, en los artículos 8, 9 y 10 detalla el proceso de notificación obligatoria de estos casos y en el artículo 34 explica las funciones de las comisiones hospitalarias.

Mediante oficio MS-DM-3033-2024 del 22 de mayo de 2024, el Dr. Allan Mora Vargas, del Ministerio de Salud a,i, informó a la Presidencia Ejecutiva y Gerencia Médica de la institución, lo siguiente:

“(…) le solicito informar a los establecimientos de salud notificadores a su cargo que por inconvenientes técnicos presentado en el SIMMI (sistema oficial para la notificación de mortalidad materno infantil), las comisiones en sus tres niveles de gestión no están logrando verificar la adecuada notificación de los casos, debido a que no es viable actualmente exportar los reportes consolidados de los casos registrados de muertes materna e infantiles.

Por lo anterior, se hace urgente implementar un plan de contingencia para la notificación de los eventos de mortalidad materno e infantil hasta que se rectifique las inconsistencias del sistema, por lo que se propone que los entes notificadores al detectar un caso de muerte materno o infantil realice el respectivo registro en el SIMMI y exporten el instrumento 1 en formato PDF y lo remitan por correo electrónico a los coordinadores de las COREAMMI (se adjunta lista) los cuales serán los responsables de continuar con el flujo hacia los niveles locales para que la COLEAMMI realicen los análisis respectivos de manera oportuna”.



Por su parte, mediante oficio GM-9382-2024 del 1° de julio de 2024 la Gerencia Médica solicitó a los directores de red integrada de prestación de servicios de salud, hospitales nacionales y especializados, regionales, periféricos y directores médicos de áreas de salud, acatar lo indicado por el ente rector y velar por el cumplimiento de remisión de los datos.

La Dra. Vernia Zulay Contreras Mora, supervisora de enfermería del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, remitió correo electrónico el 14 de mayo de 2024 a la Dra. Natalia de los Ángeles Solano Tenorio, coordinadora de la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil, señalando que el Dr. Adrián Rechnitzar Mora, Vigilancia de la Salud, Coordinador de COREAMMI⁵⁰, ha estado solicitando la información de las pacientes que fallecieron en el primer trimestre 2024.

Esta Auditoría el 17 de mayo de 2024 mediante plataforma teams, efectuó reunión con la Dra. Vernia Zulay Contreras Mora, miembro de la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, con el propósito de conocer los resultados del análisis realizado por esa Comisión de los casos de usuarias fallecidas en ese centro médico durante el 2024, externando lo siguiente:

“La información que se recopila es relacionada con toda mujer que fallece en edad fértil en este hospital (10 a 49 años), no precisamente tiene que estar embarazada.

Se tiene 2 fuentes de información:

- 1. Una hoja de comunicación del fallecimiento que realiza el hospital (día a día), la cual se envía a estadística, a quienes les llega el acta de defunción.*
- 2. Se hace un cruce con la estadística del hospital (la remite el 15 o 22 de cada mes siguiente).*

La comisión debe reunirse y analizar los casos que se reportan como fallecidas, la parte de enfermería la valora la Dra. Contreras, quién analiza, qué cuidados se le dieron, que se hizo o que se dejó de hacer, qué se puede mejorar, trabajo social va y abordar a la familia, patología participa, y el neonatólogo.

Indica que normalmente se realiza una reunión general con representantes del Primer, segundo y tercer nivel de atención de cada caso, en la cual se realiza todo el análisis, cada funcionario analiza lo que pasó en su hospital y se une todo aquí para después buscar posibles soluciones y determinar en qué parte se falló en todo ese proceso.

Las medidas que se toman posterior al análisis se las lleva el Ministerio de Salud y cada centro médico a lo interno realiza los ajustes que correspondan”.

Agrega la Dra. Contreras Mora, que, sobre los fallecimientos de enero de este año, se trata de una usuaria ingresó y falleció en la UCI y la otra falleció en la sala de shock de emergencias del hospital, pero de esos casos no se ha realizado el análisis respectivo, aunque sí se tienen identificados. En esos casos, se debe completar una serie de documentos, por ejemplo; el instrumento 01, el formulario de reporte de muerte materna (formulario 2), y el instrumento 03 que consta de 15 páginas completas con todo el análisis.

Además, informa a esta Auditoría que la coordinadora de la Comisión (Dra. Natalia Solano Tenorio), está enterada desde enero que había casos pendientes de analizar, sin embargo, del Ministerio de Salud le han solicitado los nombres de las pacientes porque hasta ahora los están detectando allá, pero a lo interno todavía esos documentos no se han llenado ni la Comisión se ha reunido para hacer el análisis del tercer nivel de atención de esos 2 fallecimientos de enero de 2024.

⁵⁰ Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil del Ministerio de Salud.



Se le consultó a la Dra. Contreras Mora si tenían una fecha proyectada para disponer del análisis y la información requerida, y al respecto informó que no depende de ella, sino de la Coordinadora de la Comisión, la cual debe convocar a reunión y está enterada de que faltaban esos 2 casos de análisis. A la fecha no se ha concretado la fecha de la reunión.

Agrega la doctora Contreras, que en la Comisión cada miembro tiene sus funciones específicas, y ella está a cargo de la parte de Enfermería, y que ocurriendo el evento debería la comisión sesionar y hacer el análisis correspondiente, pero que no sabe las razones por las cuales la Comisión se ha tardado tanto en realizar los documentos, y no es competencia de ella convocar a reunión, desconozco la razón por la cual la coordinadora no ha efectuado las reuniones. (resaltado no es del original).

Además, la Dra. Contreras Mora, a través de correo electrónico del 21 de junio de 2024, recordó nuevamente a la Dra. Solano Tenorio, que está pendiente coordinar la reunión de la Comisión de Mortalidad Materno Infantil del HCG, para el análisis de tres pacientes fallecidas en ese centro médico.

El hospital no ha dispuesto las acciones suficientes para cumplir con el reporte obligatorio que solicita la instancia rectora, de manera específica la Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Ministerio de Salud, en materia de análisis de muerte materna que ocurre en el territorio nacional, ocasionando un incumplimiento de las obligaciones encomendadas al equipo de trabajo, así como de la supervisión de las autoridades hospitalarias en materia de rendición de cuentas.

El no llevar a cabo las actividades encomendadas constituye un debilitamiento en la formulación, recomendación y definición de políticas de salud pública, a fin de la instancia rectora pueda recomendar programas y acciones de mejoramiento de la atención que contribuyan a la salud materno, perinatal e infantil.

9. SOBRE LA CONDICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LAS ÁREAS DE SALUD SIQUIRRES Y TALAMANCA

De las visitas realizadas por este Órgano de Fiscalización y Control se observaron oportunidades de mejora en cuanto a la infraestructura, las cuales se informan a continuación:

Área de Salud Siquirres:

El 10 de abril de 2024 este Órgano de Fiscalización y Control realizó recorrido por las instalaciones del Área Salud Siquirres en compañía de la Dra. Fressia Rodríguez Bonilla, jefatura del Segundo Nivel de ese centro médico, evidenciándose que se dispone de 2 salas de operaciones, área para recuperación y área de preanestesia (los equipos se encuentran funcionando correctamente).

En el momento del recorrido se observó las 2 salas de operaciones sin funcionamiento y en las condiciones que se observan en las fotografías:

Fotografías N°1 a 3
Salas de Operaciones del Área Salud Siquirres
10 de abril de 2024



Además, contiguo a estas se ubica una sala de partos completamente equipada, un área destinada para atención inmediata al recién nacido, un área para recuperación postparto. No obstante, todas estas zonas se encuentran subutilizadas debido a que el centro médico no atiende partos, únicamente expulsivos.

Agrega la doctora que anteriormente la sala de partos se utilizaba como sala de expulsivo, sin embargo, por la distancia entre el Servicio de Urgencias y esta sala (muy largo) y, además, por lo solitario del lugar, se tomó la decisión de habilitar un espacio dentro del Servicio de Urgencias para atender los partos en expulsivo, ocasionando que la sala de partos se encuentre sin uso.

El día del recorrido (10 de abril de 2024), el aire acondicionado de la sala 2 no estaba funcionando correctamente, el cual fue reportado de manera inmediata por la Dra. Rodríguez Bonilla.

De igual forma, se evidenciaron algunas láminas del cielo raso con humedad en las áreas de sala de operaciones, las cuales, también fueron reportadas por la Dra. Rodríguez Bonilla al ingeniero del centro médico, como se observa en las siguientes fotografías:

Fotografías N°4 a 6
Salas de Operaciones del Área Salud Siquirres
10 de abril de 2024



Respecto a la subutilización de las salas de operaciones de esa área de salud, esta Auditoría emitió oficio de advertencia AD-ASALUD-0054-2024 del 20 de mayo de 2024 sobre la prestación de servicios quirúrgicos en el Área de Salud Siquirres, advirtiendo sobre los riesgos y se realizaron las coordinaciones pertinentes con la finalidad de disponerse con los recursos necesarios para que el área quirúrgica del Área de Salud Siquirres logre su aprovechamiento óptimo y se fortalezcan las medidas de control interno en cuanto a los riesgos expuestos.

Área de Salud Talamanca:

El 9 de abril de 2024 se realizó recorrido en el Servicio de Gineco-Obstetricia de ese centro médico en compañía de la Dra. Sianne Palmer Miler, Enfermera Obstetra y la Dra. Olga Markelov Markelova, médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia.

Se evidenció la disponibilidad de un único consultorio para brindar consulta por parte de las 2 enfermeras obstetras del área de salud, por lo cual, se ha programado para que mientras una de las enfermeras está brindando consulta en el área la otra enfermera obstetra realice visita domiciliar, por lo cual, se desplaza a las comunidades a realizar actividades como: campañas de Papanicolau, visitas a embarazadas adolescentes, entre otras, como se observa en las siguientes fotografías:

Fotografías N° 7 a 8 del 9-04-2024

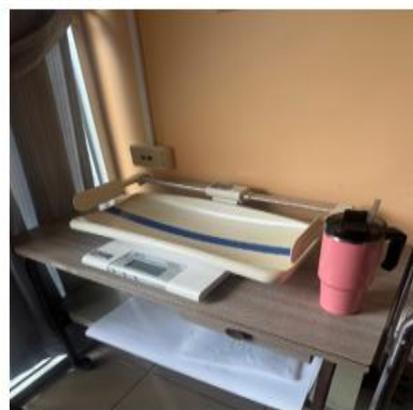
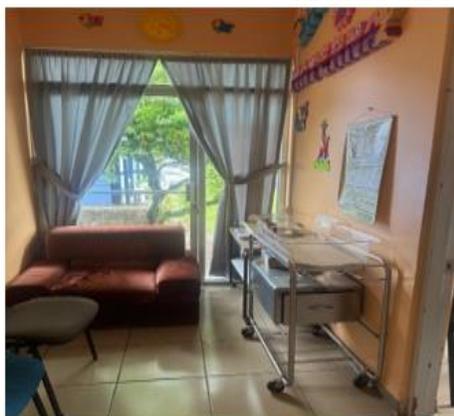
Pasillo hacia el Servicio de Gineco-Obstetricia y Consultorio de la enfermera Obstetra Área de Salud Talamanca



Además, según lo informado por la Dra. Palmer Miler para la atención de las pacientes con lactancia materna se utiliza un espacio en el pasillo, debido a que no se dispone de un consultorio o un espacio acondicionado para tales fines.

Fotografías N° 10 a 11 del 9-04-2024

Espacio utilizado para las pacientes de lactancia materna Área de Salud Talamanca



Finalmente, se observó una pared en la sala de espera con deterioro en la pintura, como se observa en las siguientes fotografías:

Fotografías N°13 y 14 del 9-04-2024
Daños en la pintura de la pared sala de espera
Área de Salud Talamanca



Según lo descrito en oficios DMT-1310-2024 y DMT-1311-2024 ambos del 16 de abril 2024, suscriptor por el Dr. Mauricio Solano Corella, director médico del Área de Salud Talamanca, el centro médico se encuentra dentro del Fideicomiso Inmobiliario CCSS-BCR, y de conformidad la revisión del documento denominado "Propuesta de Fortalecimiento de los Servicios del Área de Salud Talamanca", se determinó que pese a que existe una propuesta de mejora de la infraestructura del área de salud, este no contempla la incorporación de sala de operaciones, sala de partos y continua con un único consultorio para la Consulta Externa ginecológica, es decir, la oferta de servicios en la especialidad de Gineco-Obstetricia de esa área de salud se mantiene igual que en la actualidad.

Respecto a los demás centros evaluados, los aspectos de mejora relacionados con el tema de infraestructura fueron informados oportunamente mediante oficios de advertencia emitidos por esta Auditoría:

- AD-ASALUD-0040-2024 del 16 de abril de 2024, oficio de Advertencia referente al cumplimiento de lineamientos para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- AD-ASALUD-0043-2024 del 10 de abril de 2024, oficio de Advertencia sobre la atención brindada en el Servicio de Gineco- Obstetricia del hospital Dr. Tony Facio Castro.
- AD-ASALUD-0036-2024 del 10 de abril de 2024, oficio de Advertencia sobre el cumplimiento de lineamientos para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido en el Hospital de Guápiles.

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

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

La Contraloría General de la República en el informe DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 de noviembre 2018, estableció lo siguiente en el apartado 2.36:

“Cabe agregar que, desde su creación, las ARIM son instancias regionales orientadas a realizar acciones de asesoría, evaluación y desarrollo de proyectos de infraestructura de baja complejidad, y de equipamiento de mediana y baja complejidad, en los establecimientos de salud adscritos a la región, mediante la aplicación de diversas alternativas para el mantenimiento y el desarrollo del recurso físico en salud”.



Referente al tema de la subutilización de la infraestructura de las salas de operaciones, sala de partos, insumos y equipamiento del Área de Salud Siquirres, en oficio de advertencia AD-ASALUD-0054-2024 del 20 de mayo de 2024, este órgano de fiscalización y control informó que este tema es altamente crítico y bajo el orden de la salud pública, en el entendido de que la institución debe brindar una atención oportuna a las personas, por lo cual, se advirtió a la Gerencia Médica, Dirección de Red de Servicios de Salud y Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, para que realice una valoración de los aspectos señalados, y se efectúen las coordinaciones pertinentes con la finalidad de disponerse con los recursos necesarios para que el área quirúrgica del Área de Salud Siquirres logre su aprovechamiento óptimo y se fortalezcan las medidas de control interno en cuanto a los riesgos que han sido expuestos.

Las situaciones evidenciadas en cuanto a los aspectos de mejora en la infraestructura de las áreas de salud visitadas podrían ser ocasionadas por la ausencia de un programa efectivo de mantenimiento preventivo y correctivo.

Las debilidades relacionadas con la disponibilidad de consultorios, aires acondicionados dañados y un espacio acondicionado para las consultas de lactancia materna, afectan la calidad y calidez de la atención brindada a las usuarias, por lo que, se considera relevante tomar acciones que resuelvan los aspectos, sin dejar de considerar, además, la situación del Área de Salud Talamanca que dispondrá con sede nueva.

10. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA DE SALUD TALAMANCA EN EL CURSO DE RCPT⁵¹

Se determinó que dos de las funcionarias que laboran en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Área de Salud Talamanca, no disponen del Curso de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal (RCPT) actualizado, si bien, el centro a dispuesto un curso para el mes de octubre de 2024, han transcurrido casi 5 años desde que las funcionarias realizaron su última certificación.

El Dr. Luis Mauricio Solano Corella, director médico, del Área de Salud Talamanca informó a esta Auditoría mediante oficio **DMT-1309-2024**, del 16 de abril de 2024, sobre la situación actual de la certificación del Curso de Reanimación Neonatal para las funcionarias del Servicio de Ginecología y Obstetricia de ese centro de salud, lo cual se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 9
Disponibilidad de curso de RCPT de funcionarias del Servicio de Gineco-Obstetricia
Área de Salud Talamanca
16 de abril de 2024

FUNCIÓNARIA	PUESTO	AÑO DE CERTIFICACIÓN	CONDICIÓN
M.W.C	Auxiliar de Enfermería	2019	Vencida
C.C.C	Enfermera Obstetra	julio de 2022	Vigente
S.P.M	Enfermera Obstetra	julio de 2022	Vigente
O.M.M	Médico asistente especialista en Ginecología y Obstetricia	2019	Vencida

Fuente: Dirección Médica, Área de Salud Talamanca.

Este tema fue evaluado e informado por esta Auditoría mediante los oficios de advertencia AD-ASALUD-0040-2024 del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, AD-ASALUD-0043-2024 del hospital Dr. Tony Facio Castro y AD-ASALUD-0036-2024 del Hospital de Guápiles.

Además, se comprobó que la médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia que labora en el Área de Salud Siquirres dispone del curso actualizado (realizado en mayo 2023). En ese centro de salud no se dispone con enfermeras obstetras, sin embargo, la Clínica de Lactancia Materna está a cargo de una enfermera 1 (Daisy Sánchez Mena), la cual se comprobó que no tiene el curso actualizado.

⁵¹ Curso de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal.

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médica a.i. comunicó a los directores de los hospitales de Sede, Redes Integradas para la Prestación de Servicios de Salud, Generales de Hospitales Nacionales y Especializados, Generales de Hospitales Regionales y Periféricos y Áreas de Salud el oficio GM-2927- 2024, del 29 de febrero de 2024, señalando:

“(…) La obligatoriedad de velar, porque todo el personal relacionado con los servicios que brindamos en maternidad, partos y neonatología, mantenga la certificación de los cursos de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal, debidamente actualizada”, además, este curso “es requisito indispensable para trabajar en las Unidades de Neonatos, Salas de Partos y Maternidades”; se comunica la declaratoria de interés institucional del “Programa de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal (NEO-REST)” 2024, actividad educativa organizada por el CENDEISSS, por intermedio de la Subárea de Desarrollo Profesional.) (…)”

El Protocolo Clínico de atención para el manejo de la usuaria con amenaza de parto prematuro y el parto prematuro, de 2024, señala en el Módulo 4, Atención de la usuaria en sala de partos, y referente al personal de salud que interviene, indica que el profesional en enfermería de cuidados del recién nacido debe disponer del curso de reanimación neonatal.

El centro de salud no ha dispuesto de las acciones de supervisión suficientes para cumplir con la normativa, aspecto que eventualmente podría generar riesgos en la seguridad de los pacientes neonatales, aunado a que se constituye en un requisito indispensable tal y como lo han definido las autoridades institucionales.

La reanimación cardiopulmonar consiste en una técnica vital en el ámbito de la salud, que permite responder ante situaciones de emergencia, por lo que disponer de personal capacitado consiste en un garante de la calidad de la prestación de los servicios, así como del aseguramiento de atender posibles situaciones en forma rápida y eficiente, aspecto que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

11. SOBRE LA NECESIDAD DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE VALORACIÓN DE RIESGOS

Esta Auditoría llevó a cabo una verificación de las acciones desarrolladas por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, el hospital Tony Facio, Guápiles, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y las Áreas de Salud Siquirres y Talamanca para gestionar los riesgos asociados a la oferta de servicios de Gineco-Obstetricia, obteniendo los siguientes resultados:

- La Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, ha identificado la necesidad de fortalecimiento diversas áreas⁵², no obstante, carece de una valoración de riesgos asociada la oferta de servicios de Ginecología y Obstetricia, pese a que la región tiene adscrita población vulnerable como la indígena y afrodescendiente.
- Se determinó que el Hospital Tony Facio Castro, Hospital de Guápiles y Área de Salud Talamanca, no identificaron riesgos sustantivos referentes al servicio de Obstetricia, Ginecología, Enfermería Ginecoobstetricia, para los periodos 2022 y 2023, pese a que este abarca prestación de servicios en la patología de mama, de ginecología general, uro ginecología, ginecología infantojuvenil, ginecología oncológica, de infertilidad en la pareja, del embarazo (control y cuidado prenatal), parto y puerperio (normal y anormal), ginecología endocrina y climaterio, así como las posibles complicaciones médico-quirúrgicas de cada una. Y patologías materno fetal / condiciones diagnosticadas en el embarazo.
- Del Área de Salud Siquirres se determinaron 3 áreas críticas en el II Nivel de Atención, vinculados a falta de recurso humano, presupuesto insuficiente, debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades, sin embargo, llama la atención que no se hace referencia a la

⁵² A través del Plan de Gestión Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, 2023 – 2027

subutilización de la infraestructura por cuanto, no se utiliza una de las salas de operaciones que se encuentra totalmente equipada, así como del aprovechamiento de las horas en S.O.P. - *tal y como se expuso en los hallazgos 6.2. apartado Área de Salud Siquirres y 9 del presente informe*, para atender las listas de espera quirúrgicas del centro médico y hasta las de menor complejidad en la red.

- Asimismo, destaca que en esta región no hace referencia a las dificultades que enfrentan para el traslado de pacientes al centro de adscripción (Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia), ante cierres de carretera, desastres naturales y condiciones geográficas, lo que repercute en los traslados de usuarias y de los médicos que no viven en la zona y se desplazan desde la meseta central.
- Respecto a lo identificado por el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y la oferta de servicios disponible señalaron en términos generales riesgos asociados a falta de recurso humano, insumos, incremento en las listas de espera, ausentismo de usuarios y presupuesto; llama la atención de esta auditoría que no se hace referencia al conjunto de actividades y procedimientos que se desarrollan en el nosocomio y como gestionarlos, el envejecimiento de la población, el comportamiento y como impactan la oferta de servicios, aunado a la asignación de horas de S.O.P. que permitiría impactar positivamente las listas de espera.

Por lo anterior, se hace de conocimiento de cada centro médico los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sea valorados y se establezcan las actividades de control que se estimen pertinentes, indicados en los siguientes anexos:

- Anexo 4, Hospital de Guápiles.
- Anexo 5, Área de Salud Siquirres.
- Anexo 6, Área de Salud Talamanca.
- Anexo 7, Hospital Dr. Tony Facio Castro.
- Anexo 8, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

La Ley General de Control Interno en el artículo 14, sobre la valoración del riesgo, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a. *“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.*
- b. *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.*
- c. *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.*
- d. *Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”.*

Esta Auditoría consultó mediante entrevista el 21 de febrero del 2024 a la Dra. Carla Alfaro Fajardo, directora, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica sobre los riesgos que esa Dirección ha identificado en la especialidad de Gineco-Obstetricia en la región, y al respecto mencionó:

1. *“La falta de especialistas, esta es una región peculiar porque nos podemos quedar aislados en cualquier momento, no solo por la ruta 32 sino que cuando llueve se afectan las otras 2 rutas que tenemos que es Vara Blanca y Turrialba, y que son mucho más peligrosas de transitar más en emergencia, que se tiene que ir en ambulancia a 130 km/h no se puede, entonces la distancia y situación geográfica de esta red hace que nosotros deberíamos ser más autónomos en ese*

sentido porque sino nos podríamos llevar una trágica sorpresa de no poder sacar a las personas ni por aire.

Por ejemplo, un día como hoy no puede haber traslados humanitarios aéreos, ni por Cartago ni por Zurquí, está lloviendo mucho y está muy nublado, entonces no se puede ni entrar ni salir, los compañeros expondrían su vida.

2. La falta de arraigo de los especialistas que hacen esta especialidad hace que vengán cumplan con el contrato y se van. Esta dinámica de ahora que se le va a dar oportunidad a la gente nuestra a los que tienen un arraigo demostrado, nos va a ayudar mucho, porque si hay mucha gente de la zona que quiere especializarse.

3. Los suministros o insumos para la especialidad, por ejemplo, si hay problemas de acceso en carreteras no llegan los insumos que se necesitan, incluso durante pandemia se había planteado tener almacén satélite, pero al final no se dio el aval”.

Además, se consultó si dispone esa Dirección de un consolidado de los riesgos definidos por la región (hospitales – áreas de salud) para la especialidad médica de Ginecología, Obstetricia y Enfermería Ginecoobstetricia de manera tal, que este sea un insumo para la toma de decisiones, debido a las necesidades epidemiológicas de las aseguradas, ante lo cual manifestó que “específicamente de la especialidad de Gineco-Obstetricia no, (...)”.

Considera este órgano fiscalizador que los mecanismos utilizados por los centros de salud y las autoridades institucionales para la definición de los riesgos identificados en cuanto a la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia, a los cuales se encuentra expuestos, 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 situación expuesta obedece a que la administración activa no ha realizado un análisis de los riesgos inherentes a la oferta de servicios disponible en cada centro de salud, así como de los riesgos de no gestionarlos adecuadamente, para la prestación de los servicios de salud.

El no tener identificados los riesgos relacionados con la oferta de servicios de Ginecología y Obstetricia impide a la administración disponer de controles que le permitan minimizar la probabilidad de ocurrencia y gestionarlos adecuadamente, en caso de que ocurran.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio evidencian que la Caja Costarricense de Seguro Social ha realizado esfuerzos para disponer de normativa robusta y actualizada en la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia que contempla principios bioéticos de autonomía y justicia, basándose en tratados internacionales de derechos humanos, que los definen como planteamientos ético-jurídico universales, inherentes al ser humano, basados en la dignidad, las libertades fundamentales, los cuales requieren de un esfuerzo conjunto para lograr su cumplimiento efectivo.

En Obstetricia, se han implementado acciones relacionados con la atención de la mujer embarazada y el trato cálido, entre otras, instruidas en diversos documentos normativos como el “Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social”, “Protocolo Clínico de Atención de las personas usuarias con pérdidas gestacionales tempranas”, “Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud”, “Lineamiento de implementación del plan de parto en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, “Lineamiento para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido mediante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto 2023-2024”, entre otros.



Dentro de las acciones más recientes es la comunicación sobre nuevo abordaje del tema de violencia obstétrica en la institución, informado mediante oficio PE- 0821-2024 del 1° marzo de 2024, relacionado con la implementación de la “Estrategia para la prevención y atención a la violencia obstétrica en la Caja Costarricense de Seguro Social”, definida por la presidencia ejecutiva, el cual está bajo el liderazgo del Programa de Normalización de la Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y del Programa de Equidad de Género de la Gerencia Administrativa.

Todos estos instrumentos están orientados a constituirse en una base sólida y coadyuvar en la estandarización de los procesos de manera que se brinde una atención oportuna, eficiente, de calidad y con calidez para responder al creciente interés y esfuerzo global, nacional e institucional por proteger y garantizar los derechos humanos y los principios bioéticos de la mujer y la familia gestante, la disminución de morbilidad materna y neonatal, promover una maternidad digna, saludable, segura y con el menor riesgo posible, de esta forma complementa una serie de acciones instruidas y llevadas a la práctica por la Caja Costarricense de Seguro Social que enfatizan el buen trato a lo largo de la atención del embarazo, parto y posparto.

Al respecto, es importante indicar que este Órgano de Fiscalización y Control visitó 12 centros hospitalarios⁵³, efectuando revisión en los Servicios de Maternidad, Sala de Partos, Ginecología, Obstetricia, Unidad Obstétrica, Emergencias y Neonatología, resultados que fueron informados mediante diferentes productos de Auditoría a los directores generales, directores de enfermería, jefaturas de Servicios de Gineco-Obstetricia y Neonatología, así como otras jefaturas involucradas en la atención de la mujer gestante, su familia y el niño(a) recién nacido(a) a lo largo del proceso de embarazo, labor de parto, parto y posparto, por lo cual, no fueron considerados en el presente documento.

Sin embargo, mediante la evaluación realizada se evidenció la importancia de fortalecer el accionar estratégico en la gestión institucional de la especialidad de Gineco-Obstetricia, en cuanto a direccionamiento, definición de estrategias para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos, así como la orientación técnica en la materia, debido a que se evidenció que la “*Hoja de ruta para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos*”, carece de socialización, articulación y plantea estrategias de cumplimiento que no fueron construidas por un equipo que representara a los responsables del cumplimiento de cada meta a ejecutar ni tampoco validado por dichas instancias. Aunado a que dicho documento no está alineado o vinculada con la “Estrategia para la prevención y atención a la violencia obstétrica en la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Además, se evidenciaron dificultades en el cumplimiento de las metas programadas en el Plan Presupuesto del 2023 de las unidades evaluadas adscritas a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, lo cual comprueban algunas de las debilidades conocidas desde hace años atrás como es el caso de la falta de recurso humano en el Área de Salud Siquirres para lograr maximización en el aprovechamiento de las salas de operaciones así como la falta de especialistas en Gineco-Obstetricia en el Hospital de Guápiles.

Por su parte, a fin de lograr un cumplimiento efectivo de los objetivos que busca la institución en la especialidad con la emisión de los diferentes lineamientos, se requieren un fortalecimiento en las actividades de control, supervisión y seguimiento, desde niveles estratégicos hasta los más operativos, debido a que se evidenció que la Dirección de Red no dispone de instrumentos documentados para supervisar las labores de la Dirección Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica en la gestión de la especialidad, más allá de reuniones de revisión de plazos en las listas de espera.

⁵³ Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, Dr. Adolfo CARIT, San Carlos, Dr. Enrique Baltodano Briceño, Monseñor Sanabria, Max Peralta Jiménez, Ciudad Neily, Tony Facio Castro y Guápiles.



Por otro lado, la Dirección Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, a pesar de tener el valor agregado de que su supervisora de Enfermería es enfermera obstetra, se deben fortalecer las supervisiones técnicas, lo anterior, en virtud de que se evidenció que en el Área Salud Talamanca se dispone de dos enfermeras obstetras que no reciben supervisión técnica de esa Dirección de Red ni tampoco por parte del Director de Enfermería del centro médico, por no tener la competencia técnica, únicamente realiza una supervisión administrativa.

Uno de los aspectos de mayor riesgo evidenciados, es la carencia de médicos asistentes especialistas en Gineco-Obstetricia en el Hospital de Guápiles, debido a que en la actualidad se dispone con 3, los cuales son de servicio social obligatorio, uno de ellos termina el 2 de julio de 2024, situación que ha obligado a las Autoridades del centro médico a priorizar algunas áreas de atención, las cuales han sido catalogadas como las más importantes en cuanto a cobertura, como lo es la atención de emergencias y sala de partos, así como salones de hospitalización. Sin embargo, esta decisión ocasiona afectación en las demás actividades, como lo es la Consulta de Ginecología, de alto riesgo, Patología Cervical, Unidad Obstétrica, así como dificultades para mantener un porcentaje efectivo del programa electivo quirúrgico.

Siendo la Consulta Externa la que presenta mayor afectación, debido a que no se dispone del tiempo necesario para realizar procedimientos como ultrasonidos obstétricos, cauterizaciones, leeps, biopsias entre otros, los cuales no son posibles atender en su totalidad debido a la necesidad de atender otras prioridades en la organización hospitalaria, retrasando así la atención de las usuarias que son referidas a la consulta y en muchos de estos casos los tratamientos urgentes como es el caso de la patología cancerosa.

Respecto a la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, se evidenció que los Hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Dr. Tony Facio Castro y Guápiles, así como el Área de Salud de Siquirres, registran un total de **3,976⁵⁴** usuarias en lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología, con años de ingreso que van desde el 2020 hasta mayo 2024 (es decir hasta 4 años de espera por una cirugía), ocasionando que la carencia de médicos asistentes en Anestesiología y Recuperación en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia no permitan resolver más casos por el Servicio que reflejen un impacto positivo en los plazos de espera y cantidad de usuarias registradas.

Situación similar sucede en el Hospital de Guápiles con la carencia de médicos asistentes especialistas en Gineco-Obstetricia y la priorización de la resolución de pacientes con trauma que es un asunto diario en ese centro médico por la cantidad de accidentes de tránsito de la ruta 32. Finalmente, la falta de continuidad en el funcionamiento de una de las salas de operaciones por la ausencia del anestesiólogo y la paralización de la otra sala de operaciones por la carencia de recurso humano ocasiona que el Área de Salud Siquirres tenga dificultades para resolver sus pacientes en lista de espera de la especialidad de Ginecología, mucho más lejos está la posibilidad de ejecutar efectivamente el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria de baja complejidad mediante el registro de una Lista de Espera Unificada de la Red para resolver bajo la modalidad ambulatoria: salpingectomías, colelitiasis, hernias umbilicales y hernias inguinales.

Respecto a programación de procedimientos quirúrgicos en la especialidad de Ginecología, se observaron debilidades relacionadas con la falta de estandarización en los procesos de programación, inclusión en la lista, preparación preoperatoria, depuración en los diferentes centros médicos evaluados, así como, diferencias en la cantidad de funcionarios que participan en estas actividades, lo anterior, ocasionado principalmente por la falta de claridad en la normativa vigente y la carencia de compatibilidad de esta con los sistemas autorizados que utilizan los centros médicos para esta gestión (ARCA), así como debilidades en la supervisión de las actividades que se ejecutan.

En los diferentes centros médicos evaluados se observaron oportunidades de mejora relacionadas con la falta de estandarización en el proceso de programación de las usuarias que requieren un procedimiento quirúrgico en la especialidad de Ginecología, así como la cantidad de personas que participan en el desarrollo de estas actividades, por ejemplo, el Hospital Dr. Tony Facio Castro dispone de una UGLEQ

⁵⁴ Corte más reciente 20 de mayo de 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

consolidada con personal de recepción, secretaria, auxiliar de enfermería, médico general, entre otros, quienes tienen a cargo la programación quirúrgica de todas las especialidades y el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, su programación la realiza personal del mismo servicio de Ginecología.

Aunado a lo anterior, se observaron debilidades tanto en los registros físicos como digitales, lo anterior, debido a que se acreditaron documentos físicos de usuarias que se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica en la especialidad de Ginecología que no están registradas en el ARCA, pacientes que no coincide la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico con la fecha de inclusión en la lista de espera, usuarias que no disponen del documento físico que garantiza que se completó correctamente la herramienta "criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica", además, la mayoría de estas hojas de priorización observadas no se encuentran firmadas por la persona responsable de su llenado, así como, documentos de usuarias que no se registra fecha de recibido del servicio ni en la solicitud de hospitalización y hoja de sala de operaciones, por lo que, no se tiene certeza de la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico ni la recepción.

Además, se determinaron oportunidades de mejora en el registro de la variable "prioridad" en la lista de espera quirúrgica suministrada por los centros médicos evaluados, debido a que se registran usuarios sin prioridad, siendo el hospital de Guápiles, el que más registra usuarias en esa condición, aunado a que, en dos de los centros médicos evaluados no utilizan la herramienta de criterios de priorización para la patología ginecológica quirúrgica y para salpingectomía (Área de Salud Siquirres y Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia).

Es criterio de esta Auditoría que es relevante fortalecer las debilidades evidenciadas, debido a que esta situación repercute en el orden, calidad de la información y podría ocasionar afectación en las usuarias que se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico, debido a que adicional al criterio médico se disponen en la herramienta de variables adicionales relacionados con la complejidad de la enfermedad, riesgo de complicaciones que comprometan la vida o progreso a malignidad por la espera, limitación de las actividades cotidianas (funcionales, físicas y/o psicoafectivas), limitación para trabajar (remunerado o no) y tener alguna persona a su cargo (económico o cuidado), que al analizarlos y otorgarles un puntaje, permitirán conocer de manera integral las condiciones económicas, sociales y familiares de las usuarias.

El otro aspecto evidenciado que requiere ser fortalecido es la depuración, por cuanto en la revisión realizada en los diferentes centros médicos se observó que se requiere fortalecer las prácticas de depuración de la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, debido a que se comprobó que se depuran usuarias de la lista de espera debido a que están esperando alguna resolución o cumplir con algún requisito para ser operadas, y posteriormente se reingresa a la lista con una nueva fecha de ingreso, lo anterior, presuntamente para no tener registros de pacientes muy antiguas. Además, la frecuencia, días y horas en las que se llaman a los usuarios, así como los medios que se utilizan para contactarlas no garantizan que se hayan agotado todas las posibilidades institucionales antes de excluir a una paciente de la lista de espera.

De la revisión de muestra de 66 expedientes de salud de usuarias que fueron atendidas en los hospitales de Guápiles y Tony Facio Castro que registraron reingresos y traslados al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el I trimestre de 2024, se evidenciaron oportunidades de mejora en cuanto al seguimiento e implementación de acciones de mejora de 5 casos de usuarias que reingresaron posterior a cesárea por "Infección de herida quirúrgica", y que fueron notificadas como IAAS en el hospital de Guápiles. Por su parte, de los casos revisados del Hospital Dr. Tony Facio Castro, se observó la relevancia de fortalecer el proceso de atención de usuarias que fueron hospitalizadas con el diagnóstico de "Falsa labor de parto".

Se constató que la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, quien funge como "enlace - colaborador" con la Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Ministerio de Salud, no ha cumplido con el proceso de valoración y análisis de los casos de mortalidad materna de tres usuarias las cuales fallecieron en ese centro médico en el I semestre de 2024.

Finalmente, se observaron oportunidades de mejora en las herramientas de valoración de riesgos elaborada por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, el hospital Tony Facio, Guápiles, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y las Áreas de Salud Siquirres y Talamanca, debido a que no se observaron incluidos algunos de los riesgos detectados en la presente evaluación y que podría afectar directamente la prestación de los servicios en la especialidad de Gineco-Obstetricia y que su inclusión permite gestionar los riesgos asociados.

RECOMENDACIONES

AL DR. WILBURG DÍAZ CRUZ, GERENTE MÉDICO A.I O QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Analizar en coordinación con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Programa de Normalización de la Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva y otros instancias que esa Gerencia considere pertinentes, los documentos denominados: “Hoja de ruta para el fortalecimiento de maternidades centradas en las mujeres y las familias gestantes, mediante la atención calificada, la gestión humanizada, la interculturalidad y los derechos humanos” y “Estrategia institucional de prevención y atención de la violencia obstétrica, Apúja Máfanh: ¡Caminemos Juntos!”(en borrador), definida por la presidencia ejecutiva mediante oficio PE- 0821-2024 del 1° de marzo de 2024, a fin de que se valore el contenido de ambos documentos y se decida técnicamente la oficialización de una estrategia alineada con los objetivos y metas definidas por la institución.

Una vez realizado el análisis anterior, aprobar, autorizar, implementar y definir los responsables del cumplimiento de las acciones establecidas en la estrategia que permita el fortalecimiento de la oferta de servicios de la especialidad de Gineco-Obstetricia.

Además, socializarlo con los responsables del cumplimiento de cada meta a ejecutar debidamente validado por las instancias correspondientes, definiendo las actividades de supervisión que permitan verificar su efectivo cumplimiento, lo anterior de conformidad con lo informado en el hallazgo 1 del presente informe.

El cumplimiento de la presente recomendación se acreditará mediante la remisión del documento debidamente oficializado que contemple las estrategias institucionales que permita el fortalecimiento de la especialidad de Gineco-Obstetricia en los diferentes centros de salud, así como la socialización con los funcionarios que compete su aplicación.

Plazo: 9 meses a partir del recibo del presente informe.

2. Analizar y definir una estrategia que permita disponer con la cantidad de médicos asistentes especialistas en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Guápiles, lo anterior, considerando que la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica y Dirección General de ese establecimiento de salud, han realizado diversas gestiones para informar a instancias superiores sobre la gravedad de la situación, así como la implementación de medidas paliativas para disponer con el recurso humano mínimo para atender las necesidades de la población como lo es la atención prioritaria de emergencias y sala de partos, salones de hospitalización, consulta de Ginecología, de alto riesgo, Patología Cervical, Unidad Obstétrica, Sala de Operaciones, entre otros, así como el incumplimiento de indicadores programados en el plan presupuesto.

De manera adicional, en coordinación con la Unidad Técnica de Listas de Espera se analice la situación de subutilización de las salas de operaciones del Área Salud de Siquirres, una de ellas por la carencia total de recurso humano y la otra debido a la ausencia del médico asistente especialista en anestesiología y recuperación asignado por contrato de servicio social obligatorio.

Así como, las necesidades de recurso humano especializado en anestesiología y recuperación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en virtud de que todas estas necesidades de recurso humano repercuten directamente en los incrementos de usuarias en lista de espera, plazos, y otras actividades relevantes de la especialidad de Gineco-Obstetricia como la detección temprana de cáncer.

En el análisis efectuado considerar los riesgos y situaciones expuestas en el hallazgo 2, 4, 6.2 y 9 del presente informe, de los cuales algunos se han materializado debido al tiempo transcurrido sin la disponibilidad de especialistas para atender las necesidades de la población.

El cumplimiento de la presente recomendación se acreditará mediante la remisión del documento debidamente oficializado que contemple las estrategias definidas por esa instancia para dotar al Hospital de Guápiles del recurso humano especializado en la atención de las necesidades de la especialidad de Gineco-Obstetricia. Además, documentación relacionada con el análisis de la situación del Área de Salud Siquirres, así como la estrategia implementada para la resolución de los pacientes en lista de espera de ese centro médico en virtud de que no se dispone con especialista en Gineco-obstetricia. Finalmente, se remita documentación sobre las acciones realizadas para aumentar la disponibilidad de médicos asistentes especialistas en Anestesiología y Recuperación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Plazo: 6 meses a partir del recibo del presente informe.

AL DR. WILBURG DÍAZ CRUZ, GERENTE MÉDICO A.I O QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO EN COORDINACIÓN CON LA DRA. MARÍA VERÓNICA QUESADA ESPINOZA, COORDINADORA DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA O QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Definir una estrategia para resolver la situación quirúrgica de las **520 usuarias** que se encuentran en lista de espera en la especialidad de Ginecología del Área Salud de Siquirres desde el 19 de agosto de 2022⁵⁵, lo anterior, debido a la autorización de traslado del médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia al Hospital de Guápiles.

Aunado a lo anterior, considerar en la estrategia definida las **1934 pacientes** en espera para una salpingectomía en los centros médicos evaluados (136 usuarias Hospital Dr. Tony Facio Castro 988 pacientes del Hospital de Guápiles, 512 del Área de Salud Siquirres y 298 del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia), lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.2 del presente informe.

El cumplimiento de la presente recomendación se acreditará mediante la remisión del documento debidamente oficializado que contemple la estrategia implementada para el abordaje de las pacientes en lista de espera del Área Salud Siquirres, así como de las usuarias que esperan una salpingectomía en los centros médicos evaluados.

Plazo: 9 meses a partir del recibo del presente informe.

A LA DRA. MARÍA VERÓNICA QUESADA ESPINOZA, COORDINADORA DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA O QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4. Realizar las acciones necesarias para disponer con la normativa actualizada y aprobada relacionada con la gestión de ingreso y depuración para la atención oportuna de las listas de espera en la Caja Costarricense del Seguro Social, así como, la revisión del documento denominado "Criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos", 2013, a fin de disponer de lineamientos técnicos relacionados con la gestión de la lista de espera quirúrgica en los diferentes centros de salud y así definir técnicamente la estandarización de estos procesos, considerando aspectos como la complejidad del centro médico, disponibilidad

⁵⁵ Fecha de ingreso según el corte del 13 de mayo de 2024.



de recursos, identificación de responsables de las funciones, entre otros, lo anterior de conformidad con lo informado en los hallazgos 5, 6.1, 6.2, 6.2.1 y 6.2.2 del presente informe.

En la revisión de la normativa contemplar los siguientes aspectos:

- Análisis y definición de las prácticas de depuración de la lista de espera quirúrgica de la especialidad de Ginecología, considerando que se comprobó que se depuran usuarias de la lista de espera y no se les guarda el espacio en la lista oficial, sino que se incluyen con una nueva fecha. (hallazgo 6.2.2)
- Analizar la posibilidad de modificar la periodicidad de las llamadas telefónicas para definir un usuario como “no localizable” (días y horas), así como la disponibilidad y utilización de medios alternativos a llamadas telefónicas (hallazgo 6.2.2)
- Definición de la cantidad de personas que participan en el proceso de programación quirúrgica de la especialidad de Ginecología, así como, la intervención de la Unidad Gestora Local de Lista de Espera (UGLE) en la programación de procedimientos quirúrgicos de algunas especialidades del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (hallazgo 6.1).
- Valorar en coordinación con el Área de Estadística en Salud, la diferencia entre el ingreso de una usuaria con prioridad “baja” o “sin prioridad” en el apartado: “Datos citación”, en la pestaña “Prioridad”, a fin de excluir alguna de estas variables en caso de que podrían orientar a la usuaria en la misma categoría y en virtud de que la normativa vigente establece únicamente las prioridades alta, media y baja.

Una vez analizada esta situación, valorar la posibilidad de que el sistema no permita el ingreso de usuarias “sin grado de prioridad” y que el formulario de priorización sea un requisito obligatorio para el registro de las pacientes en el ARCA.

El cumplimiento de la presente recomendación se acreditará mediante la remisión del documento debidamente oficializado que regule la gestión de ingreso y depuración de lista de espera quirúrgica en los diferentes centros de salud, así como la socialización con los funcionarios que compete su aplicación. Además, la actualización del documento denominado “Criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos”.

Plazo: 9 meses a partir del recibo del presente informe.

A LA DRA. CARLA TERESA ALFARO FAJARDO, DIRECTORA, DIRECCIÓN RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR ATLÁNTICA O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

5. Instruir al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento (ARIM), para que realice una valoración de la infraestructura del Servicio de Ginecología del Área de Salud Talamanca, en aspectos relacionados con el espacio físico para atender las usuarias de Lactancia Materna, así como la carencia de otro consultorio para brindar consulta por parte de la otra enfermera obstetra, lo anterior, de conformidad con lo señalado en el hallazgo 9 del presente informe y considerando los alcances de la obra del Fideicomiso para el desarrollo y planificación de la futura infraestructura de ese centro médico.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar la revisión efectuada y un plan que permita atender los aspectos mencionados.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

- Definir en conjunto con los directores médicos y generales de los centros médicos evaluados de la región, una estrategia de supervisión técnica de las actividades que ejecutan los médicos asistentes especialistas en Gineco-obstetricia de la región, así como, a las enfermeras obstetras que no disponen de supervisión técnica directa (área de salud Talamanca), lo anterior, según lo expuesto en el hallazgo 3 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación de la estrategia implementada a nivel regional, así como la evidencia documental del análisis efectuado a las metas del plan presupuesto.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

- Efectuar un análisis en conjunto con los directores médicos y generales de los centros médicos evaluados de la región, a fin de realizar una valoración y seguimiento de las metas de la especialidad de Gineco-Obstetricia establecidas en el plan presupuesto de cada centro médico, lo anterior, en virtud de que se evidenció un incumplimiento de los indicadores programados, así como una reducción en la cantidad de consultas brindadas, como se describió en el hallazgo 2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación del análisis efectuado a nivel regional, así como la evidencia documental de las estrategias implementadas para subsanar el incumplimiento de los indicadores del plan presupuesto.

Plazo: 8 meses a partir de la remisión del presente informe

A LA DRA. CARLA TERESA ALFARO FAJARDO, DIRECTORA, DIRECCIÓN RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR ATLÁNTICA Y A LA DRA. TANIA JIMÉNEZ UMAÑA, DIRECTORA GENERAL A.I DEL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- Actualizar la “Matriz de Valoración de Riesgos” de esa dirección con los aspectos identificados en la gestión de la especialidad de Gineco-Obstetricia de los centros médicos evaluados adscritos a esa Dirección de Red (Guápiles, Dr. Tony Facio Castro, Siquirres, Talamanca), y hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, para lo cual se deberá garantizar 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 11 del presente informe.

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

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

A LA DRA. TANIA JIMÉNEZ UMAÑA, DIRECTORA GENERAL A.I DEL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- Efectuar un análisis de las funciones ejecutadas por los integrantes de la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, a fin de conocer las razones por las cuales a la fecha de cierre de la presente evaluación (11 de julio de 2024) no se había efectuado un abordaje de los 3 casos de usuarias

fallecidas en ese centro médico durante el 2024, según lo establecido en el artículo 34 del Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Decreto Ejecutivo N° 41120-S, 2018.

Aunado a lo anterior, implementar un mecanismo de supervisión que permita determinar que esa Comisión cumpla con la elaboración de los documentos en tiempo y forma relacionados con la mortalidad materno infantil, a fin de informar a las instancias que correspondan y se disponga de la información necesaria para la correcta toma de decisiones, así como la ejecución de planes de mejora que permitan corregir aspectos en la atención brindada-*en caso de requerirse*-, lo anterior, según lo indicado en el hallazgo 8 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar un informe del análisis realizado para conocer las razones del incumplimiento de funciones por parte de la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil de ese centro médico, así como del instrumento de supervisión implementado y el informe con el análisis de los casos mencionados con evidencia del envío al Ministerio de Salud.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

DR. DAVER VIDAL ROMERO, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

10. En conjunto con el Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica (UGLEQ) de ese establecimiento de salud, realizar las siguientes actividades de control, a fin de fortalecer el procedimiento de programación quirúrgica de las usuarias que se encuentran en lista de espera en la especialidad de Ginecología:

En virtud de que la revisión realizada por la Auditoría Interna de los registros físicos y lo consignado digitalmente en el ARCA corresponde a una muestra, efectuar las siguientes acciones:

- a) Que el personal de la UGLEQ de ese centro médico realice una verificación de que todas las usuarias que han presentado documentación física con recepción en esa Unidad se encuentren incluidas en la lista de espera quirúrgica del ARCA. Además, se verifique que los documentos se encuentran correctamente archivados de acuerdo con la priorización (alta, media y baja), fecha de recepción (por años), depuradas, entre otros.
- b) Establecer un mecanismo de control para garantizar que la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico por parte del médico asistente especialista coincida con la fecha de recepción en la UGLEQ de la documentación, así como con la fecha de inclusión de esa usuaria en la lista de espera quirúrgica, adicionalmente, que todos los documentos dispongan de la fecha de recibido por parte de la UGLEQ.
- c) Establecer un mecanismo de control para garantizar que los médicos asistentes especialistas completen correctamente el formulario de priorización de la patología ginecológica y de salpingectomía en el ARCA, lo anterior, en el tanto la Unidad Técnica de Listas de Espera emita la actualización de esta norma según lo requerido en la recomendación 4 del presente informe.

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 6.2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre la revisión efectuada(a), así como la implementación del mecanismo de control correspondiente. (b y c)

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

11. Considerando los resultados del hallazgo 7 del presente informe, en coordinación con la Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia y del Servicio de Emergencias de ese centro médico, valorar la pertinencia de implementar una estrategia de valoración Gineco-obstétrica, capacitación y otras variables que consideren pertinentes, a fin de evitar o disminuir el ingreso hospitalario por diagnóstico de “Falsa labor de parto”.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre el análisis realizado, así como la definición de la estrategia y su implementación.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

A LA DRA. ILIANA MUSA MIRABAL, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL DE GUÁPILES O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

12. En conjunto con el Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera Quirúrgica (UGLE) de ese establecimiento de salud, realizar las siguientes actividades de control, a fin de fortalecer el procedimiento de programación quirúrgica de las usuarias que se encuentran en lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología, efectuar las siguientes acciones:
- Establecer un mecanismo de control para garantizar que la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico por parte del médico asistente especialista coincida con la fecha de recepción en la Oficina de Sala de Operaciones de la documentación de las usuarias, así como con la fecha de inclusión en la lista de espera quirúrgica, adicionalmente, que todos los documentos dispongan de la fecha de recibido por parte de esa oficina. (hallazgo 6.2)
 - Que se realice un correcto archivo de los documentos físicos del ampo de “prioritarias”, verificando que, si corresponde a usuarias depuradas, resueltas y cualquier otra condición no se mantengan junto con la documentación de usuarias pendientes de un procedimiento quirúrgico de la especialidad de Ginecología (hallazgo 6.2)
 - Establecer un mecanismo de control que permita garantizar que se utilice el formulario de priorización de la patología ginecológica y de salpingectomía del ARCA, lo anterior, en el tanto la Unidad Técnica de Listas de Espera emita la actualización de esta norma según lo requerido en la recomendación 4 del presente informe. (hallazgo 6.2.1)

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 6.2 y 6.2.1 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación a esta Auditoría que demuestre la implementación del mecanismo de control para que la fecha de inclusión a la lista de espera sea coincidente con la fecha de atención del médico especialista a la usuaria(a), y documentación relacionada con la revisión del ampo de “prioritarias” y su respectiva depuración(b), así como la implementación del mecanismo de control relacionado con la inclusión de la prioridad en la lista de espera y la utilización de la herramienta de priorización (c).

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

13. Considerando los resultados del hallazgo 7 del presente informe y en virtud de que las Infecciones Asociadas a la Atención de los Servicios de salud, generan estancias prolongadas, incrementan los costos de las hospitalizaciones, pueden afectar la integridad física de los pacientes, brindar seguimiento a la elaboración del informe del I semestre 2024 por parte de la Comisión de Control de Infecciones Nosocomiales del Hospital de Guápiles, a fin de elaborar un plan de mejora de los aspectos detectados-*en caso de que corresponda*- de los casos notificados como IAAS, y se le brinde seguimiento por parte de las jefaturas correspondientes involucradas para tomar las medidas correctivas necesarias.



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar informe del I semestre 2024 de las IAAS notificadas en el centro médico, así como el plan de mejora confeccionado con las medidas correctivas implementadas.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

A LA DRA. TANIA CHING CHANG, DIRECTORA MÉDICA DEL ÁREA DE SALUD SIQUIRRES O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

14. Realizar las acciones que correspondan a fin de que cuando se disponga con los médicos asistentes especialistas del Servicio de Ginecología utilicen la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía”, lo anterior, mientras la institución define nuevos lineamientos y criterios para la priorización de usuarias de la especialidad de Ginecología.

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 6.2.1 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar a esta Auditoría documentación que demuestre la utilización de las herramientas mencionadas por parte del médico asistente especialista en Gineco-Obstetricia, **lo anterior, a partir del momento en el que se efectúe la reapertura de la oferta de Servicios de la especialidad de Gineco-Obstetricia en esa Área de Salud.**

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

15. Realizar las actividades que correspondan a fin de que el aire acondicionado de las salas de operaciones se encuentre funcionando correctamente, así como, efectuar las acciones necesarias para subsanar los aspectos evidenciados respecto a las láminas del cielo raso con humedad en sala de operaciones.

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 9 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre las gestiones realizadas para la reparación del aire acondicionado, así como las mejoras de las láminas del cielo raso.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

AL DR. MAURICIO SOLANO CORELLA, DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD TALAMANCA O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

16. Realizar las gestiones necesarias para que el personal médico y de enfermería del Servicio de Ginecología y Obstetricia de ese centro médico disponga con el Curso de Reanimación, Estabilización y Transporte Neonatal (RCPT) actualizado, lo anterior, de conformidad con lo señalado en el hallazgo 10 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre la realización y aprobación del curso de RCPT durante el 2024.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

AL DR. JOHNY OLMEDO SORIANO, JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

17. En conjunto con la Jefatura de Clínica del Servicio de Ginecología de ese establecimiento de salud, realizar las siguientes actividades de control, a fin de fortalecer el procedimiento de programación quirúrgica de las usuarias que se encuentran en lista de espera quirúrgica en la especialidad de Ginecología:

En virtud de que la revisión realizada por la Auditoría Interna de los registros físicos y lo consignado digitalmente en el ARCA corresponde a una muestra, efectuar las siguientes acciones:

- a) Que el personal del Servicio de Ginecología a cargo del proceso de programación quirúrgica de ese centro médico realice una verificación que garantice que todas las usuarias que han presentado documentación física con recepción en esa Unidad se encuentren incluidas en la lista de espera quirúrgica del ARCA, poniendo particular atención a los casos del 2022-*considerando el tema del hackeo*-.
- b) Se verifique que los documentos se encuentran correctamente archivados de acuerdo con la priorización (alta, media y baja) y fecha de recepción (por años), depuradas, entre otros.
- c) Establecer un mecanismo de control para garantizar que la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico por parte del médico asistente especialista coincida con la fecha de recepción en la Jefatura de Ginecología, así como con la fecha de inclusión de esa usuaria en la lista de espera quirúrgica, adicionalmente, que todos los documentos dispongan de la fecha de recibido por parte del Servicio.
- d) Establecer un mecanismo de control que permita garantizar que todas las usuarias ingresadas en la lista de espera quirúrgica del Servicio de Ginecología sean incluidas con una prioridad de acuerdo con los lineamientos institucionales y que los médicos asistentes especialistas del Servicio de Ginecología utilicen la herramienta “criterios de priorización-patología ginecológica quirúrgica” y “criterios de priorización-salpingectomía”, lo anterior, mientras la institución define nuevos lineamientos y criterios para la priorización de usuarias de la especialidad de Ginecología.

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 6.2 y 6.2.1 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre la revisión efectuada (a y b), así como la implementación del mecanismo de control (c y d) correspondiente.

Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

18. Implementar un mecanismo de control que garantice que las usuarias que son analizadas en la sesión prequirúrgica del Servicio de Ginecología cumplan con el orden de ingreso a la lista de espera quirúrgica, o en caso de que sea prioridad por alguna condición clínica y otras, se efectúe una nota debidamente motivada en el expediente clínico de la usuaria, justificando la razón por la cual se está analizando en la sesión (pese a que no le corresponde por fecha de ingreso a la lista de espera) y se le priorizará el procedimiento quirúrgico.

Lo anterior, de conformidad con las oportunidades de mejora detalladas en el hallazgo 6.2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá suministrar documentación que demuestre la implementación del mecanismo de control definido.



Plazo: 6 meses a partir de la remisión del presente informe

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles⁵⁶ se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma de acciones”⁵⁷ con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

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

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los principales resultados del presente estudio fueron comentados **el 27 de agosto de 2024**, de conformidad con el oficio de convocatoria AI-1297-2024 del 21 de agosto de 2024, con los siguientes funcionarios de la administración: Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente Médico, Licda. Mayteh Rojas Hernández, encargada seguimiento informes de Auditoría de la Gerencia Médica, Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez, directora, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dra. María Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora, Dra. Katherine Colby Jiménez, médico general, Dra. Catalina Salas Guzmán, médico general, todas funcionarias de la Unidad Técnica Listas de Espera, Gerencia Médica, Dra. Lydiana Ávila de Benedictis, Coordinadora de la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas, Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña, directora general a.i, Dr. Víctor Sequeira Rodríguez, subdirector a.i, Dr. Jorge Eduardo Navarro Cruz, jefe Sección Gineco-Obstetricia, Dr. Gustavo Fonseca Peñaranda, jefe Servicio de Obstetricia, Dr. Abel Benigno Hooker Hawkings, jefatura de clínica del Servicio de Ginecología, Licda. Gisela Gutiérrez Zuñiga, asesora legal, todos funcionarios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Dr. Javier Céspedes Vargas, médico, Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado, encargado de seguimiento informes de Auditoría, Dirección Red Servicios de Salud y por parte de la Auditoría Interna: MSc. Olger Sánchez Carrillo, auditor, Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe Área Auditoría de Salud, Licda. Francella Fallas Núñez, jefe subárea Regional y Local de Salud, Licda. Ana Lizeth Garita Castrillo, Asistente de Auditoría, Licda. Kathya Díaz Rivera, Asistente de Auditoría y Licda. Xiomara Rodríguez Álvarez, jefe, Licda. Karina Vargas Quintana, Asistente de Auditoría, ambas de la Subárea de seguimientos de Auditoría.

Adicionalmente, los principales resultados del presente estudio fueron comentados el **3 de septiembre de 2024** mediante la plataforma teams y de conformidad con oficio de convocatoria AI-1280-2024 del 19 de agosto de 2024, con los siguientes funcionarios de la administración: Dra. Katherine Colby Jiménez, médico general de la Unidad Técnica Listas de Espera, Gerencia Médica, Dra. Carla Alfaro Fajardo, directora, Dra. Milesca Tatiana Acón Chen, médico asistente, Dra. Julet Ewards Loban, Supervisora Regional de Enfermería, Licda. Selene Ulloa Jiménez, encargada de seguimiento informes de Auditoría, todas funcionarias de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Dr. Daver Vidal Romero, director general, Dr. Francisco Muñoz Villalobos, Unidad Técnica de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica (UGLEQ), Dra. Carolina Ortiz Martínez, jefatura Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Tony Facio Castro, Dra. Iliana Musa Mirabal, directora general, Dra. María del Carmen Chacón Castillo, médico de asistente Dirección del Hospital de Guápiles, Dra. Tania Ching Chang, directora médica, Dra. Fressia Rodríguez Bonilla, jefatura del segundo nivel de atención, Área Salud de Siquirres, Dr. Mauricio Solano Corella, director médico, Licda. Argerly Herrera Sequeira, administradora, Área de Salud

⁵⁶ Plazo máximo establecido en la Ley General de Control Interno (Art. 17 inciso d / Art. 36 inciso a), para iniciar la implantación de las recomendaciones de los informes de auditoría.

⁵⁷ Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Talamanca, y por parte de la Auditoría Interna: Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe Área Auditoría de Salud, Licda. Francella Fallas Núñez, jefe subárea Regional y Local de Salud, Licda. Ana Lizeth Garita Castrillo, Asistente de Auditoría, Licda. Kathya Díaz Rivera, Asistente de Auditoría y Licda. Xiomara Rodríguez Álvarez, jefe, Licda. Karina Vargas Quintana, Asistente de Auditoría, ambas de la Subárea de seguimientos de Auditoría.

Respecto a los **hallazgos** se externaron los siguientes criterios:

La Dra. Carla Teresa Alfaro Fajardo, directora, Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, referenció la importancia de disponer del apoyo del Área de Salud Siquirres para continuar desarrollando acciones integradas en la zona, indicando que la falta de médicos asistentes especialista está afectando la prestación de los servicios en la región, posterior al movimiento de los médicos ha sido más difícil y se han identificado como causas la falta de arraigo a la zona, la carencia de oportunidades de oferta de medicina para ejercer en lo privado, asuntos personales y familiares, entre otros aspectos. Esto genera que en ocasiones la infraestructura no se maximice en su utilización pese a la inversión realizada, así como en equipamiento médico.

Por su parte, el Dr. Daver Vidal Romero, director general del Hospital Dr. Tony Facio Castro, manifestó que es importante indicar que hace aproximadamente 10 años el Servicio de Gineco-Obstetricia de ese centro médico no disponía de una jefatura real y efectiva con conocimiento en gestión administrativa, hasta con el ingreso de Dra. Carolina Ortiz Martínez hace más o menos un año.

Uno de los aspectos que dificulta la supervisión técnica es precisamente que los directores por un asunto de estructura de los hospitales, deben ser jefes de muchos servicios y eso dificulta el desarrollar, analizar y revisar algunas actividades.

Con respecto a las salpingectomías, indicó que considera que se debería disponer de un médico general capacitado para que gestione estas pacientes en apego a los protocolos disponibles en la institución, debido a que, por ejemplo, el mes pasado la jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia filtró aproximadamente 649 referencias, situación que sobrepasa la demanda con respecto a la oferta.

Sería de gran apoyo que se puedan utilizar las plazas disponibles de médicos asistentes especialistas mediante prorrateo para nombrar médicos generales en diferentes actividades, por ejemplo; filtrando referencias, con el fin de que el médico asistente especialista se dedique a la consulta especializada y procedimientos.

Además, informó sobre 2 médicos especialistas en Gineco-obstetricia de ese centro médico que han solicitado un cese de nombramiento de un mes, a efectos de disponer del salario global único, ya que, existe una disparidad médica, por tanto, nos quedaríamos sin recurso especializado, con el riesgo de que cuando sean recontratados sean contratados en otro centro médico.

La Dra. Iliana Musa Mirabal, directora general del Hospital Guápiles, manifestó que la lejanía de este centro médico con respecto a sus hospitales de referencia es compleja 100 y 63 kilómetros, respectivamente, aunado a las complicaciones diarias de la ruta 32.

Otro aspecto relevante es que ese centro no dispone de jefaturas reales y efectivas pese a que se solicitó un cambio de estatus hace algunos años, ante la oferta de servicios y población adscrita- *con excepción del servicio de emergencias*-, lo cual complica el quehacer efectivo ya que todos los servicios dependen de la dirección, por tanto, reuniones con los funcionarios repercute en las horas de consulta, limitaciones respecto al quehacer técnico, dificultades en la toma de decisiones en materia técnica ya que el director no es especialista.

Respecto a la estandarización de los procesos y la creación de grupos gestores de lista de espera, la Dra. Musa manifiesta que la norma no oficializa con la asignación de recurso humano para estas actividades, sino que son recargos a los funcionarios y esta no se adapta a las situaciones particulares de cada centro.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Sobre el tema de capacitación para el curso de RCTP, informó que el único médico que impartía el curso en el hospital se trasladó al hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, por lo que la planificación que se tenía se afectó y ahora se requiere del visto bueno de ese centro médico para coordinar este asunto.

Finalmente, la Dra. Tania Ching Chang, directora médica del Área de Salud Siquirres, indicó que el área de salud ha apoyado la región pese a que los recursos son escasos, pero que los dos especialistas con los que contaba el centro médico fueron trasladados al Hospital Dr. Tony Facio Castro (cirujano) y al hospital de Guápiles (Gineco-Obstetra), quien atendía casos de alto riesgo, citologías alteradas, detección temprana de cáncer.

Sobre las **recomendaciones** se realizaron las siguientes observaciones:

- En relación con la recomendación 1, la Dra. Lydiana Ávila de Benedictis, coordinadora de la Comisión Técnica para el Análisis y Asignación de Médicos Especialistas de la Gerencia Médica, manifestó que esta instancia debe considerar la asignación de médicos en apego a la situación país, no solo a una región, se menciona además que están próximos a ser egresados 17 médicos en Anestesiología y Recuperación en 2025 y 30 médicos Gineco-obstetras, los cuales se deben distribuir en todo el país.

El Dr. Javier Céspedes Vargas, de la Dirección de Red de Servicios de Salud, de la Gerencia Médica, agregó que el tema de formación de especialistas debe ser integral y existen otros actores que intervienen en el proceso.

El Dr. Jorge Eduardo Navarro Cruz, jefe Sección de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, manifestó, que el centro médico no tiene hospitales fuertes que le brinden soporte, por lo que, no existe una resolutiveidad en red y deben resolver los problemas por carencia de especialistas de la región huetar atlántica y el hospital de Cartago.

Además, se solicitó ampliar el plazo a 9 meses

- Sobre la recomendación 3 se solicitó ampliar el plazo a 9 meses.
- Respecto a la recomendación 4, la Dra. Verónica Quesada Espinoza solicitó incluir en redacción del párrafo segundo que el análisis en la periodicidad de las llamadas telefónicas se debe considerar en la revisión de la norma, además, requirió ampliar el plazo a 9 meses.
- En la recomendación 6, la Dra. Alfaro solicitó modificar la redacción para que indique que la definición de la estrategia se realice en coordinación con los directores médicos de los centros médicos evaluados.
- La recomendación 7 se solicitó ampliar el plazo a 8 meses.
- Sobre la recomendación 10, el Dr. Muñoz Villalobos indicó que se debe considerar que existen patologías que la herramienta de priorización no contempla, esta solo hace referencia a las de mayor cuantía a nivel país, por tanto, algunas patologías no se les aplica el formulario de priorización porque no están en el ARCA, aspecto que considera debe ser analizado por la UTLE y el AES.
- Respecto a la recomendación N°12, el Dr. Muñoz, reiteró que el formulario de priorización no se contemplan la totalidad de los diagnósticos, por lo que, se pueden incluir pacientes en el ARCA que no fueron priorizadas, lo cual debe ser aclarado en la nueva normativa y que sea un tema analizado por parte de los funcionarios del Área de Estadísticas (AES).

La Dra. Musa coincide que sería conveniente efectuar un análisis en conjunto con la UTLE, principalmente en definir la priorización de las salpingectomías cuando las pacientes son valoradas por médicos generales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Las recomendaciones 2, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16 y 17 no se realizaron observaciones respecto a la redacción ni plazos propuestos.

Los aspectos señalados por los funcionarios descritos fueron analizados por esta Auditoría y considerados en la redacción de las recomendaciones del presente informe, así como los plazos propuestos, por tanto, el documento se modifica en los términos señalados.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Licda. Ana Lizeth Garita Castrillo
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Licda. Kathya Díaz Rivera
ASISTENTE DE AUDITORIA

Licda. Francella Fallas Núñez
JEFE DE SUBÁREA

Lic. Edgar Avendaño Marchena- MCED
JEFE DE ÁREA

OSC/RJS/EAM/FFN/ALGC/KVDR/ams

**ANEXOS****Anexo 1****HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO**

CANTIDAD	FECHA RECIBIDO DEL SERVICIO	FECHA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA ARCA	DÍAS DE DIFERENCIA
Documentos encontrados en ampo 2022			
Paciente 1	6-9-2022	19-1-2023	135 días naturales posterior
Paciente 2	17-11-2022	30-11-2022	13 días naturales posterior
Paciente 3	6-9-2022	29-9-2022	23 días naturales posterior
Paciente 4	14-11-2022	22-11-2022	8 días naturales posterior
Paciente 5	29-8-2022	23-9-2022	25 días naturales posterior
Paciente 6	17-11-2023	29-11-2022	353 días naturales antes
Paciente 7	17-11-2023	30-11-2022	352 días naturales antes
Paciente 8	16-6-2022	25-4-2022	52 días naturales antes
Paciente 9	22-8-2022	14-7-2022	38 días naturales antes
Documentos encontrados en ampo 2023			
Paciente 10	30-1-2023	20-12-2023	324 días naturales posterior.
Paciente 11	28-7-2023	12-4-2024	259 días naturales posterior
Paciente 12	27-3-2023	25-10-2023	212 días naturales posterior
Paciente 13	27-1-2023	28-7-2023	182 días naturales posterior
Paciente 14	26-4-2023	24-10-2023	181 días naturales posterior
Paciente 15	7-7-2023	7-12-2023	158 días naturales posterior
Paciente 16	11-1-2023	12-6-2023	152 días naturales posterior
Paciente 17	3-4-2023	4-8-2023	123 días naturales posterior
Paciente 18	16-11-2023	22-1-2024	67 días naturales posterior
Paciente 19	3-7-2023	16-8-2023	44 días naturales posterior.
Paciente 20	3-7-2023	16-8-2023	44 días naturales posterior.
Paciente 21	20-6-2023	31-7-2023	41 días naturales posterior
Paciente 22	20-6-2023	31-7-2023	41 días naturales posterior
Paciente 23	22-6-2023	31-7-2023	39 días naturales posterior
Paciente 24	22-6-2023	31-7-2023	39 días naturales posterior
Paciente 25	23-6-2023	31-7-2023	38 días naturales posterior
Paciente 26	23-6-2023	31-7-2023	38 días naturales posterior
Paciente 27	20-8-2023	21-9-2023	32 días naturales posterior
Paciente 28	20-8-2023	21-9-2023	32 días naturales posterior
Paciente 29	22-9-2023	23-10-2023	31 días naturales posterior
Paciente 30	22-9-2023	23-10-2023	31 días naturales posterior
Paciente 31	22-9-2023	23-10-2023	31 días naturales posterior
Paciente 32	10-5-2023	29-5-2023	19 días naturales posterior
Paciente 33	7-11-2023	23-11-2023	16 días naturales posterior
Paciente 34	27-9-2023	27-9-2023	6 días naturales posterior
Paciente 35	27-9-2023	27-9-2023	6 días naturales posterior
Paciente 36	27-9-2023	27-9-2023	6 días naturales posterior
Paciente 37	27-9-2023	27-9-2023	6 días naturales posterior
Paciente 38	23-5-2023	29-5-2023	6 días naturales posterior
Paciente 39	13-10-2023	17-10-2023	4 días naturales posterior
Paciente 40	29-9-2023	3-10-2023	4 días naturales posterior
Paciente 41	9-6-2023	13-6-2023	4 días naturales posterior
Paciente 42	13-10-2023	17-10-2023	4 días naturales posterior
Paciente 43	21-7-2023	25-7-2023	4 días naturales posterior
Paciente 44	21-7-2023	25-7-2023	4 días naturales posterior
Paciente 45	21-7-2023	25-7-2023	4 días naturales posterior
Paciente 46	21-7-2023	25-7-2023	4 días naturales posterior
Paciente 47	12-6-2023	14-6-2023	2 días naturales posterior
Paciente 48	27-2-2023	28-2-2023	1 día natural posterior

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CANTIDAD	FECHA RECIBIDO DEL SERVICIO	FECHA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA ARCA	DÍAS DE DIFERENCIA
Paciente 49	11-5-2023	21-5-2023	1 día natural posterior
Paciente 50	13-7-2023	14-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 51	18-7-2023	19-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 52	26-7-2023	27-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 53	26-7-2023	27-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 54	29-8-2023	30-8-2023	1 día natural posterior
Paciente 55	30-8-2023	31-8-2023	1 día natural posterior
Paciente 56	30-8-2023	31-8-2023	1 día natural posterior
Paciente 57	20-9-2023	21-9-2023	1 día natural posterior
Paciente 58	26-9-2023	27-9-2023	1 día natural posterior
Paciente 59	4-10-2023	5-10-2023	1 día natural posterior
Paciente 60	4-10-2023	5-10-2023	1 día natural posterior
Paciente 61	16-10-2023	17-10-2023	1 día natural posterior
Paciente 62	20-7-2023	21-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 63	20-7-2023	21-7-2023	1 día natural posterior
Paciente 64	4-8-2023	30-11-2022	247 días naturales antes
Paciente 65	1-9-2023	10-2-2023	234 días naturales antes
Paciente 66	24-11-2023	29-5-2023	179 días naturales antes
Paciente 67	18-10-2023	17-10-2023	1 día natural antes
Paciente 68	23-8-2023	22-8-2023	1 día natural antes

Anexo 2**HOSPITAL DE GUÁPILES**

CANTIDAD	FECHA RECIBIDO DEL SERVICIO	FECHA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA ARCA	DÍAS DE DIFERENCIA
Paciente 1	28-3-2022	18-5-2023	355 días naturales posterior
Paciente 2	23-12-2022	29-12-2023	371 días naturales posterior
Paciente 3	26-3-2023	27-4-2023	32 días naturales posterior
Paciente 4	8-3-2023	17-3-2023	8 días naturales posterior
Paciente 5	2-4-2023	12-4-2023	8 días naturales posterior
Paciente 6	27-4-2023	4-5-2023	7 días naturales posterior
Paciente 7	23-11-2023	29-11-2023	6 días naturales posterior
Paciente 8	2-11-2023	3-11-2023	1 día natural posterior
Paciente 9	14-5-2024	15-5-2024	1 día natural posterior
Paciente 10	27-11-2023	28-11-2023	1 día natural posterior
Paciente 11	10-4-2024	20-3-2024	21 días naturales antes
Paciente 12	22-1-2024	17-1-2024	5 días naturales antes
Paciente 13	28-1-2024	26-1-2024	2 días naturales antes
Paciente 14	8-9-2024	7-9-2024	1 día natural antes
Paciente 15	18-1-2024	17-1-2024	1 día natural antes
Paciente 16	21-3-2024	20-3-2024	1 día natural antes
Paciente 17	11-4-2024	10-4-2024	1 día natural antes
Paciente 18	9-5-2024	8-5-2024	1 día natural antes
Paciente 19	4-1-2024	3-1-2024	1 día natural antes
Paciente 20	4-1-2024	3-1-2024	1 día natural antes
Paciente 21	4-1-2024	3-1-2024	1 día natural antes



Anexo 3

HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

CANTIDAD	FECHA RECIBIDO DEL SERVICIO	FECHA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA ARCA	DÍAS DE DIFERENCIA
Paciente 1	19-1-2021	6-2-2023	747 días naturales posterior
Paciente 2	28-3-2022	2-3-2023	339 días naturales posterior
Paciente 3	28-10-2020	11-2-2021	106 días naturales posterior
Paciente 4	8-6-2021	22-6-2021	14 días naturales posterior
Paciente 5	18-5-2022	17-5-2022	1 día natural posterior
Paciente 6	9-8-2020	10-8-2021	1 día natural posterior
Paciente 7	15-7-2020	16-7-2021	1 día natural posterior
Paciente 8	27-10-2021	28-10-2021	1 día natural posterior
Paciente 9	12-8-2020	11-8-2021	1 día natural antes
Paciente 10	8-4-2021	9-3-2021	30 días naturales antes
Paciente 11	7-7-2022	20-4-2021	443 días naturales antes



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Anexo 4

HOSPITAL DE GUÁPILES

Atención de Servicios Asistenciales

Gestión de Servicios de Salud

Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Evaluación				RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
		CAUSA	EFECTO	Probabilidad (Ocurriencia)	Gravedad (Impacto)	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
Insuficiencia del Recurso Humano especializado en Gineco-Obstetricia	Recursos Humanos	El centro médico no dispone de recurso médico especializado en Ginecología - Obstetricia de planta sino que es dotado de recurso humano de Contrato de Servicio o Retribución Social.	La insuficiente identificación de riesgos del proceso de gestión de la oferta de servicios en Gineco-Obstetrica, la falta de recurso humano especializado repercute en la contracción de la oferta de servicios, Incremento en las listas de espera que conlleva a condicionar la oportunidad de acceder a servicios de salud a la población por ende debilidades en la detección temprana de patología cervical y otros diagnosticos de la población femenina y la familia gestante, fijación de metas no acorde a las condiciones y el entorno del servicio, que conlleva al incumplimiento de estas, la falta de calidad en la información incide en la toma de desiciones, siendo esto situaciones que limitan el disponer de acciones que minimicen la probabilidad de ocurrencia y administración de estos.	5	5	25	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
Metas planificadas de forma inadecuada por la falta de recurso especializado.	Operativo			4	4	16	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
Dificultad en el traslado de pacientes / recurso humano por exposición a las condiciones y factores ambientales externos	Ambientales			3	3	9	Relevante	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
Incremento en los plazos de las listas de espera.	Operativo			5	5	25	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
Debilidades en la calidad de la información por ausencia de mecanismos de control	Operativo			3	3	9	Relevante	Recomendación 10: Dirigida a la Dirección del Hospital de Guápiles



Anexo 5

ÁREA DE SALUD SIQUIRRES

MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA	
PROCESO	Atención de Servicios Asistenciales
PROCESO	Gestión de Servicios de Salud

Hallazgo.	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Probabilidad (Ocurrencia)	Gravedad (Impacto)	Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
			CAUSA	EFEECTO			Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
De la necesidad de revisión y actualización de la matriz de valoración de riesgos	Insuficiencia del Recurso Humano especializado en Gineco-Obstetricia y Anestesiología	Recursos Humanos		La insuficiente identificación de riesgos del proceso de gestión de la oferta de servicios en Gineco-Obstetricia, la falta de recurso humano especializado repercute en la contracción de la oferta de servicios local,	4	5	20	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
	Metas planificadas de forma inadecuada por la falta de recurso humano	Operativo	El centro médico no dispone de recurso médico especializado en Ginecología - Obstetricia de planta, sino que es dotado de recurso humano de Contrato de Servicio o	incremento en las listas de espera que conlleva a condicionar la oportunidad de acceder a servicios de salud a la población por ende debilidades en la detección de diagnóstico a la población femenina y la familia gestante,	4	4	16	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
	Falta de resoluntividad local	Ambientales	Retribución Social, la subutilización de la infraestructura e insumos disponibles,	Repercute en la atención de la población por ende debilidades en la detección de diagnóstico a la población femenina y la familia gestante,	4	4	16	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
	Incremento en los plazos de las listas de espera.	Operativo	Retribución Social, la subutilización de la infraestructura e insumos disponibles,	Repercute en la atención de la población por ende debilidades en la detección de diagnóstico a la población femenina y la familia gestante,	4	4	16	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
	Subutilización de la infraestructura, insumos, equipo médico y otros	Operativo	Retribución Social, la subutilización de la infraestructura e insumos disponibles,	Repercute en la atención de la población por ende debilidades en la detección de diagnóstico a la población femenina y la familia gestante,	5	5	25	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica



Anexo 6

ÁREA DE SALUD TALAMANCA

		MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA
PROCESO	Atención de Servicios Asistenciales	
CROPROCESO	Gestión de Servicios de Salud	

Hallazgo.	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Probabilidad Ocurrencia	Gravedad (Impacto)	Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
			CAUSA	EFEECTO			Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
De la necesidad de revisión y actualización de la matriz de valoración de riesgos	Falta de supervisión técnica en Ginecología - Obstetricia.	Operativo	El Área de Salud no ha dispuesto acciones efectivas y oportunas para disponer de supervisión en el quehacer de las profesionales en Gineco-Obstetricas, así como debilidades en el monitoreo de la producción de estas conforme al desarrollo de su jornada, aunado a debilidades en el proceso de formulación de las metas de la oferta de servicios de Ginecología y Obstetricia.	La falta de supervisión y mecanismos de control podrían incidir en a falta de claridad y compromiso de las metas, avance en los indicadores conforme a los objetivos institucionales, así como en la retroalimentación y oportunidades de mejora para las profesionales destacadas en el centro de salud, aunado a un posible desaprovechamiento de las capacidades técnicas de recurso humano altamente calificado.	5	5	25	Grave	Recomendación 5: Dirigida a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica
	Debilidades en la supervisión, monitoreo y seguimiento administrativo en el Servicio de enfermería a lo interno del Área de Salud.	Operativo			4	4	16	Grave	Recomendación 5: Dirigida a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica
	Metas planificadas de forma inadecuada por la falta de acciones de supervisión, control, seguimiento y monitoreo.	Operativo			3	3	9	Relevante	Recomendación 5: Dirigida a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica
	Debilidades en el monitoreo de actividades de capacitación.	Operativo			3	3	9	Relevante	Recomendación 14: Dirigida a Dirección Médica



Anexo 7

HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO

		MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA
PROCESO	Atención de Servicios Asistenciales	
PROCESO	Gestión de Servicios de Salud	

Hallazgo.	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Probabilidad Ocurrencia	Gravedad (Impacto)	Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
			CAUSA	EFEECTO			Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
De la necesidad de revisión y actualización de la matriz de valoración de riesgos	Metas planificadas no acorde a las condiciones y el entorno del servicio, que conlleva al incumplimiento de estas.	Operativo	Se requiere un análisis con las demás unidades adscritas a la Red, así como una participación activa de la Dirección de Red, además de una débil gestión en materia de control, supervisión y monitoreo de la gestión documental que se encuentra físicamente en la UTLE quirúrgica	La insuficiente identificación de riesgos del proceso de gestión de la oferta de servicios en Gineco-Obstetrica, Incremento en las listas de espera que conlleva a condicionar la oportunidad de acceder a servicios de salud a la población por ende debilidades en la detección temprana de patología y otros diagnóstico de la población femenina y la familia gestante, fijación de metas no acorde a las condiciones y el entorno del servicio, que conlleva al incumplimiento de estas, la falta de calidad en la información incide en la toma de decisiones, siendo esto situaciones que limita el disponer de acciones que minimicen la probabilidad de ocurrencia y administración de estos.	3	3	9	Relevante	Recomendación 5: Dirigida a la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica
	Incremento en los plazos de las listas de espera.	Operativo		5	5	25	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica	
	Debilidades en la calidad de la información por ausencia de mecanismos de control	Operativo		3	3	9	Relevante	Recomendación 8: Dirigida a la Dirección General del Hospital	



Anexo 8

HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA

PROCESO	Atención de Servicios Asistenciales
MACROPROCESO	Gestión de Servicios de Salud

N°	Hallazgo.	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Probabilidad (Ocurrencia)	Gravedad (Impacto)	Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
				CAUSA	EFECTO			Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
1	De la necesidad de revisión y actualización de la matriz de valoración de riesgos	Debilidades en la calidad de la información por ausencia de mecanismos de control	Operativo	La falta de estrategias efectivas a nivel institucional, así como en Red son insuficientes para brindar el acceso a los servicios de salud, aunado al debilitamiento de las actividades de control, supervisión a las actividades administrativas.	La insuficiente identificación de riesgos del proceso de gestión de la oferta de servicios en Gineco-Obstetrica, la falta de resolutiveidad en el ámbito local,	3	3	9	Relevante	Recomendación 15 y 16 : Dirigida a la jefatura de servicio
		Incremento en los plazos de las listas de espera.	Operativo		Incremento en las listas de espera que conlleva a condicionar la oportunidad de acceder a servicios de salud a la población por ende debilidades en la detección temprana de patología y otros diagnósticos de la población femenina, la falta de calidad en la información incide en la toma de desiciones, siendo esto situaciones limitantes al disponer de acciones que minimicen la probabilidad de ocurrencia y administración de estos.	5	5	25	Grave	Recomendación 15 y 16: Dirigida a la jefatura de servicio
		Insuficiencia de Recurso Humano en Anestesiología (fuga especialistas) / Horas S.O.P./ Subutilización de la infraestructura, insumos, equipo médico y otros	Operativo / Recurso Humano			5	4	20	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica
		Servicios de salud saturados, por falta de resolutiveidad local y comportamiento epidemiológico.	Operativo			5	5	25	Grave	Recomendación 2: Dirigida a la Gerencia Médica