



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ASALUD-0062-2024

16 de octubre de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2024 del Área de Auditoría de Salud de la Auditoría Interna. Con el objetivo de evaluar la gestión institucional en relación con la atención primaria de la salud brindada por medio de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria.

La evaluación evidenció, la necesidad de revisar, ajustar y mejorar la labor que realizan los ATAP, al no brindarse cobertura a toda la población, se carece de evaluaciones orientadas a valorar si las intervenciones que se realizan por parte de estos funcionarios están generando impacto a nivel de la población; además su participación es limitada en escenarios distintos al domiciliario.

Por otra parte, existen aspectos pendientes de resolver a nivel Gerencial en relación con los ATAP, como es la identificación de criterios para determinar cuántos ATAP deben existir en cada EBAIS, cómo brindar cobertura a la población cuando se tienen funcionarios que por motivos de salud no realizan la visita domiciliar, así como con el uso del SIFF móvil para la ejecución de visitas, que se evidenció en el presente estudio, no está siendo utilizado por todas las áreas de salud debido a obsolescencia de los equipos o a la falta de conectividad.

Se determinó además, que existen algunas estrategias que se han implementado relacionadas con las labores de los ATAP, como es la “atención remota” y los EBAIS vespertinos, que requieren ser valoradas, la primera porque podría desvirtuar el propósito de la visita domiciliar y la segunda debido a que las áreas de salud han tenido que ajustar el horario de los ATAP asignados a EBAIS vespertinos, debido a que se identifican a nivel local una serie de inconvenientes y/o desventajas de disponer de este tipo de funcionarios en un horario diferente al tradicional.

El estudio evidenció, también que, desde la óptica de los usuarios, los ATAP, y los Directores de las DRIPSS, existen oportunidades de mejora en la ejecución de la visita domiciliar, en cuanto a la calidad de la visita, la capacitación y formación de los ATAP, así como la dotación de los implementos necesarios para el desarrollo de acciones de manera adecuada. Aunado a lo anterior esta Auditoría evidenció la necesidad de fortalecer las actividades de supervisión y control en el desarrollo de las labores del recurso humano ATAP.

Por otra parte, se evidenció la existencia de una plaza con perfil de ATAP asignada al Laboratorio Nacional de Citologías que es utilizada en funciones de guarda.

Para corregir las situaciones descritas se incluyen recomendación a la Gerencia Médica relacionadas con aspectos de carácter estratégico como son la efectividad de las intervenciones realizadas por los ATAP, la cobertura a toda la población y el desarrollo de acciones en escenarios distintos al domiciliario. Adicionalmente, se incluyen recomendaciones para la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, referentes a la supervisión y la valoración de modalidades existentes; así como recomendación dirigida al Director del Laboratorio Nacional de Citología, en relación con la necesidad de gestionar acciones para corregir la situación evidenciada respecto a la utilización de una plaza con perfil de ATAP en funciones diferentes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

ASALUD-0062-2024

16 de octubre de 2024

ÁREA DE AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA GESTIÓN DE LOS ASISTENTES TÉCNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (ATAP), GERENCIA MÉDICA U.P. 2901

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna del 2024.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión institucional en relación con la atención primaria de la salud brindada por medio de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los criterios establecidos institucionalmente, para la asignación de ATAP en los establecimientos de salud, incluyendo lo relacionado con funcionarios que tengan limitación para realizar las funciones.
- Verificar la existencia de estudios de evaluación relacionados con el impacto y los resultados obtenidos producto de las actividades ejecutadas por los ATAP a nivel domiciliario, su seguimiento y los ajustes efectuados a las intervenciones establecidas.
- Evaluar el desarrollo de las actividades ejecutadas por los ATAP en los distintos escenarios y la supervisión ejercida a los mismos.
- Comprobar la utilización del SIFF móvil durante el desarrollo de la visita domiciliar.

ALCANCE

El estudio comprendió la revisión y análisis del direccionamiento estratégico, táctico y operativo, mediante la revisión de la existencia de criterios para la distribución del recurso humano, la evaluación realizada en relación con el impacto de las acciones ejecutadas por los ATAP, así como la continuidad en la aplicación del SIFF móvil para la ejecución de la visita domiciliar.

Adicionalmente, se valoró la cobertura de la visita domiciliar que se está brindando a la población, la estrategia de “atención remota”, el horario y programación de actividades de los ATAP asignados a EBAIS vespertinos, la supervisión ejercida, la gestión de los riesgos laborales identificados para estos funcionarios, así como el desarrollo de actividades por parte de los ATAP en escenarios diferentes al domiciliario. Para esto se aplicaron instrumentos en las áreas de salud de: Alajuela Oeste, Aserrí, San Rafael de Heredia, Buenos Aires y Pérez Zeledón.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

El período de evaluación comprendió del 1° de enero de 2023 al 30 de abril de 2024.

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

La información y documentación requerida a la Gerencia Médica, sobre la gestión estratégica y táctica respecto a los ATAP, no fue suministrada de manera oportuna, ya que la misma se solicitó mediante el oficio AI-0972-2024 remitido el 26 de junio 2024 con un plazo de 8 días, sin embargo, la misma fue remitida por medio del oficio GM-11001-2024, recibido en la Auditoría Interna el 1° de agosto 2024.

METODOLOGÍA

- Consultas y solicitud de información y documentación a los siguientes funcionarios:
 - Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico a.i
 - Dr. Albert Vega Méndez, Director DRIPSS¹ Central Sur
 - Dra. Marjorie Obando Elizondo, Directora DRIPSS Huetar Norte
 - Dra. Carla Teresa Alfaro Fajardo, Directora DRIPSS Huetar Atlántica
 - Dr. Warner Picado Camareno, Director DRIPSS Chorotega
 - Dr. Wilman Rojas Molina, Director DRIPSS Central Norte
 - Dra. Natalia Castro Alfaro, Directora a.i DRIPSS Pacífico Central
 - Dra. Pamela Aguilar Calderón, Directora a.i DRIPSS Brunca
 - Dr. Edgar Rodríguez Rojas, Director Médico Área de Salud Alajuela Oeste
 - Dr. Luis Eduardo Saborío Díaz, Director Médico Área de Salud Aserrí
 - Dr. José Pablo Campos Díaz, Director Médico Área de Salud San Rafael de Heredia
 - Dr. Luis Rodolfo Granados Hernández, Director Médico a.i Área de Salud Buenos Aires
 - Dr. Arturo Enrique Borbón Marks, Director Médico Área de Salud Pérez Zeledón
 - Dr. Rodrigo Manuel Álvarez Valverde, Director Laboratorio Nacional de Citologías
 - Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefe Coordinación Nacional de Enfermería
 - Dra. Damaris Vargas Delgado, Jefatura de Enfermería Área de Salud Alajuela Oeste
 - Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado, Jefatura a.i. Enfermería Área de Salud Aserrí
 - Dra. Lizbeth Patricia Granados, Jefatura de Enfermería Área de Salud San Rafael de Heredia
 - Dr. José Antonio Bonilla García, Jefe a.i Enfermería Área de Salud Buenos Aires
 - Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Jefe Enfermería Área de Salud Pérez Zeledón
- Aplicación de instrumento de consulta a 20 ATAP pertenecientes a 19 EBAIS de las áreas de salud seleccionadas en la muestra.
- Aplicación de instrumento de consulta a 73 usuarios de las áreas de salud seleccionadas en la muestra
- Revisión y análisis de:

¹ DRIPSS: Dirección Red Integrada de la Prestación de Servicios de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Instrumentos de programación de actividades de los ATAP
- Informes de supervisión generados a nivel regional y local por la disciplina de Enfermería.

MARCO NORMATIVO

- Modelo de Atención en Salud, (anexo a la Ley 7441, 1993).
- Ley General de Control Interno N° 8292, publicada el 4 de setiembre de 2002.
- Ley N° 8239, Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, publicada el 19 de abril 2002.
- Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 8° de la sesión 9022 celebrada el 14 de marzo 2019.
- Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 12° de la sesión 8244 celebrada el 24 de abril del 2008.
- Manual descriptivo de Puestos CCSS.
- Manual Técnico y del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social. Código MT. GM. DDSS. ARSDT. ENF.2018, avalado por la Gerencia Médica con oficio GM-MDA-5222-2019 del 26 de abril 2019.
- Manual de Gestión de la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el asistente técnico de atención primaria, código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323, avalado por el Gerente Médico mediante oficio GM-7343-2023.
- Manual de Supervisión de Enfermería para los Tres Niveles de Atención Código: GM. DDSS.ARSdT-CNENF Versión 01, emitido en el año 2018.
- Lineamiento para la aplicación de modalidades no presenciales en la prestación de servicios de Salud en la CCSS, comunicado mediante el oficio GM-2449-2023 del 21 de febrero 2023.
- Circulares relacionadas con prorrogação de plazas:
 - DAGP-768-2011, del 1° de junio de 2011.
 - GA-9523-12/GF-15723/GM23791-2012, del 23 de mayo 2012.
 - GA-27579-13/GM-36818-13/GF-15855-13, del 28 de junio 2013.

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, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el Artículo 39 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 (...).”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ASPECTOS GENERALES

De acuerdo con la publicación realizada por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, a diciembre 2023, se contabilizaban 105 áreas de salud, 1.148 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) conformados y una población de 5.262.225 habitantes (anexo 1); en el cual se puede observar que la población y cantidad de EBAIS por área de salud es variable.

La apertura de EBAIS a nivel institucional está ligada con la conformación de un equipo integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, así como un ATAP, y en el caso de EBAIS desconcentrados, puede incluir otro recurso humano como es un asistente técnico de redes y un técnico de farmacia. Es decir, en principio para cada EBAIS conformado debería existir al menos un ATAP.

El Manual Descriptivo de Puestos, establece que a los ATAP les corresponde ejecutar labores técnicas básicas de asistencia, promoción, prevención y orientación en diversos campos tales como: saneamiento ambiental, odontología, microbiología, nutrición y /o farmacia; realizar visitas domiciliarias programadas de acuerdo con su sector de trabajo, aplicar inmunizaciones, así como detectar las mejoras requeridas en las condiciones de las viviendas y saneamiento ambiental, participando como miembro del equipo en la identificación de acciones y recursos intersectoriales para solucionar los problemas de la población.

Le corresponde, además, realizar el llenado y actualización de la Ficha Familiar, promover la participación comunitaria, participar en campañas extraordinarias de vacunación, la entrega y supervisión de tratamientos para tuberculosis, enfermedad de Hansen, así como antiparasitarios.

Desde el punto de vista de su productividad, esta se mide primordialmente por la cantidad de visitas realizadas. En este sentido y de acuerdo con lo indicado en el oficio ARSDT-ENF-0299-2024 del 24 de abril de 2024², la *“producción en los últimos 9 años, ha tenido una tendencia sostenida a la disminución, hasta reportar en el año 2023 un 48% menos visitas efectivas anuales que las que se reportaron en el 2015, lo cual supone una cobertura anual con esta categoría de visitas de solo el 25% de las familias registradas en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF).”*

Tabla N° 1 Visitas domiciliarias realizadas por ATAP período 2015-2023

Año	Efectivas	Seguimiento	No efectivas	Total
2015	811.806	563.963	659.824	2.035.593
2016	763.936	937.324	670.351	2.371.611
2017	696.742	544.069	527.231	1.768.042
2018	754.249	510.081	657.492	1.921.822
2019	589.973	1.150.767	490.397	2.231.137
2020	276.289	1.395.011	267.501	1.938.801
2021	115.161	764.050	69.987	949.198
2022	105.388	72.132	105.321	282.841
2023	439.602	348.530	499.385	1.287.517

Fuente: Hoja electrónica anexa al oficio ARSDT-ENF-0299-2024

² Suscrito por la Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefe Coordinación Nacional de Enfermería.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En relación con las variables de Visita domiciliar efectiva, Visita domiciliar de Seguimiento y Visita domiciliar no efectiva es importante tener en consideración las definiciones³ que se incluyen a continuación:

- **Visita domiciliar efectiva:** Es la visita que ejecuta el ATAP en domicilio a la familia, en la cual se realizan tres o más actividades referentes a las atenciones, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, saneamiento ambiental, planificadas a partir de las características de los miembros que componen el núcleo familiar, las cuales serán registradas en la ficha familiar, en su versión física o digital.
- **Visita domiciliar no efectiva:** Es la visita domiciliar que, a pesar de estar programada por el ATAP y de haberse desplazado este a la ubicación de la vivienda, no puede ejecutarla por alguna de las siguientes circunstancias: casa cerrada, casa deshabitada, familia no acepta la visita domiciliar, vivienda no existe, y vivienda en construcción.
- **Visita domiciliar de seguimiento:** estas visitas se clasifican según el objetivo. Los tipos de visita serán:
 - **Investigación de campo** (eventos de importancia epidemiológica).
 - **Búsqueda de casos** (barridos epidemiológicos).
 - **Supervisión de tratamientos** (observación de la toma de medicamento de tuberculosis y enfermedad de Hansen) colaboración en la entrega de tratamientos como antiparasitarios, o sueros de rehidratación oral.
 - **Vacunación:** el ATAP se desplaza a una vivienda para aplicar una vacuna fuera del contexto de una visita efectiva (incluye jornadas de vacunación, acompañamientos al profesional en monitoreos rápidos de cobertura, barridos de vacunación, campañas selectivas o recuperar un esquema rezagado de un miembro ausente el día de la visita domiciliar).

Por otra parte, respecto a la cantidad de funcionarios con perfil de ATAP, según la información suministrada por la Dirección Administración y Gestión de Personal, a febrero del 2024 se contabilizaban un total de 1.597 personas distribuidas de la siguiente forma:

Tabla N° 2 Cantidad de ATAP por red integrada de la prestación de servicios de salud a febrero 2024

Dirección Red Integrada Prestación de Servicios de Salud	Interinos	Propiedad	Total general
Central Sur	285	160	445
Central Norte	189	139	328
Chorotega	141	88	229
Huetar Atlántica	101	67	168
Brunca	93	70	163
Pacífico Central	98	53	151
Huetar Norte	55	57	112
Unidades adscritas al nivel central	1		1
Total	963	634	1597

Fuente: Información suministrada por la Dirección Administración y Gestión de Personal

³ Incluidas en el documento Manual Técnico y del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la CCSS Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.2018.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

En relación con los datos incluidos en la tabla anterior, estos difieren con la información aportada por la Coordinación Nacional de Enfermería (oficio ARSDT-ENF-0299-2024 del 24 de abril 2024), que menciona a noviembre del año 2022 la existencia de 1427.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL DE VISITA DOMICILIAR REALIZADA POR EL ATAP

Se identifican oportunidades de mejora en relación con la gestión de los ATAP a nivel institucional. Al respecto, no se dispone de estudios o evaluaciones relacionadas con el impacto que se está logrando en las personas con la visita domiciliar, y no se está brindando a toda la población. Aunado a lo anterior existen algunas estrategias definidas a nivel institucional como son; la “atención remota”, desarrollada en el hallazgo 1.3 y la asignación de ATAP en EBAIS vespertinos aspecto considerado en el hallazgo 1.4 que requieren ser valoradas en relación con su efectividad y conveniencia en términos de recursos y de un desarrollo efectivo de acciones orientadas a la atención primaria de la salud. Se observan, además, debilidades en los procesos de supervisión, así como la necesidad de ejecutar acciones relacionadas con los riesgos laborales a que están expuestos los ATAP.

1.1 Sobre la evaluación del impacto logrado por medio de la Visita Domiciliar

Esta Auditoría no dispuso de evidencia sobre la ejecución a nivel de la Gerencia Médica, de evaluaciones o medición al impacto obtenido producto de las intervenciones que realizan los ATAP en el primer nivel de atención.

En este sentido, el documento Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica, y elaboración de Manuales de Organización específicos de las Direcciones, establece dentro de las funciones a cargo de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, lo siguiente:

“Definir metodologías de evaluación de los programas, modalidades e intervenciones, con base en el establecimiento de indicadores de resultados e impacto, con el objeto de fortalecer y corregir la situación detectada”.

Esta Auditoría mediante el oficio AI-0972-2024 del 20 de junio de 2024 solicitó a la Gerencia Médica información y evidencia sobre la ejecución de evaluaciones dirigidas a medir el impacto de las intervenciones que ejecutan los ATAP, el seguimiento a los resultados obtenidos y los ajustes realizados.

Por medio del oficio GM-11001-2024, del 29 de julio de 2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico remitió el oficio GM-DDSS-0404-2024, del 24 de julio de 2024, suscrito por la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora a.i, de Desarrollo de Servicios de Salud, en relación con la consulta planteada, se informa lo siguiente:

“(…) Desde la Coordinación Nacional de Enfermería, se ha trabajado con el área de estadísticas en salud para que desde los sistemas de información se cuente con indicadores cuantitativos que permitan monitorear desde todo nivel de la organización la producción de los ATAP en el primer nivel de atención, así desde los cubos estadísticos del Sistema Integrado de Ficha Familiar, específicamente en el “cubo visitas” se puede cuantificar entre otros:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Número de visitas domiciliarias según tipo y periodicidad que se ejecutan.
- Número de atenciones remotas según tipo que se ejecutan.
- Número de referencias emitidas por los ATAP según lugar de referencia.
- Número de personas atendidas según grupo de edad y sexo en el escenario domiciliar.
- Número de atenciones específicas tales como toma de presión arterial, glicemias, agudezas auditivas, agudezas visuales.
- Número de preservativos entregados a personas en el nivel domiciliar.

Sin embargo, no se participa con el equipo multidisciplinario a lo interno de la Dirección de Desarrollo o con otras instancias adscritas a la Gerencia Médica o a otras Gerencias, para realizar ejercicios de correlación del trabajo del ATAP como actor independiente y no como parte del ebáis, en los indicadores de salud o de gestión que monitorea la Dirección de Compras de Salud”.

La figura del ATAP tiene un rol esencial en la atención primaria de la salud, en este sentido el Marco Conceptual Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud señala en el punto 2.5.5, Identificación de Riesgos, en lo que interesa lo siguiente:

“La visita domiciliar se constituye en la principal estrategia de atención primaria, que permite al Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) observar, describir y detectar los eventos o situaciones -presentes en la comunidad- relacionadas con la salud y que, a su vez, son un valioso insumo para el enfoque de riesgos”.

Las evaluaciones dirigidas a medir si las intervenciones realizadas por los ATAP están generando un impacto positivo, o si se hace necesario efectuar ajustes, son acciones que corresponde desarrollar al nivel gerencial, pero que no se comprobó que se hubiesen efectuado, de acuerdo con lo informado; lo evaluado es la cantidad, no la calidad de la intervención.

La ausencia de evaluaciones relacionadas con el impacto de las intervenciones que se realizan por parte de los ATAP, se constituye en un riesgo, ya que se podrían estar utilizando recursos humanos y financieros en actividades que podrían no estar generando cambios significativos en las condiciones de salud de la población y sobre todo en los estilos de vida de ésta, que contribuya a retardar la aparición de enfermedades como la hipertensión, o la diabetes mellitus, causantes en muchas ocasiones de enfermedades cardiovasculares.

1.2 De la cobertura brindada a la población mediante la visita domiciliar

Las pruebas de auditoría ejecutadas evidencian que no se está realizando la visita domiciliar a cargo de los ATAP para toda la población, entre los factores que pueden estar contribuyendo se tienen brechas de recurso humano, así como cambios económicos y sociales en la población.

La falta de cobertura a toda la población es señalada por la Coordinación Nacional de Enfermería, las Jefaturas de Enfermería de las áreas de salud valoradas en la muestra, así como usuarios consultados.

El Modelo Readequado de Atención en Salud establece que éste se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso salud - enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. Señala además que la integralidad se concretaría en el primer nivel de atención por medio de una oferta de servicios básicos integrales, que corresponde a los programas de atención integral; y dentro de las actividades definidas para los programas, se encuentra la visita domiciliar



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El Manual de Gestión de la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el asistente técnico de atención primaria. Código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323, aprobado por la Gerencia Médica, señala en el apartado de Definiciones, abreviaturas y símbolos, en lo que interesa lo siguiente:

(...) Visita Domiciliar

En Costa Rica, la visita domiciliar representa un servicio de salud que garantiza los principios filosóficos de la seguridad social en el país, universalidad, solidaridad, igualdad y equidad” (CCSS, 2003) así como “los valores de la APS, dígame derecho a la salud, equidad y solidaridad, (OMS & OPS, 2007) lo cual se aplica cuando todas las personas reciben atención a su salud durante la visita domiciliar independientemente de su condición de aseguramiento o migratoria.

La visita domiciliar en el PNA, representa una oportunidad de implementar intervenciones para promover acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud a los individuos en su contexto familiar por permitir una mayor aproximación del personal de salud con la realidad y dinámica de las familias; por consiguiente, es una herramienta óptima para orientar, informar, educar y establecer alianzas con las familias para el empoderamiento y promoción de la autonomía en el autocuidado de la salud tanto individual como colectiva. (Solís Cordero & Guevara Frances, 2015)”

La Dra. Jacqueline Monge Medina, Coordinadora Nacional de Enfermería, aportó a esta Auditoría en el oficio ARSDT-ENF-0299-2024 del 24 de abril 2024, información de carácter general sobre la gestión de los ATAP, en el cual, refiriéndose a la producción, informó lo siguiente:

(...) “La unidad de medida de producción del ATAP como actividad sustantiva principal, es la visita efectiva, cuya definición puede consultarse en el “Manual de Gestión de la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el asistente técnico de atención primaria. Código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323”, y esta producción en los últimos 9 años, ha tenido una tendencia sostenida a la disminución, hasta reportar en el año 2023 un 48% menos visitas efectivas anuales que las que se reportaron en el 2015, lo cual supone una cobertura anual con esta categoría de visitas de solo el 25% de las familias registradas en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF)”.

La Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado Jefatura a.i de Enfermería en el Área de Salud Aserri, en relación con la cobertura de la visita domiciliar, manifestó a esta Auditoría lo siguiente:

(...) El recurso humano si está completo de acuerdo con cada EBAIS, el ATAP que se tiene de más cubre el Este 1 y Mercedes 2, es decir ayuda con dos sectores. Sin embargo, la cantidad de población es muy grande por lo que un solo ATAP en algunos sectores no logra terminar una ronda al año”.

La Dra. Lizbeth Patricia Granados Camacho, Jefatura de Enfermería del Área de Salud San Rafael de Heredia, indicó en relación con la cobertura de la visita domiciliar lo siguiente:

(...) casi nunca se puede cubrir a toda la población. Además, como los ATAP han tenido malas experiencias, principalmente de inseguridad se procura que la visita la realicen acompañados (dos ATAP en un sector)”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

La Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Jefatura de Enfermería del Área de Salud Pérez Zeledón manifestó lo siguiente:

“(...) Se ha logrado un porcentaje de cumplimiento del 90% de las metas, pero sabemos que hay población que no podemos cubrir, nuestra población es bastante grande, la mayoría de las familias son prioridad 3”.

Dentro de las pruebas realizadas en el presente estudio, se efectuó una consulta a 73 usuarios de las áreas de salud de Alajuela Oeste, Aserrí, San Rafael de Heredia, Pérez Zeledón y Buenos Aires, dentro de los aspectos consultados se solicitó informar si habían sido visitados por el ATAP en su domicilio, 13 que equivale a un 18%, manifestaron que nunca habían recibido una visita de esta naturaleza, el 66% (48 personas) indicaron que si los han visitado y el 16% restante (12) no brindó respuesta o no sabe si le han visitado. Es importante mencionar que algunas de las personas consultadas eran adultos mayores y manifestaron habitar la zona desde hace varios años.

Se colige de la información y documentación recabada, que existen varios factores asociados con la cobertura de la visita domiciliar realizada por ATAP, estos son:

- **Brechas de recurso humano con perfil de ATAP**

Sobre el particular, en principio tal y como se evidencia en la tabla N° 3, en la mayoría de las áreas de salud, existe al menos un ATAP por cada EBAIS, sin embargo, se tienen EBAIS sin ATAP, y en algunos casos los funcionarios presentan algún problema de salud que los limita a ejecutar la visita domiciliar; adicionalmente, la cantidad de población a cubrir es numerosa, o se encuentra dispersa.

En la siguiente tabla se incluye la población, cantidad de ATAP y producción de las áreas de salud consideradas en la muestra:

Tabla N° 3 Población, cantidad de EBAIS, ATAP y visitas domiciliarias efectuadas en las Áreas de Salud Pérez Zeledón, Alajuela Oeste, Aserrí, Buenos Aires y San Rafael de Heredia periodo 2023

Área de Salud	Población	# EBAIS	# ATAP	ATAP por EBAIS	Cantidad de Vistas domiciliarias período 2023				
					Efectivas	No Efectivas	Seguimiento	Total Visitas	Visitas por ATAP
Pérez Zeledón	145.116	24	47	2.0	21,811	12,595	9,701	44,107	938
Alajuela Oeste	91.831	18	17	0,9	5,708	24,312	13,359	43,388	2,552
Aserrí	89.907	16	17	1.1	5,382	14,145	7,590	27,117	1,595
Buenos Aires	52.450	12	26	2.2	6,532	212	7,464	14,208	546
San Rafael Heredia	48.737	8	8	1.0	3,652	7,081	1,250	11,983	1,498

Fuente: elaboración propia, información publicada por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud a diciembre 2023, y datos suministrados por las Jefaturas de Enfermería de las áreas de salud.

En relación con la tabla anterior, la cantidad de población a cargo de las áreas de salud, al igual que la cantidad de EBAIS y ATAP es variada, exceptuando por las áreas de salud de Buenos Aires y Pérez Zeledón que registran 2 ATAP por EBAIS, en las restantes áreas la relación es de uno por EBAIS. Existen sin embargo algunas situaciones que llaman la atención en cuanto a producción, ya que el área de Salud de Alajuela Oeste registró en el período 2023 una cantidad mayor de visitas por ATAP, que en el resto de las áreas de salud valoradas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Esta Auditoría mediante oficio AI-0972-2024 del 20 de junio de 2024 realizó consulta a la Gerencia Médica en relación con los criterios establecidos para gestionar la asignación de recurso humano con perfil de ATAP, así como a la existencia de criterios específicos para gestionar la asignación de más de un ATAP por EBAIS; en relación con este último aspecto, considerando que el documento Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, señala lo siguiente:

“(...) Acorde con las necesidades y características de la población, se puede disponer de más de un tipo de funcionario en algunas disciplinas (por ejemplo, más de un ATAP), para lo cual la Institución deberá desarrollar criterios específicos”.

Por medio del oficio GM-11001-2024, del 29 de julio de 2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo Gerente Médico remitió a esta Auditoría, la nota GM-DDSS-0404-2024, del 24 de julio de 2024, suscrita por la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora de Desarrollo de Servicios de Salud, quien en relación con los criterios establecidos por esa Gerencia para gestionar la asignación de recurso humano con perfil de ATAP, informa que corresponde a cada unidad programática realizar las gestiones normadas institucionalmente por la Dirección de Administración y Gestión de Personal (DAGP), para realizar análisis de brechas de recurso humano y solicitar la dotación de plazas correspondientes, en este sentido se hace mención al “*Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el Corto y Mediano Plazo*”, presentado por la Gerencia General en el año 2021 así como documento remitido a la Gerencia Médica en el 2024 por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud relacionado con “*Recurso humano correspondiente a la propuesta para el cierre de brechas del primer nivel de atención*”; en relación con estos documentos el oficio GM-DDSS-0404-2024, cita lo siguiente:

“(...) En ambos documentos citados, la brecha se entiende como la dotación de al menos 1 funcionario con el perfil en los ebáis conformados, y no incorpora un análisis de capacidad instalada o producción del proceso de los ATAP o del trabajo en los EFES contrastando capacidad instalada con demanda actual. En ambos análisis no fue consultada la Coordinación Nacional de Enfermería.”

En cuanto a la consulta planteada a la Gerencia Médica sobre la existencia de criterios específicos establecidos para gestionar la asignación de más de un ATAP por EBAIS, en el oficio GM-DDSS-0404-2024, se informó lo siguiente:

“(...) Tal cual se analizó en el ítem anterior, la Coordinación Nacional de Enfermería no tiene competencia administrativa en el proceso de creación de plazas, su participación es técnica en un proceso de gestión de recursos a partir de un análisis de brechas que se realiza desde las unidades de la red de servicios hacia la DAGP.

Cabe destacar nuevamente que, en los documentos citados en el primer ítem, en el contexto de análisis de brecha, tanto por la Gerencia General, como por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud para la Gerencia Médica, esta identificación de necesidades se realiza desde el modelo que describe la conformación de los equipos básicos con al menos 1 funcionario para los ATAP en los ebáis, y de 1 profesional de enfermería por equipo de apoyo, y no considera un análisis de oferta y demanda. Aun cuando, en el caso de los ATAP, existen herramientas que permiten identificar diferencias entre el recurso disponible y la producción que desde la población asignada según norma debería alcanzarse”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En este sentido, uno de los aspectos indicados por los niveles locales está relacionado con la posibilidad de que se aprueben plazas con perfil de ATAP sin estar ligadas a procesos de Resectorización; así por ejemplo en el oficio DRSS-DRIPSSNH-1600-2024 del 18 de julio 2024, suscrito por la Dra. Marjorie Obando Elizondo, Directora de la DRIPSS Huetar Norte, se menciona respecto a la brecha de ATAP (Área de Salud de Pital), lo siguiente:

“(...) Actualmente la plaza nueva de Asistente Técnico en Atención Primaria, están ligadas a la creación de un sector nuevo, pero con el crecimiento urbanístico las comunidades no se han tomado en cuenta y las comunidades que antes se podían visitar con un funcionario, actualmente requieren de uno o más funcionarios adicionales, esta desigualdad es la que afecta la cobertura de todas las comunidades actualmente y según lo observado, por este aumento, no se está dando más recurso humano y se convierte en una bola de nieve que en algún momento hará imposible cubrir las comunidades que visitamos”.

Por otra parte, la Dra. Carla Alfaro Fajardo, Directora de la DRIPSS Huetar Atlántica en el oficio DRSS-DRIPSSH-1760-2024 del 24 de julio de 2024, se refiere al impacto que genera la falta de ATAP, en este sentido, se indica lo siguiente:

“(...) Cobertura de Salud: La brecha limita la capacidad de los ATAP para realizar visitas domiciliarias efectivas, lo que afecta la cobertura de servicios de salud preventiva y promocional en la comunidad.

Calidad de Atención: La sobrecarga de trabajo puede llevar a un deterioro en la calidad de atención que los ATAP pueden ofrecer, lo que puede resultar en una atención insuficiente a las necesidades de salud de la población.

Desigualdad en el acceso: Las comunidades más alejadas o vulnerables son las más afectadas por la falta de ATAP, lo que perpetúa las desigualdades en el acceso a servicios de salud.

La brecha de ATAP en la Región Huetar Atlántica es un desafío significativo que afecta la atención primaria. Las acciones implementadas para abordar esta brecha son cruciales para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en la región asegurando que las necesidades de la población sean atendidas de manera efectiva”.

Otro de los factores que repercute es la existencia de funcionarios con perfil de ATAP que presentan situaciones de salud que los limita a realizar la visita domiciliar. En este sentido y de acuerdo con lo informado por la Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefe de la Coordinación Nacional de Enfermería (oficio ARSDT-ENF-0299-2024 del 24 de abril 2024), se estima que un 12% de los funcionarios se encuentran en esta condición. Por parte, datos suministrados vía correo electrónico el 02 de setiembre por funcionaria⁴ del Área de Salud Ocupacional de la Dirección de Bienestar Laboral, contabilizan un total 145 ATAP con adaptación al puesto y 5 con reubicación laboral.

En relación con lo indicado anteriormente, se consultó a la Gerencia Médica sobre las disposiciones emitidas por ese nivel para desarrollar la atención primaria de la salud en los establecimientos que tienen funcionarios en esa condición.

⁴ Ingeniera Cindy Zamora Zamora.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

Por medio del oficio GM-11001-2024, del 29 de julio de 2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico remitió a esta Auditoría el oficio GM-DDSS-0404-2024, del 24 de julio de 2024, suscrito por la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora a.i, de Desarrollo de Servicios de Salud, en el cual hace referencia a la emisión del Manual de Gestión de la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el asistente técnico de atención primaria, que oficializó las atenciones remotas, e informó al respecto:

“(...) Con esta medida se ha procurado desde la normalización técnica del proceso, ofrecer la oportunidad a los funcionarios que tienen esta condición, poder seguir ofertando servicios desde su perfil, apoyando la estrategia de atención primaria mediante la educación en salud, identificación de población vulnerable, búsqueda de casos, entre otros de forma remota, dado que ha sido una constante que estos casos terminaban en una reubicación de puesto al ejercer tareas ajenas a su perfil debido a su estado de salud o a su condición especial.

La Coordinación Nacional de Enfermería, una vez más no tiene competencia administrativa en la dotación de plazas de ATAP debido a la readaptación de funcionarios con ese perfil en las unidades del primer nivel de atención; sin embargo, si alerta sobre el impacto que este fenómeno tiene tanto sobre la producción como la cobertura asistencial que este perfil ofrece a la población adscrita”.

Esta Auditoría consultó a las jefaturas de Enfermería de las áreas de salud seleccionadas en la muestra sobre cómo se brinda la cobertura de la visita domiciliar en los sectores donde el ATAP no ejecuta la visita, debido a situaciones de salud que lo limitan. Al respecto las respuestas brindadas fueron las siguientes:

“(...) Lo que se hace es que otro funcionario asume algunas labores, conforme otros ATAP finalizan su sector; pero no se cubre en su totalidad”.⁵

“(...) Lo que se hace es utilizar a otros ATAP para cubrir las zonas. Sin embargo, casi nunca se puede cubrir a toda la población. Además, como los ATAP han tenido malas experiencias, principalmente de inseguridad se procura que la visita la realicen acompañados (dos ATAP en un sector)”.⁶

“(...) Aquí la estrategia es movilizar tipo barrido con otros funcionarios que ya han alcanzado las metas, para tratar de cubrir otras poblaciones cuando el funcionario, por ejemplo, ha estado con una incapacidad u otras situaciones. Cuando se tiene disponible en la bolsa de empleo personal ATAP se sustituye”.⁷

“(...) Cuando hay ausentismo de ATAP o son sectores descubiertos, no se logra resolver el problema totalmente. En algunos casos algún ATAP podría terminar su sector, entonces se le acomoda la programación para que colabore con alguno de los sectores que está descubierta. Otra estrategia es apoyo: por ejemplo, en el sector de Barú se tiene un ATAP con adaptación del puesto, por lo que, para cobertura de los esquemas de vacunación, él llama a las familias por teléfono y otro trata de visitar los que sean urgentes.

⁵ Dra. Damaris Vargas Delgado, Jefatura de Enfermería Área de Salud Alajuela Oeste.

⁶ Dra. Lizbeth Patricia Granados Camacho, Jefatura de Enfermería Área de Salud San Rafael de Heredia

⁷ Dr. José Antonio Bonilla García, Jefatura de Enfermería Área de Salud Buenos Aires



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

Cuando se cumple el recorrido de los sectores asignados antes, es porque hay muchas casas cerradas, por lo que a los ATAPS se le asignan los sectores que están descubiertos, para aprovechar el recurso”.⁸

Otro de los aspectos manifestados, tanto por la Coordinación Nacional de Enfermería, así como Directores de las DRIPSS, que también repercute en la visita domiciliar, son las campañas de vacunación, ya que reduce el tiempo disponible para las visitas; al respecto se indicó lo siguiente:

“(…) Todo esto sucede en un contexto donde se reduce el tiempo disponible del ATAP para realizar visitas efectivas, debido a que este grupo laboral es el encargado de atender el trabajo de campo para la implementación de medidas sanitarias emergentes y ordinarias en los escenarios fuera de los establecimientos de salud, tales como vacunación ordinaria, vacunaciones extraordinarias como jornadas y campañas, cercos epidemiológicos, (…).”⁹

“(…) Se debe considerar que a lo largo de los últimos 4 a 5 años y con la situación pandémica se afectó totalmente la dinámica de las funciones del programa de atención primaria, y centró el equipo de trabajo en tareas importantes como lo es la vacunación, dejando de lado las visitas domiciliarias, escenario educativo, laboral y comunitario, que dificulta el mapear e identificar con detalle lo que sucede en esos escenarios. Posterior a la pandemia la mayor parte del tiempo del funcionario ATAPs y profesional de enfermería se ubica en vacunación que abarca muchas semanas de la programación anual no generando un impacto en lo referente a visita domiciliar y generar grandes esfuerzos para lograr cubrir el escenario educativo, se suma las horas laborales en la gran cantidad de eventos epidemiológicos que han afectado a nuestros sectores como dengue, hepatitis y otros”.¹⁰

“(…) Actualmente la variedad de procesos y escenarios de atención en los que participa el ATAP, hace que su actividad sustantiva de “Visita Domiciliar” se haya visto disminuida en los últimos años. Sin embargo, todas las actividades y atenciones que brindan los ATAP en los diferentes escenarios siguen siendo importantes y necesarias”.¹¹

“(…) Ciertamente la actividad de las visitas domiciliarias ha decaído en la labor del ATAP, pero también hay que analizar que al personal ATAP es al que se le recarga con todas las actividades extras de la atención primaria. El ATAP además de la visita domiciliar integral, realiza las jornadas de vacunación extraordinarias que se programan a última hora, tiene que velar por barridos de vigilancia epidemiológica de todo evento que aparezca en su área de atracción, todo lo que sea extra-programación a nivel de campo, lo tiene que resolver el ATAP con el coordinador. (…)

La baja cobertura de visita domiciliar es debido a las muchas otras actividades que deben realizar los ATAPS, por ejemplo: Búsqueda de niños rezagados de vacunas, búsqueda de casos de trabajo social, obstetricia, niños o usuarios que se ausentan de citas en EBAIS, realización de trabajo escolar, vacunación, mantenimiento de vehículos (revisiones técnicas, lavado, cambios de aceite, averías), barridos epidemiológicos los cuales conllevan mucho tiempo por el aumento que ha habido en este año.

⁸ Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Jefatura Enfermería Área de Salud Pérez Zeledón.

⁹ Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefe de la Coordinación Nacional de Enfermería oficio ARSDT-ENF-0299-2024

¹⁰ Dr. Albert Francisco Méndez Vega, Director DRIPSS Central Sur, oficio N° DRIPSSCS-DM-SIA-0062-2024.

¹¹ Dr. Warner Picado Camareno, Director DRIPSS Chorotega, oficio DRSS-DRIPSSCH-0766-2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En los últimos 4 años se ha visto una disminución en la visita domiciliar asociada a la pandemia vivida, luego se desarrollan las campañas de vacunación contra COVID, influenza y por último campaña de vacunación contra SRP, para las cuales se requiere del ATAP al 100% apartando de la ejecución las visitas domiciliarias programadas (...).¹²

- **Cambios económicos y sociales de la población:**

Otro aspecto que está relacionado con la cobertura de la visita domiciliar son los cambios sociales y económicos de la población; por ejemplo, una parte de las viviendas no tiene residentes durante los horarios de visita domiciliar porque las personas se encuentran laborando; además, de acuerdo con lo informado, en algunas comunidades no se autoriza el ingreso de los ATAP para realizar la visita domiciliar en residenciales o condominios; existe además dispersión de población sobre todo en las zonas rurales; así como la decisión de no realizar visitas domiciliarias en algunas zonas consideradas de riesgo para la integridad física de los ATAP, como son los precarios o asentamientos. Un ejemplo de esta situación se presenta en el Área de Salud Alajuela Oeste, en donde se aportó el oficio GM-ADM-LG-6923-2019 del 30 de mayo de 2019, suscrito por el Dr. Mario Ruiz Cubillo, en calidad de Gerente Médico en ese momento, dirigido al Dr. Edgar Rodríguez Rojas, Director Médico. El documento cita lo siguiente:

“(...) En respuesta a su oficio DGASAO-229-2019 de fecha 09 de mayo del año en curso, mediante el cual solicita que se mantenga la medida cautelar dictada por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico en ese entonces, mediante oficio GM-ADM-LG-35806-15 del 04 de setiembre del 2015, para el no ingreso a las localidades de Santa Rita (conocido como el Infiernillo), Urbanización el Tópico I – II y Precario Laura Chinchilla.

Por lo anterior, y con base en los artículos 16 de la Ley General de Administración Pública y 8 de la Ley de Control Interno, este Despacho avala que se brinde de forma concentrada en la Sede respectiva, la atención de las localidades arriba citadas, toda vez que se han hecho esfuerzos significativos, pero prevalecen las condiciones de peligrosidad y vulnerabilidad de los equipos, funcionarios e insumos y no existe control efectivo mínimo por parte de la fuerza pública”.

En relación con zonas como asentamientos o precarios, se informó tanto por parte de Jefaturas de Enfermería como ATAP de algunas de las áreas incluidas en la muestra, que existen lugares en los que la visita se realiza por parte de dos funcionarios; así por ejemplo el Dr. José Antonio Bonilla García Jefatura de Enfermería a.i del área de salud Buenos Aires, indicó lo siguiente:

“(...) Otro aspecto, es que hay lugares que son territorios indígenas (propiedades que son de los indígenas y los venden a no indígenas, pero luego, los vuelven a tomar creando los asentamientos) y este tipo de indígena es un poco conflictivo, por lo que en tema de visitas el ATAP debe ir acompañado o se hacen las estrategias de “barrido”.

La Dra. Lizbeth Patricia Granados, Jefatura de Enfermería del área de salud San Rafael de Heredia, indicó lo siguiente:

“(...) Se procura enviarlos en pareja por la situación de la inseguridad, en las visitas ellos han encontrado situaciones de violencia y venta de drogas.”

¹² Dra. Marjorie Obando Elizondo, Directora, DRIPSS Huetar Norte, oficio DRSS-DRIPSSHN-1600-2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Como se ha evidenciado, existen varios factores que contribuyen en el hecho de que no se esté realizando la visita domiciliar a toda la población, situación que eventualmente puede favorecer la presencia de problemas de salud de manera temprana y complicaciones para la integridad de las personas y por ende un aumento en la inversión de recursos para la atención de las enfermedades; ya que una parte muy importante de la atención primaria que realizan los ATAP por medio de la visita domiciliar está relacionada con brindar educación para fortalecer las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado.

1.3 Sobre la Atención remota

Se determina que la atención remota implementada como una alternativa de la visita domiciliar podría no ser tan conveniente, ya que la visita domiciliar se constituye en una de las principales herramientas de la atención primaria de la salud, y está orientada en acercar los servicios de salud hasta la vivienda, para brindar información a las familias sobre temas que mejoren sus prácticas en salud, e identificar riesgos, aspecto que no se logra en la “atención remota”. Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el marco normativo actual para que una visita domiciliar se considere efectiva, se deben realizar al menos tres actividades, y en el caso de las atenciones remotas son registradas estadísticamente como atenciones efectivas o de seguimiento.

Por otra parte, esta forma de atención no se encuentra definida en el Lineamiento para la aplicación de modalidades no presenciales en la prestación de servicios de Salud en la CCSS; esta normativa establece que los tipos de modalidades no presenciales en la prestación de servicios de salud son:

- **Teleorientación en salud:** Atención que se brinda mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, en la cual una persona usuaria recibe asesoría, consejería u orientación en aspectos relativos a su salud por parte del prestador autorizado de atención en salud.
- **Teleinterconsulta:** Atención brindada por el profesional en salud a solicitud de otro profesional en salud de igual o diferente especialidad, subespecialidad o disciplina, acerca de la condición de salud de la persona usuaria atendida en un servicio de consulta externa, hospitalización, urgencias o lugar de permanencia de la persona usuaria, para emitir criterio, diagnóstico o abordaje con el apoyo de las tecnologías de información y comunicación.
- **Teleconsulta:** Consulta que brinda el profesional en salud a la persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación para ofrecer atención en salud.
- **Telesesión Clínica:** Sesión clínica uni o multidisciplinaria que se efectúa mediante las tecnologías de la información y comunicación en un período de tiempo limitado para estudiar, analizar o evaluar casos clínicos y tomar decisiones diagnósticas terapéuticas de manera colegiada, basados en guías clínicas y discusión uni o multidisciplinaria.
- **Teleeducación para la salud:** La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la educación en salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta, con soporte en TIC.
- **Telemonitoreo (Monitoreo remoto):** Se define como el uso de tecnologías de telemedicina para recopilar datos médicos, tales como signos vitales, presión arterial u otros, de los pacientes en un lugar y transmitir electrónicamente esa información a los prestadores de salud en otro lugar.
- **Telesesión terapéutica:** Actividad con soporte en TIC en la que los participantes son guiados o reciben instrucciones para el manejo de su patología o condición. Los participantes se agrupan debido a que poseen una necesidad terapéutica que ha sido establecida por criterio del profesional de salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La atención remota para la visita domiciliar, es una estrategia adoptada por la Coordinación Nacional de Enfermería durante el período de la pandemia por COVID-19¹³. No obstante, la misma se ha mantenido y se incorporó en el Manual de Gestión Atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención Primaria, código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323. Según lo indicado en la citada norma, esta modalidad de atención se recomienda para casos de familias difíciles de acceder, o para desarrollarse por parte de ATAP que no realizan visita domiciliar de manera presencial (con adaptación al puesto); y se pueden realizar en el establecimiento de salud (entrevista directa a usuarios que se encuentre en el establecimiento de salud), o haciendo uso de herramientas tecnológicas. En este sentido, la norma en mención indica lo siguiente:

“(...) Es la que ejecuta el ATAP mediante el uso de herramientas tecnológicas de comunicación o llamadas telefónicas o bien mediante interacción con uno o más miembros en un escenario distinto al domiciliar, por ejemplo el establecimiento de salud, para las cuales se hace una planificación previa de la visita, y su ejecución, contempla actividades como: actualización de datos demográficos y de condición de salud, del núcleo familiar y cada uno de sus miembros, registro de la información en el SIFF, identificación de situaciones de riesgo, referencia a los servicios de apoyo según corresponda, educación al usuario en aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y diseño de plan de seguimiento.”

“(...) Las atenciones “remotas”, serán la metodología para hacer contacto con las familias mediante herramientas tecnológicas institucionales para la comunicación o bien durante la visita de los miembros de las familias a los establecimientos de salud. Las justificantes para que el ATAP implemente esta modalidad serán:

- Cuando por circunstancias epidemiológicas no se pueden realizar visitas presenciales por riesgos durante alertas sanitarias por enfermedades infectocontagiosas, se restrinja la visita domiciliar.*
- Cuando por circunstancias climáticas, naturales, sociales, operativas o administrativas, o de salud del funcionario, el ATAP debe permanecer en el establecimiento de salud temporal o permanentemente, justificación que debe quedar consignada en la bitácora del profesional de enfermería en casos esporádicos, o bien por salud ocupacional o atención integral del trabajador en caso de las readaptaciones.*
- Cuando se ha imposibilitado hacer contacto con las familias de manera presencial después de más de un intento en un mismo año.*

En el caso de los ATAP en plenas capacidades para ejecutar visitas presenciales, programarán las atenciones remotas en el orden de un 20% o menos del total de visitas a ejecutar en el año (dando prioridad al contacto presencial en los domicilios), es decir 20 visitas o menos de cada 100 serán programadas por esta modalidad. El profesional de enfermería de atención primaria del área de salud debe analizar los casos en los cuales, por circunstancias particulares de cada sector, la ejecución supera el 20% programado para atenciones remotas, verificando que la modalidad se implementó por las justificantes señaladas en esta sección, y anotándolo expresamente en la bitácora del servicio como fuente para las justificaciones a incluir en los cortes de análisis del plan presupuesto.

¹³ Lineamiento Técnico-Operativo y Administrativo temporal en el profesional de Enfermería y personal Asistente Técnico de Atención Primaria de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19 código: LT.GM.DDSS.ARS.DT.CNE 19032020 VERSIÓN 2.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En los casos de ATAP con readaptación parcial o total de sus funciones, el porcentaje de atenciones a programar por la modalidad remota se analizará según las indicaciones de la certificación de salud ocupacional o atención integral al trabajador emitida para cada funcionario según su condición de salud.” (el resaltado no es parte del texto original)

Como puede observarse, a pesar de que se indica en qué casos se debe implementar esta modalidad alterna para casos específicos, y orientada a su aplicación por parte de funcionarios con problemas de salud que no realizan visitas domiciliarias; también se establece que debe programarse hasta un 20% para los ATAP con plena capacidad para ejecutar la visita presencial; situación que resulta incongruente.

A nivel de las áreas incluidas en la muestra, se determinó que, en el periodo del 2023 y el primer trimestre del 2024 solamente dos registran producción de este tipo, a saber: las áreas de salud Alajuela Oeste y Pérez Zeledón, y de acuerdo con lo informado por las jefaturas de Enfermería de estas unidades, se registran atenciones y seguimiento con la modalidad remota, de acuerdo con el siguiente detalle:

Área de Salud	Año 2023		Primer trimestre 2024	
	Atenciones remotas	Seguimiento remoto	Atenciones remotas	Seguimiento remoto
Alajuela Oeste	62	38	153	-
San Rafael de Heredia	270	-	357	-

No obstante, debe indicarse que en la programación de actividades del 2024 de los ATAP que se desempeñan en el área de salud San Rafael de Heredia se incluyó a todos los funcionarios tiempo para esta modalidad de atención.

Sobre el uso de la modalidad de atención remota, para el desarrollo de la visita domiciliar, el Jefe a.i de Enfermería del Área de Salud Buenos Aires, Dr. José Antonio Bonilla manifestó lo siguiente:

“(...) no se realizó, esta modalidad; no es funcional por el tipo de población, principalmente indígena. No se tiene cobertura de teléfono en todo el cantón”.

Por otra parte, la Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Jefatura de Enfermería del Área de Salud Pérez Zeledón, indicó lo siguiente:

“(...) No se programaron atenciones remotas para este año, porque hay problemas de conectividad con los usuarios. Además, las personas no contestan”.

La implementación de la modalidad de atención remota como un medio para la visita domiciliar surgió como una alternativa durante la atención de la pandemia de COVID-19, para evitar el aumento de contagios y riesgos en la salud de los ATAP. Se observa que existe interés por mantenerla, sin embargo, se hace necesario valorar su efectividad, considerando que la visita domiciliar es una actividad sustantiva de la atención primaria de la salud.

Dentro de los aspectos que se pueden estar dejando de lado cuando se gestiona atención remota en lugar de la visita domiciliar, se encuentra el hecho de que es posible que la llamada telefónica o consulta se concentre en la persona y no en la familia, o que los riesgos que pueden detectarse por medio de la observación no se identifiquen. Además, existe alguna renuencia de la población a brindar información personal telefónicamente por temor a ser objeto de estafas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

1.4 Horario y programación de visitas de ATAP en EBAIS vespertinos

A partir de la información suministrada por los Directores de las Direcciones de Redes Integradas de la Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), así como de las jefaturas de Enfermería de las áreas de salud incluidas en la muestra, se determinó que las unidades en las que se han creado EBAIS vespertinos, en su mayoría han modificado el horario de los ATAP en relación con el resto del equipo. Se identifican, además por parte de los Directores de las DRIPSS, la existencia de una mayor cantidad de desventajas que ventajas de este horario vespertino en relación con la labor de los ATAP.

Así mismo, se evidenció falta de claridad en la normativa, respecto a la cantidad de visitas que deben realizar los ATAP asignados a EBAIS vespertinos, ya que en los niveles locales se procura que las visitas se realicen en horas del día para evitar algunos riesgos que se incrementan en horas de la noche.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 8 establece que los objetivos del control interno son:

- a) Proteger y conservar el patrimonio público, contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido irregularidad o acto ilegal.
- b) Exigir la confiabilidad y oportunidad de la información.
- c) Garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones.
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.

Por otra parte, el documento Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica, y elaboración de Manuales de Organización específicos de las Direcciones”, establece dentro de las funciones a cargo de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, lo siguiente:

“Definir metodologías de evaluación de los programas, modalidades e intervenciones, con base en el establecimiento de indicadores de resultados e impacto, con el objeto de fortalecer y corregir la situación detectada”.

La apertura de EBAIS vespertinos surgió en el año 2018, como una alternativa para brindar mayor acceso a la población y disminuir la brecha de EBAIS; en relación con este tema, en el informe de Auditoría ASS-95-2018 Estudio sobre la ejecución del Plan de Reforzamiento de la oferta de servicios de salud en el I y II nivel de atención presentado por la Gerencia Médica a la Junta Directiva en el artículo 27° de la sesión 8878 de 8 de diciembre 2016, se cita lo siguiente:

“La Gerencia Médica instruyó entre el 27 y 28 de febrero 2018 formalmente a los Directores Médicos de las Áreas de Salud incluidas en la tabla 6, la utilización de las plazas en la unidad y actividad designada, según la validación técnica y aprobación de la Junta Directiva. Y recalzó que las plazas para EBAIS nuevos debían atender en un II turno mixto (de lunes a jueves de 4 pm a 9 pm, viernes de 3 pm a 8 pm y sábados de 8 am a 3 pm)”. (el subrayado no es parte del documento original)

De acuerdo con la información suministrada por los Directores de las DRIPSS, 18 áreas de salud disponen de EBAIS vespertinos, existen 32 EBAIS laborando bajo esta modalidad, de estos, en la mayoría de las áreas de salud se ha realizado cambio al horario del ATAP, información que se presenta en el anexo 2.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En relación con los cambios de horario, si bien es cierto esta Auditoría no valoró el cumplimiento de la jornada laboral correspondiente, este es un aspecto que es importante se revise, ya que, considerando la información suministrada, algunos ATAP estarían laborando 44 horas semanales mientras que otros 38.

En la siguiente tabla, se incluye el detalle de la información relativa a los horarios de EBAIS, de los ATAP y la cantidad de visitas domiciliarias programadas a los funcionarios, de las áreas de salud incluidas en la muestra.

Tabla N° 4 Horario de EBAIS, ATAP y cantidad de visitas diarias a realizar áreas de salud: Alajuela Oeste, Aserri, San Rafael de Heredia, Buenos Aires y Pérez Zeledón

Área de Salud	Nombre del EBAIS	Horario del EBAIS	Horario del ATAP	Cantidad de visitas programadas
Alajuela Oeste	<ul style="list-style-type: none">Pacto del Jocote Trinidad	1:00 pm a 9:00 pm	10:00 am a 7:00 pm	7
Aserri	<ul style="list-style-type: none">Póas 2San Juan 12	3:00 pm a 9:00 pm (lunes a jueves) 2:00 pm a 9:00 (viernes) 7:00 am a 2:00 pm (sábados)	7:00 am a 4:00 pm ¹⁴	7 a 8 ¹⁵
San Rafael de Heredia	<ul style="list-style-type: none">La Suiza	10:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 4:00 pm	7
Buenos Aires	<ul style="list-style-type: none">Centro SurVeracruz	4:00 pm a 10:00 pm (lunes a jueves) 3:00 pm a 9:00 pm (viernes) 7:00 am a 3:00 pm (sábados)	1:00 pm a 7:30 pm (lunes a viernes) 7:00 am a 12:30 (sábados)	5
Pérez Zeledón	<ul style="list-style-type: none">Daniel Flores NorteVilla Ligia CVilla Ligia D	4:00 pm a 10:00 pm (lunes a jueves) 3:00 pm a 9:00 pm (viernes) 7:00 am a 3:00 pm (sábados)	1:00 pm a 7:30 pm (lunes a viernes) 7:00 am a 12:30 (sábados)	4 ¹⁶

Fuente: elaboración propia con información suministrada por la Jefatura de Enfermería de las áreas de salud.

Sobre el particular, la jefatura de Enfermería del área de Salud Aserri informó a esta Auditoría que el horario de los ATAP asignados a los EBAIS vespertinos, hasta enero del 2024 fue de 3:00 pm a 9 pm de lunes a jueves, viernes de 2:00 pm a 9:00 pm y los sábados de 7:00 am a 2:00 pm y que se debía realizar el pago de tiempo extraordinario para llevar a cabo la supervisión. Indicó además, que en febrero de 2024 se autorizó el cambio de horario de 7:00 am a 4:00 pm. En este sentido, se aportó el oficio DRISSC-DM-ENF-0030-2024 del 26 de enero de 2024, suscrito por el Dr. Albert Méndez Vega, Director de la DRIPSS Central Sur, dirigido al entonces Gerente Médico, Dr. Wilburg Díaz Cruz, y a la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, en ese momento Directora de Proyección de Servicios de Salud, en lo que interesa el oficio cita lo siguiente:

¹⁴ El cambio de horario fue aprobado en mayo del 2024.

¹⁵ En la programación de actividades de los ATAP correspondiente al período 2023 y 2024 se mencionan 9 visitas por día, sin embargo, la Jefatura de Enfermería indicó que se realizan entre 7 y 8.

¹⁶ La Jefatura de Enfermería informó que realizan de 2 a 5 por día y que localmente se estableció que realizaran un mínimo 4 visitas efectivas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

“(...) en los últimos años algunas Áreas de Salud se les ha otorgado EBAIS nuevos bajo la modalidad de jornada vespertina los cuales ha permitido reducir la brecha poblacional y brinda una oportunidad de atención, esto implica la entrega del equipo completo de Recurso Humano que incluye plaza de funcionario asistente técnico de atención primaria (ATAPs), considerando el desarrollo de las tareas y actividades que son delegadas por el profesional de enfermería y la jornada vespertina donde se ubicó esta plaza, solicitamos se avale realizar modificación del horario tomando en cuenta el tipo de actividades que debe realizar y la peligrosidad en desarrollar visitas domiciliarias después de las 5 pm. Considerando esto se podría generar un horario que abarque unas horas de vespertino y los sábados en horas de la mañana que facilitaría el abordaje ese día de diferentes actividades vinculadas a su perfil.

Siendo así que solicitamos que se avale modificar esa jornada a los funcionarios ATAPs ya ubicados en ese rol y a los próximos nombrados según se vayan otorgando las nuevas sedes.”

Se aportó, además, el oficio GM-6477-2024 del 20 de mayo de 2024, documento suscrito por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, en ese momento Gerente Médico a.i. dirigido al Dr. Albert Méndez Vega, Director de la DRIPSS Central Sur, mediante el cual se brinda respuesta al oficio DRIPSSCS-DM-ENF-0030-2024; el mismo se refiere al criterio emitido por la Dirección Administración y Gestión de Personal (oficio GA-DAGP-0646-2024), y en lo que interesa indica lo siguiente:

“(...) Queda claro lo señalado en las conclusiones hechas por la unidad técnica, en cuanto a que las jefaturas pueden variar los horarios y/o jornadas de los trabajadores, en el tanto se apeguen a las jornadas máximas establecidas, asimismo el cambio debe obedecer a necesidades institucionales y el acto debe ser debidamente motivado acreditando la verdadera necesidad de tal medida.”

Sobre el cambio de horario realizado en el área de salud Buenos Aires, la Dra. Jeimmy Soto Alvarez Jefatura de Enfermería, informó lo siguiente:

“(...) Este horario ha sido modificado debido a cambio de directrices principalmente por vacunación, por lo que no se tiene un patrón regular para definir el cumplimiento de lo programado por estos EBAIS recién abiertos y que han tenido varias dificultades para poder funcionar de forma idónea.”

Por su parte la Dra. Dacia Isela Granados Jiménez jefatura de Enfermería del área de salud Pérez Zeledón se indicó lo siguiente:

“(...) Realizan de 2 a 5 visitas domiciliarias. Cuántas casas tienen que visitar, según horario, no está establecido, a nivel local se estableció que hiciera mínimo 4 visitas efectivas.

Lo ideal sería que no trabajen en horario vespertino sino el diurno. Nosotros somos de la idea de que lo mejor sería que se modifique el horario, esto por los riesgos de seguridad y accidentes para los funcionarios, además de que las personas en horas tardías les causa desconfianza, otro factor es que, en invierno, que es la mayor parte del año, llueve en las tardes.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Sin embargo, se nos ha informado que el horario no se puede cambiar porque las plazas fueron creadas para horarios específicos; esto ya lo intentó una vez el Director general, por eso lo que se logró es el que se describió antes. El otro tema sería de espacio.”

Esta Auditoría consultó a los Directores de las DRIPSS sobre las ventajas y desventajas identificadas en relación con la disposición de ATAP en horario no ordinario, al respecto como ventaja se menciona la visita a personas que no se encuentran en las viviendas en horas del día; por otra parte, las desventajas mencionadas están relacionadas con:

- Los ATAP trabajarían sin supervisión del coordinador del programa.
- El ATAP no puede participar de las actividades educativas y actualizaciones en procesos, las cuales son programadas para horario de 7am a 4pm.
- Incremento en riesgo a la integridad física por “asaltos y balaceras”. No puede hacer visitas después de las 6:00 pm.
- Falta de recurso humano, a algunos funcionarios no les agrada trabajar sábados, prefieren horario administrativo ya que tienen libre sábados y domingo.
- No hay personal administrativo que los pueda auxiliar en caso de fallas mecánicas en la ruta, así como talleres mecánicos cerrados para la reparación del vehículo.
- Poca aceptación en la visita domiciliar de parte de la población, se muestra desconfianza y le molesta que les interrumpan en sus horas de descanso (noche).
- En temporada de invierno o lluviosa, limita realizar y cumplir con las funciones.
- Menor afluencia de usuarios para actividades de vacunación.
- La cantidad de visitas a realizar es variable según la programación que se realice, tiende a ser menor que los ATAP que laboran en jornada administrativa ordinaria.
- Dificulta la planificación de actividades personales y el tiempo de descanso, lo que puede impactar el bienestar general del ATAP.
- Complica la comunicación entre los miembros del equipo de salud. Esto puede llevar a desinformación o falta de continuidad en la atención a los pacientes.
- El temor a la violencia puede llevar a los ATAP a evitar ciertas comunidades o a limitar su horario de trabajo, lo que resulta en una cobertura de salud insuficiente.
- No se coincide con horarios de escuelas, escenario laboral, escenario comunitario.

El detalle de las ventajas y desventajas planteadas por los Directores de las DRIPSS, pueden observarse en el anexo 3 del presente estudio.

Si bien es cierto, la implementación de EBAIS en segundos turnos busca mejorar la cobertura y accesibilidad de servicios de salud a la población, los aspectos evidenciados pueden ser producto de que la efectividad de la estrategia no ha sido evaluada; en lo que concierne a la figura del ATAP, los horarios han sido modificados y se identifican una serie de aspectos que son considerados como desventajas; se podría estar generando una pérdida en lo que respecta al trabajo en equipo que se espera se realice a nivel de los EBAIS.

Es decir, existe el riesgo de que no se estén utilizando los recursos en forma eficiente y eficaz, y que no se esté mejorando la cobertura de la atención primaria que corresponde a los ATAP por medio de la visita domiciliar.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

1.5 Supervisión ejercida a los ATAP

Se determinó que el proceso de supervisión de enfermería que se aplica al desarrollo de labores del personal ATAP requiere fortalecerse, por cuanto no todas las jefaturas de enfermería logran cumplir en forma razonable, con la ejecución de los elementos definidos normativamente para esta actividad, por ejemplo; las supervisiones al proceso de visita domiciliar, elaboración de informes de supervisión, así como en cuanto a la revisión de la programación anual de actividades que efectúa el ATAP.

En relación con la ejecución de las supervisiones directas e indirectas las jefaturas de enfermería, consideradas en el estudio realizan esta actividad con distinta periodicidad, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 5 Frecuencia y tipo de supervisión ejercida a los ATAP en las áreas de salud de Alajuela Oeste, Aserrí, San Rafael de Heredia, Buenos Aires y Pérez Zeledón

Área de Salud	Tipo de Supervisión/Frecuencia	
	Directa	Indirecta
Alajuela Oeste	En el 1° trimestre se supervisó a cada funcionario en forma directa en visita domiciliar y en vacunación	Se realiza en varios escenarios, se valora la calidad del dato en el SIFF y la verificación en comunidad
Aserrí	En Vacunación En Visita domiciliar 1 por semestre a cada funcionario	En Visita domiciliar 1 por semestre a cada funcionario
San Rafael de Heredia	1 vez al año por funcionario	Se realiza cuando se revisan las agendas diarias e informes de los funcionarios.
Buenos Aires	3 supervisiones programadas	1 mensual del cuadro 20 y los cubos para ver la calidad del dato
Pérez Zeledón	1 al mes a cada ATAP	Una al mes a cada ATAP verificación de la visita y calidad de los registros

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por las Jefaturas de Enfermería de las Áreas de Salud

Se puede observar en la tabla anterior, las jefaturas de enfermería implementan las supervisiones con distinta frecuencia, por ejemplo; las directas por trimestre, semestre o cuatrimestre en el caso de las supervisiones indirectas, en forma mensual y semestral.

Por otra parte, en relación con la programación de supervisiones correspondiente al período 2023, no todas las unidades lograron cumplir las metas establecidas por área de salud, se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 6 Supervisiones programadas versus logradas período 2023- Áreas de Salud: Alajuela Oeste, Pérez Zeledón, Buenos Aires, San Rafael y Aserri

ÁREA DE SALUD	2023		
	N° de Supervisiones programadas	N° de Supervisiones ejecutadas	Porcentaje Logrado
Alajuela Oeste	45	77	114%
Buenos Aires	195	118	60%
Pérez Zeledón	480	238	50%
Aserri	54	3	5%
San Rafael	60	66	45%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información incluida en el “Herramienta de control de la supervisión de los profesionales de enfermería y las actividades del ATAP en las Áreas de Salud”, así como informes de atención primaria trimestrales, facilitados por las jefaturas de enfermería.

Se observan en la tabla anterior algunas diferencias en el cálculo del porcentaje logrado para las áreas de salud de Alajuela Oeste y San Rafael de Heredia, ya que lo ejecutado en relación con lo programa no es concordante con las cifras incluidas en los informes y documentación remitida.

Otro aspecto en el que se observaron oportunidades de mejora se relaciona con la supervisión que debe realizarse a la programación anual de actividades del ATAP; ya que se observan algunas inconsistencias como las siguientes:

- Programación de actividades para más de 365 días por funcionario
- Programación de más de 30 días de vacaciones.
- En un mismo establecimiento de salud, la cantidad de días feriados diferentes por funcionario.

El Manual de Supervisión de Enfermería para los Tres Niveles de Atención señala sobre este proceso:

“En los tres niveles de atención, el personal de enfermería debe ser supervisado por quién corresponda. A través de la supervisión, se busca dar acompañamiento al personal a su cargo- unidad- hospital- Área de Salud- Región, en el cual se identificarán las fortalezas y debilidades”

El Manual Descriptivo de Puestos¹⁷ indica en lo referente a la supervisión que recibe el ATAP:

“Trabaja siguiendo instrucciones técnicas y administrativas del profesional en Enfermería, de acuerdo con el perfil ocupacional, a las normas y procedimientos establecidas; en cuanto a métodos y sistemas de trabajo. Su labor es supervisada y evaluada por la jefatura de Enfermería correspondiente, mediante el análisis de los reportes que presenta, la supervisión de la calidad del trabajo realizado y los resultados obtenidos”.

¹⁷ Dirección Administración y Gestión de Personal; Área, Diseño Administración de Puestos y Salarios, Subárea Diseño y Valoración de Puestos, mayo 2021, CCSS.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El Manual de Gestión Atención de la persona, familia y comunidad por el Profesional de Enfermería y el Asistente técnico en Atención Primaria señala en cuanto al proceso de supervisión directa e indirecta:

4.1 Supervisión directa:

El profesional de enfermería de atención primaria en las áreas de salud coordina el trabajo de los ATAP y realiza un acompañamiento en el proceso, como parte de su función administrativa:

Conservando una bitácora del servicio, en un libro de actas formal, registrado anualmente, en el que se monitorearán las incidencias, gestiones propias de la coordinación del servicio, y observaciones relevantes al desempeño de los ATAP a su cargo que le sirvan de insumo para completar el instrumento de supervisión correspondiente al periodo.

(...)

4.2 Supervisión indirecta:

El profesional de enfermería en el nivel local programará una vez al año la aplicación del Instrumento de supervisión técnica del ATAP en el primer nivel de atención a todos los colaboradores de su unidad (...)

El mismo cuerpo normativo señala sobre el informe de supervisión:

4.4 Informe general de supervisión de atención primaria.

El profesional de enfermería de atención primaria en el área de salud, teniendo como insumo las supervisiones directas, indirectas y monitoreos del periodo, realizará un informe general de supervisión anual, utilizando la metodología de análisis FODA (...)

En este informe analizará la situación actual del servicio y con él planificará las acciones de mejora para el siguiente periodo que ejecutará en el área de salud, y será entregado en el último bimestre del año tanto a la Dirección de Enfermería del Área de Salud, y al profesional de enfermería de atención primaria del nivel regional.”

Respecto a las diferencias en la forma de implementar los tipos de supervisión, algunos criterios de las jefaturas de enfermería consideradas en este estudio son:

“(...) En cuanto a la frecuencia, se trata de hacer una supervisión directa y una indirecta por funcionario por semestre. Sin embargo, no siempre es posible por la cantidad de funcionarios asignados. Además, tengo a cargo el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (...)”

(...) Este año estamos trabajando en establecer un plan de supervisión más formal, pero está en proceso, con este podríamos mejorar este aspecto de consulta. Lo que sí se hace, es ir analizando resultados, situaciones y tomando decisiones, tanto operativas como administrativas (...)”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

Así mismo, en el caso de los informes de supervisión, que son elaborados con distinta frecuencia o no se realizan por diversas razones, algunas jefaturas ¹⁸de enfermería incluidas en el estudio indicaron:

(...) Se elabora un informe de toda la labor realizada en atención primaria por trimestre. Sin embargo, en 2023 por recargo de funciones no se llevó por trimestre en la totalidad, lo que se si realizó trimestralmente fue el plan de trabajo (...)

(...) No contamos con un informe como tal (...)

(...) No se tienen informes de supervisión efectuados por el nivel local, o algún tipo de informe de rendición de cuentas. Lo que se tiene son los informes de supervisión que son realizados por la Supervisora Regional (...)

En este sentido, en revisión efectuada a herramientas e informes de supervisión regional que fueron aplicados en 2023, se transcriben algunas recomendaciones dirigidas a las distintas jefaturas de enfermería consideradas en el estudio:

- El coordinador de APS ¹⁹ debe ejecutar un informe de supervisiones realizadas con sus respectivos resultados, áreas críticas relacionadas al cumplimiento de metas.
- Limitación en el Cumplimiento de la Instrucción de trabajo para la supervisión del programa de visita domiciliar mediante la herramienta informática: SIFF y cubos prediseñados. GM-DDSS-ARDT-ENF 04-04-2022.
- Cumplimiento de Plan de Supervisión de la mano con la Herramienta y el envío correspondiente de manera trimestral a esta Supervisión Regional de Enfermería.
- Reordenamiento de funciones para supervisión del personal ATAP.

Al respecto de las actividades de supervisión, se obtuvo las consideraciones de los Directores de las DRIPSS que indicaron en lo que interesa lo siguiente:

(..) Se requiere contar con más profesionales de enfermería en el programa ya que la demanda de los usuarios y la complejidad de los procesos – requiere abordar oportunamente las situaciones que acontecen en los escenarios que abarca el programa, sumado a la supervisión de los funcionarios ATAPs, informes y análisis a generar entre otros aspectos (...). DRIPSSCS

(...) existen áreas de salud que no cuentan con la figura del profesional de enfermería Coordinador de Atención Primaria, por lo que la posibilidad de realizar actividades de supervisión y seguimiento y control de producción del ATAP no se puede realizar de manera oportuna y eficiente (...) DRIPSSCH

Aunado a lo anterior la Coordinación Nacional de Enfermería ha señalado en oficio ARSDT-ENF-0299-2024 24 de abril 2024, punto 1.1.3 *Personal profesional de enfermería no visualizado en la brecha*, lo siguiente: “

(...) El otro aspecto que no se toma en cuenta en el análisis de brecha que realiza el proyecto de fortalecimiento en su informe, es la necesidad de crecer en el recurso humano de profesionales de enfermería en el PNA, como gestores del cuidado de la persona, familia y comunidad (...)”.

¹⁸ Jefaturas de enfermería Área de Salud Alajuela Oeste, Pérez Zeledón, San Rafael de Heredia.

¹⁹ APS: Atención Primaria de la Salud



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En el citado oficio se adiciona que, según el documento “Hoja de Ruta de Enfermería en el Primer Nivel de Atención”, julio 2023²⁰, una dotación adecuada de profesionales de enfermería en las áreas de salud permitiría que dicho profesional pueda *“enfocarse en actividades de análisis, planificación, supervisión, control y evaluación del servicio, propias de su perfil y realizar una supervisión y evaluación del desempeño oportuno del equipo de enfermería y la supervisión técnica de los ATAP en sus EBAS”*.

Respecto a las causas determinadas por las jefaturas de enfermería de las unidades consideradas en el estudio se indica que, si bien es cierto realizaron una programación y/o cronograma de supervisión, existen circunstancias que interfieren en la ejecución de este proceso, tales como el recargo de funciones administrativas y en ocasiones del programa PAI, la no disponibilidad de transporte para efectuar el acompañamiento presencial todas las veces que se requiere, la cantidad de funcionarios asignados, y la falta de recurso humano profesional de enfermería para desarrollar este proceso adecuadamente según se planificó.

Aunado a lo anterior, es importante considerar que las actividades de supervisión podrían verse afectadas porque algunas jefaturas de enfermería utilizan la normativa emitida en el 2022, otras la del 2023 o ambas, lo que deriva en la percepción de que no hay claridad respecto a este punto, como se describe en las siguientes manifestaciones:

“(…) Se aplica la versión de lo establecido en el 2023. Pero utilizamos los instrumentos establecidos en el oficio GM-4771-2022. En relación con el manual actual, no se prevé como se va a completar el instrumento de supervisión, porque es muy largo, amplio y en un solo formulario (…)

(…) Actualmente se utiliza el instrumento de supervisión que se había definido en el 2022 pero también se trata de cumplir con lo establecido en el manual del 2023 (…)”.

Lo descrito implica un desequilibrio en las actividades administrativas y las técnicas, por cuanto se afecta el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, así como; la toma de decisiones, el monitoreo oportuno, la detección de riesgos, los planes correctivos para cada funcionario y las estrategias de seguimiento, a la labor del personal ATAP en las diferentes actividades y procesos de atención que realizan.

Con el ejercicio de supervisión se busca propiciar tanto el alcance de resultados, como la calidad en el proceso de atención. Si se ha planteado como una debilidad, que la formación educativa actual del personal ATAP podría estar siendo afectada en términos de conocimientos, habilidades, e intervenciones en salud efectivas, el acompañamiento y la fiscalización de dichas actividades tienen un peso relevante.

1.6 Riesgos Laborales de los ATAP

Se determinaron oportunidades de mejora a nivel de las áreas de salud, en cuanto a las acciones a implementar para la gestión de los riesgos laborales identificados de los ATAP²¹, ya que, considerando la información suministrada por la Jefaturas de Enfermería de las Áreas de Salud, así como lo informado por los funcionarios, se evidenció que las acciones que se están ejecutando a este nivel no son del todo consecuentes con las establecidas en la norma.

²⁰ Propuesta CCSS, Mesa Técnica Intersectorial de Trabajo (MINSA-CECR-INAMU-MTSS y CCSS).

²¹ El estudio fue elaborado por la Dirección de Bienestar Laboral en el año 2018.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El Manual de Gestión atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención primaria, en el punto 3.1.2 titulado Gestión de Riesgos labores del ATAP, incluye una serie de “riesgos” (por la forma de su redacción sugieren ser recomendaciones), así como las medidas a implementar, a manera de ejemplo se incluyen 2 de los “riesgos” y las acciones establecidas para estos:

Riesgo	Acciones por implementar
<ul style="list-style-type: none">Las jefaturas de enfermería de cada centro propiciarán la implementación de estrategias relacionadas con estilos de vida saludables, además, otras actividades como práctica de ejercicio físico, manejo del estrés, sueño saludable, charlas de nutrición donde se brinden estrategias que faciliten el consumo de meriendas saludables durante las visitas domiciliarias, ingesta de agua, entre otros.	<ul style="list-style-type: none">Que las jefaturas de enfermería de cada centro elaboren un plan educativo, con sesiones mensuales de mínimo 2 horas, en donde los ATAP reciban a lo largo del programa los contenidos indicados para esta línea de actuación y las demás que requieran capacitación, mediante modalidades innovadoras, sea mediante sesiones presenciales facilitadas por el profesional de enfermería, o por profesionales o técnicos de otras disciplinas de la unidad o externos, (Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Trabajadores sociales, Educadores Físicos, Odontólogos), o bien mediante métodos alternativos como información escrita o digital, dejando evidencia de la participación o entrega de las mismas a los funcionarios.Que las Jefaturas de Enfermería, realicen comunicados formales a los ATAP recomendando la ingesta de agua, llevando al campo una botella que puede ser rellenada en las viviendas que visita y además promover llevar consigo al campo meriendas saludables (proporcionar ejemplos de conformación), permitiendo que en sus desplazamientos puedan tomarse el tiempo estipulado por la normativa de relaciones laborales vigente, para que puedan hacer su respectiva ingesta.Que la Dirección Médica del establecimiento una vez que reciba el plan realizado por la jefatura de enfermería, solicite formalmente a las disciplinas existentes en la unidad facilitar el apoyo requerido para desarrollar los contenidos educativos del plan.
<ul style="list-style-type: none">La Coordinación Nacional de Enfermería y la Dirección de Enfermería de cada área de trabajo, proveerá al personal ocupacionalmente expuesto a estrés térmico, de las condiciones óptimas tal como lo dicta el Decreto N° 39147 S-TSS “Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor”, del Consejo de Salud Ocupacional. Dicho decreto menciona cinco aspectos básicos: Hidratación, Sombra, Elementos de Protección Personal, Descanso (tiempos en los que la persona trabajadora disminuye su actividad física) y Capacitación (Adaptar temas de capacitación a las	<ul style="list-style-type: none">Instar a las jefaturas inmediatas (directores médicos y de enfermería) de cada área de trabajo para que, provean a la población ocupacionalmente expuesta del equipo de protección requerido en cada caso, tal como lo indica el Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor, el cual establece: “proporcionar sombrero de ala ancha o gorra con cobertor en el cuello y mangas a trabajadores expuestos directamente al sol, usar protector solar”. De igual manera, apegado al artículo 64 de la Normativa de Relaciones Laborales: “Educar a la población trabajadora sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado del equipo de protección personal”.Que la Jefatura de Enfermería en la unidad implemente los controles requeridos para que:<ul style="list-style-type: none">Se mantenga un inventario de los insumos señalados, actualizado al menos con periodicidad trimestral, de la disponibilidad y estado de los accesorios de cada uno de los ATAP: sombrero de ala ancha o gorra con cobertor en el cuello y mangas con protección solar.Se gestione el presupuesto y proceso de compra de los accesorios indicados, incluyendo contingencias por deterioro o pérdida debidamente documentadas.Se supervise el uso efectivo y adecuado de los accesorios por los funcionarios ATAP cuando estén en el campo.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Riesgo	Acciones por implementar
<i>condiciones específicas del lugar de trabajo).</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>Se levante un acta firmada por el supervisor y el funcionario cuando estos no desean usar los accesorios, archivándola en el expediente del funcionario e informando lo correspondiente al médico de AIT para efectos del historial clínico y de exposiciones.</i>- <i>Se gestione con el médico de AIT de la unidad, la prescripción del protector solar disponible en la unidad, y de acuerdo con la exposición individual de cada funcionario establecida por el médico de AIT durante la entrevista, establecer las cantidades, grado de protección y periodicidad de la aplicación.</i>- <i>En los casos que el funcionario manifieste algún efecto adverso debido al producto prescrito, este deberá consultar con el médico de AIT y notificar el evento correspondiente a Farmacia según los mecanismos establecidos. Si la farmacia del establecimiento no puede proveerle de otro producto, la jefatura de enfermería gestionará la solicitud de compra del protector solar a la administración, procediendo con la misma si esta es aprobada por esa instancia.</i>- <i>La jefatura de enfermería incluirá en el plan educativo para el ATAP, al menos una sesión de capacitación y sensibilización sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado del equipo de protección personal y prevención de problemas de salud asociados al estrés térmico. Esta capacitación debe ser impartida por el coordinador local de salud ocupacional o el médico de AIT.</i>- <i>En coordinación con la Dirección Médica, y la jefatura de enfermería, el coordinador local de salud ocupacional, el médico de AIT, se conforme un equipo técnico que analice el mapeo de lugares de descanso donde el ATAP que ha salido al campo, pueda tomar un descanso de 30 minutos durante su jornada, según las localidades que visita. Este tiempo no será el mismo requerido para alimentación. En casos excepcionales valorados por el profesional de enfermería, se le permitirá al ATAP al regresar al establecimiento, realizar un cambio de ropa con una conformación similar a la del uniforme (en cuanto a color y tipo de prenda), cuando por motivos de inclemencias del tiempo u otros factores asociados a la labor, su uniforme se ha ensuciado, sudado excesivamente, mojado con la lluvia u otras posibles razones que ameriten un cambio.</i>

Se realizó consulta a las jefaturas de Enfermería de las áreas de salud *incluidas* en la muestra en relación con las acciones desarrolladas para la administración de los riesgos a los que se encuentran expuestos los ATAP, al respecto se informó:

La Dra. Damaris Vargas Delgado, Área de Salud Alajuela Oeste indicó lo siguiente:

“Hay todo un documento. Se tiene un plan de educación continua anual, se solicita un chequeo anual, se les provee de bloqueador solar, gorras, mangas, entre otras cosas.

La educación continua incluye temas técnicos (enfermedades crónicas, medicamentos, lactancia materna, técnica aséptica médica, entre otros) y temas dirigidos hacia la prevención de lesiones u otros riesgos como manejo del estrés, exposición térmica a los que los ATAPS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

están expuestos. También a nivel local tenemos una herramienta en donde están identificados los lugares de riesgo social y delincuencia para organizarles las visitas.”

La Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado, Área de Salud Aserrí indicó lo siguiente:

“Básicamente se hacen coordinaciones por ejemplo con la fuerza pública, un documento como tal o un plan no tenemos, si hacemos acciones de acuerdo a la planificación de visitas programadas. En el caso de implementos se entregan gorras, mangas, paraguas, en este momento se están adquiriendo mangas de buena calidad, así como bolsos ergonómicos también se les brinda, en general se les da todo lo que necesitan. En el tema de bloqueador solar cuesta, porque el de la caja es muy amargo, “enchila”, entonces no lo usan, pero se trata siempre de que haya y lo usen, pero en realidad cada quién maneja su bloqueador, ellos lo compran, solo hay un funcionario que no le gusta ponerse, pero constantemente se le realiza el recordatorio del uso del mismo.”

La Dra. Lizbeth Patricia Granados Camacho, Área de Salud San Rafael de Heredia indicó:

“Se procura enviarlos en pareja por la situación de la inseguridad, en las visitas ellos han encontrado situaciones de violencia y venta de drogas. La Dra. Granados refiere que se está gestionando la compra de repelente, bolsos más ergonómicos, así como sombrillas y capas. Para la campaña de sarampión y rubeola se les entregaron mangas y gorras.”

El Dr. José Antonio Bonilla García, Área de Salud de Buenos Aires indicó:

“De acuerdo con los riesgos físicos, se les compra equipos, mangas, gorras, cascos, guantes, paraguas, capas, protector solar se despacha de aquí. Además, tienen una revisión anual médica para cada funcionario. También se ha programado una sesión de ejercicio el día de la reunión administrativa que coordina el área de Enfermería en la que participan los ATAP.

Otro aspecto, es que hay lugares que son territorios indígenas (propiedades que son de los indígenas y los venden a no indígenas, pero luego, los vuelven a tomar creando los asentamientos) y este tipo de indígena es un poco conflictivos por lo que en tema de visitas el ATAP debe ir acompañado o se hacen las estrategias de “barrido”.

La Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Área de Salud Pérez Zeledón:

“Se hace la evaluación de riesgos y se hace el seguimiento. Los accidentes son un riesgo que se ha materializado, porque se trasladan en motocicleta y hay caídas; se les habla en reuniones sobre la ergonomía, prevención de accidentes, charlas con el COSEVI, uso de bloqueador y protección solar.

En el diagnóstico de educación en servicio también se incluye capacitación. También se han dado accidentes relacionados con el encapuchado de las agujas, entonces se refuerza la técnica. Se han dado algunas charlas como acciones preventivas, se han dado charlas sobre pausas activas.

Hemos identificado otros riesgos programáticos (estos están relacionados con los procesos de vacunas).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Se vela por que tengan casco, mangas, gorras, sombrillas, capa para esto se presupuesta. Se les asigna el tiempo para ir a las citas de control médico.

Se dan los insumos y se capacita. Ya si no lo utilizan, es un tema de los propios funcionarios”.

Se consultó a un total de 20 ATAP de las áreas de salud mencionadas sobre las instrucciones e implementos recibidos por parte de las autoridades del centro de salud, 6 funcionarios manifestaron que no les han dado instrucciones o que éstas han sido pocas. Los restantes hicieron referencia a la entrega de insumos como mangas, gorras, protector solar o que les han indicado que deben valorar los riesgos que existen en las comunidades. Se indicó además por parte de los ATAP, que en algunos casos dependiendo de la zona, las visitas se realizan en pareja, o que no se ingresa a comunidades de riesgo. En el anexo 4 se incluye el detalle de las respuestas brindadas por los ATAP.

Entre los aspectos que podrían estar favoreciendo las oportunidades de mejora en relación con la gestión de los riesgos laborales de los ATAP, se puede indicar una falta de planificación y monitoreo por parte de funcionarios a nivel local²² y regional quienes de acuerdo con lo establecido en la norma les corresponde el desarrollo de las acciones establecidas en el Manual de Gestión atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención primaria.

Si bien es cierto todos los funcionarios están expuestos a riesgos laborales, los ATAP por la naturaleza de sus funciones, tienen una propensión mayor a una serie de riesgos. Precisamente, existe de acuerdo con la información suministrada por la Coordinación Nacional de Enfermería, aproximadamente un 12% del total de funcionarios con adaptación al puesto, es decir que no realiza visita domiciliar, y de acuerdo con lo informado por el Área de Bienestar Laboral estos funcionarios presentan principalmente lesiones musco-esqueléticas.

Los ATAP desarrollan una función trascendental en el ejercicio de la Atención Primaria de la salud, por lo que no disponer de ellos puede limitar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. DESARROLLO DE ACCIONES EN OTROS ESCENARIOS

Se determina que son limitadas las actividades que se desarrollan por parte de los ATAP en escenarios distintos al domiciliario; en este sentido, el instrumento definido para la programación de labores de estos funcionarios establece actividades como trabajo en los escenarios: comunitario, educativo y laboral, no obstante, la cantidad de tiempo programado para estos es reducido.

En el Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, se refiere a la atención en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES) en los términos siguientes:

“(...) es la prestación de servicios extramuros que permite el abordaje de la población en diferentes momentos y espacios. Lo anterior, implica que el personal de salud debe desplazarse a los escenarios donde se encuentran las personas, donde residen, estudian, conviven y trabajan, constituyéndose en la característica principal de este componente.

²² Según lo establecido en el Manual de Gestión atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención primaria, en el nivel local el equipo de trabajo debe ser designado por la Dirección Médica y está integrado por la Jefatura de Enfermería de la unidad, el profesional encargado de Salud Ocupacional y el Médico de atención integral al trabajador. Y en nivel regional la supervisión estaría a cargo de un equipo integrado por el Supervisor Regional de Enfermería, Coordinador Regional ATAP y Supervisor Regional de Salud Ocupacional.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El objetivo general de la Atención en EFES es la prestación de intervenciones de salud con enfoque poblacional, con énfasis en la educación para la salud, el fomento de entornos saludables y la disminución de los factores de riesgo.

Incorpora de forma activa la participación de las personas como responsables de su salud, mediante el fortalecimiento de factores protectores. Para el éxito de la prestación de servicios en EFES, esta participación es prioritaria, por ser un medio que ayuda a las personas a definir sus necesidades y búsqueda de estrategias para satisfacerlas, lo cual facilita la implementación de acciones que aseguren su aceptación, participación y responsabilidad (...).”

Por otra parte, el Manual de Gestión atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención primaria, se refiere a las actividades establecidas para el desarrollo de los Programas de Atención, en las que el ATAP tiene participaciones como actor individual o como integrante del EBAIS. Este marco normativo también señala que para la programación del tiempo contratado de cada ATAP se deben considerar las siguientes actividades:

“(…) • *Visita efectiva Presencial.*

- *Atención efectiva remota con medios alternativos.*
- *Visita seguimiento Presencial.*
- *Atención de seguimiento remota (Medios alternativos).*
- *Trabajo en escenario comunitario.*
- *Trabajo en escenario educativo.*
- *Trabajo en escenario laboral (empresas)*
- *Trabajo en actividades en el establecimiento de salud (...).”*

Esta Auditoría realizó una revisión a la programación de actividades establecida para los ATAP²³ de las áreas de salud incluidas en la muestra para el período 2023 y 2024, se determinó que, no todas programaron acciones para los escenarios laboral y comunitario. El detalle se muestra en la tabla siguiente:

Tabla N° 7 Promedio de días programados a los ATAP por tipo de actividad Áreas de Salud: Alajuela Oeste, Aserrí, San Rafael de Heredia, Buenos Aires y Pérez Zeledón, periodos 2023 y 2024

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ALAJUELA OESTE		ASERRÍ		SAN RAFAEL		BUENOS AIRES		PÉREZ ZELEDÓN	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Visita efectiva Presencial	163	109	173	166	187	77	81	105	97	100
Visita efectiva remota (Medios alternativos)	0	8	0	0	124	17	0	0	0	0
Visita seguimiento Presencial	0	27	4	0	0	32	118	36	64	32
Visita seguimiento remota (Medios alternativos)	0	2	0	0	0	13	0	0	0	0
Trabajo en escenario comunitario	0	0	27	45	6	2	0	9	84	55
Trabajo en escenario educativo	13	12	24	24	96	30	6	4	2	4

²³ En relación el 2023 se revisó la programación de 107 ATAP y con el 2024 104.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ALAJUELA OESTE		ASERRÍ		SAN RAFAEL		BUENOS AIRES		PÉREZ ZELEDÓN	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Trabajo en escenario laboral (empresas)	0	0	0	0	2	2	0	2	0	1
Trabajo en actividades en el establecimiento de salud	17	50	0	0	0	30	1	51	11	8
Reunión o sesión de trabajo con EBAIS	0	0	0	5	0	0	0	0	1	2
Reunión interna del equipo Enfermería ATAP	9	11	5	0	4	0	6	9	9	18
Otra reunión en establecimiento salud (Comisiones)	0	0	0	0	10	0	0	1	0	0
Revisión Técnica Vehicular	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0
Permisos o licencias	0	1	0	0	2	12	0	0	0	2
Feriatos nacionales o locales	10	9	10	0	10	10	8	9	11	9
Vacaciones	26	20	23	29	24	22	21	27	23	24
Otras	22	12	3	0	0	14	7	13	40	14

Fuente: elaboración propia con información incluida en el Instrumento de Programación aportado por las Jefaturas de Enfermería de los establecimientos de salud.

Como se puede observar en la tabla anterior, la mayor cantidad de días del año se programa para la visita domiciliar y el escenario educativo ocupa el segundo puesto; siendo el escenario laboral el que tiene la menor cantidad de días asignados.

Sobre la ejecución de actividades en otros escenarios que no sea el domiciliar, las jefaturas de Enfermería de las áreas de salud indicaron lo siguiente:

“(...) Si en el escenario escolar, en el laboral no solamente se revisan algunos esquemas en la Municipalidad o algunos comercios; y también se visitan sitios de larga estancia.”²⁴

“(...) Los ATAP si realizan actividades en otros escenarios, como en el educativo, el comunal (se realizan barridos y búsqueda de casos, como sarampión y dengue). También se desarrollan acciones en el escenario laboral y se hacen visitas a centros de restauración que se localizan en la zona para vacunación o búsqueda de sintomáticos respiratorios”.

“(...) En el escenario escolar brindan el acompañamiento, también en el laboral porque buscan a las personas, vacunación en empresas como las piñeras, también hay un escenario comunitario con la población migrante en el mes de octubre cuando se realiza la recolección de café.”²⁵

“(...) Si, en el escenario escolar que es donde más participan y este año se están haciendo actividades en el escenario laboral.”²⁶

²⁴ Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado, Área de Salud de Aserrí.

²⁵ Dr. José Antonio Bonilla García, Área de Salud Buenos Aires.

²⁶ Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Área de Salud Pérez Zeledón.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La producción registrada para el período 2023 en relación con las actividades realizadas por los ATAP en otros escenarios, evidencia que la vacunación en el establecimiento de salud y a nivel comunitario son las actividades que registran las mayores cifras, al respecto, se incluye como anexo 5 el detalle y cantidad de actividades por escenario.

Esta Auditoría le consultó a los Directores de las DRIPSS, sobre las acciones que se pueden realizar para mejorar la cobertura de la visita domiciliar, así como la labor en otros escenarios, algunos de los aspectos planteados en este sentido fueron los siguientes:

“(…) -Deben realizarse estudios más profundos que permitan determinar si el modelo de atención vigente es suficiente en cuanto a la cantidad de personal ATAP asignado por sector, dado que desde la perspectiva regional no es posible cumplir todos los objetivos del año con un único ATAP por sector con todas las tareas que este debe cumplir y que se suman a través del año.

- Debe dotarse a las unidades de los códigos de personal ATAP que se encuentra en reubicación o readaptación, dado que a la fecha el personal se readapta o reubica y el sector (EBAIS) queda sin este recurso y no está definido un mecanismo para dotar del recurso bajo estas circunstancias.”²⁷

“(…) - Se requiere de forma URGENTE contar con los dispositivos móviles y la conectividad adecuada para agilizar el desarrollo de las tareas.

-Estudio de peligrosidad de los sectores para identificar otras alternativas de abordaje. (...)

-Apoyo y gestión de las municipalidades y/o instituciones responsables de la aprobación de nuevas construcciones en la comunidad (construcción de torres- condominios- otros), que no permiten el acceso de los funcionarios profesionales de enfermería y ATAPs que limitan o impiden el acceso para la visita domiciliar y otros procesos como seguimiento de eventos epidemiológicos. Se requieren acciones de las autoridades desde el Ministerio de Salud y CCSS para lograr mejorar este aspecto.”²⁸

“(…) Que el CENDEISS retome la formación de ATAP, que el Nivel Central revisé o coordine con CONESUP el plan de estudios de las universidades privadas, algunos son 400 horas, modalidad virtual y sin prácticas. Cuando llegan a los centros de salud se debe invertir de 6 a 8 meses para formarlos y dejarlos solo en un EBAIS, recargando esta labor al nivel local y retrasando las visitas domiciliarias.”²⁹

Dentro de los aspectos que pueden estar contribuyendo en el desarrollo limitado de acciones en otros escenarios, se tiene la cantidad de recurso humano con perfil de ATAP en relación con el tamaño de la población, así como el hecho de que lo que se mide a nivel institucional en relación con la labor de los ATAP son las visitas domiciliarias. En este sentido, estadísticamente se registra en el Cuadro N° 20 “Informe Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP)” lo que se realiza en otros escenarios, pero estas actividades, no son parte de alguno de los componentes del Expediente Digital Único en Salud. Sobre el particular en el oficio ARSĐT-ENF-0299-2024, del 24 de abril de 2024, la Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefatura de la Coordinación Nacional de Enfermería informó a esta Auditoría sobre gestiones realizadas para el diseño de un módulo anexo al SIFF que permita el registro de actividades realizadas en otros escenarios.

²⁷ Oficio DRSS-DRIPSSCN-2838-2024, del 06 de agosto 2024.

²⁸ Oficio DRIPSSCS-DM-SIA-0062-2024, del 15 de julio 2024.

²⁹ Oficio DRSS-DRIPSSHN-1600-2024, del 18 de julio 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Este Despacho solicitó a la Gerencia Médica, mediante el oficio AI-0972-2024 del 20 de junio de 2024, información sobre el avance logrado para incorporar en el EDUS el registro de las actividades que se realizan en los escenarios distintos al domiciliario. Por medio del oficio GM-11001-2024 del 29 de julio de 2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico remitió la nota GM-DDSS-0404-2024, del 24 de julio de 2024, suscrita por la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Directora a.i de Desarrollo de Servicios de Salud, quien en relación con el tema informó lo siguiente:

“(...) La Coordinación Nacional de Enfermería en informes anteriores (ARSDT-ENF-0299-2024) solicitados para este proyecto de auditoría, ha informado sobre los oficios en los que se solicitó al EDUS el requerimiento de un módulo anexo al SIFF para este fin el cual se encuentra en desarrollo y que es desde esa dependencia que debe informarse sobre el estado de avance. En tanto, al menos para los datos de producción, se ha trabajado con el Área de Estadística, para un módulo web en SIAES, que permita integrar el reporte de actividades en otros escenarios que realizan los ATAP.”

La ejecución limitada de actividades por parte de los ATAP en escenarios distintos al domiciliario no contribuye a lograr intervenciones de salud con enfoque poblacional, así como el acercamiento de los servicios de salud a la población que no acude a los establecimientos de la institución, situación que es contraria al propósito de la Atención Primaria de la Salud.

Si bien es cierto las Normas de Atención Integral establecen que el trabajo en EFES corresponde a los Equipos de Apoyo y EBAIS de las áreas de salud; el ATAP desempeña un rol significativo al tener mayor cercanía que el resto del EBAIS y conocimiento de las comunidades a su cargo. De ahí que una mayor participación del ATAP en otros escenarios como sería el laboral podría contribuir a fortalecer el desarrollo de la atención primaria, considerando que la estrategia de la visita domiciliario ha tenido una disminución notable a través del tiempo.

3. SOBRE EL USO DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE FICHA FAMILIAR (SIFF) MÓVIL

Se determinó la existencia de oportunidades de mejora en relación con la gestión gerencial realizada de dispositivos móviles (Tablet) para registrar la información referente a la visita domiciliario en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF). Esto por cuanto desde el año 2021 el Proyecto EDUS (actualmente denominado Componente de Innovación y Salud Digital) alertó sobre aspectos relativos a la sostenibilidad del SIFF Móvil; no obstante, durante el 2023 se venció el contrato de conectividad y a la fecha no todas las áreas de salud han logrado restaurar la utilización de la herramienta durante la visita domiciliario.

Al respecto, es importante mencionar que la Ley General de Control Interno establece la responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados de velar por el adecuado desarrollo de la actividad u órgano bajo su cargo, (artículo 12, inciso a).

Asimismo, las Normas de Control Interno para el Sector Público, consignan en el Capítulo V, punto 5.1, lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales (...)”



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Adicionalmente, ese mismo marco normativo, establece en el Capítulo V, punto 5.8, la necesidad de disponer de los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación.

En relación con este tema, esta Auditoría por medio del oficio AD-ASALUD-0005-2024 del 29 de enero de 2024, advirtió a la Gerencia Médica acerca de la sostenibilidad y continuidad del Sistema de Ficha Familiar en su versión móvil, al respecto, se plantearon las siguientes consideraciones:

“(...) Así las cosas, esta Auditoría Interna informa sobre las posibles afectaciones que derivarían al no disponer del Sistema de Ficha Familiar en su versión móvil en línea:

1. Incremento en los Costos Operativos de la CCSS: Según la documentación del plan contingencial para hacer frente a la falta de disponibilidad del SIFF Móvil, los ATAP deben coleccionar y registrar información de forma manual, para que posterior a sus visitas los colaboradores se presenten en las sedes de EBAIS a digitar dicha información al Sistema de Ficha Familiar, lo cual genera un reproceso y por ende incrementa los costos operativos.

2. Detrimento en la integridad y calidad de los datos ingresados al SIFF: Al realizar la recolección de los datos mediante formularios manuales, existe la posibilidad de generar errores en la digitación de estos, asimismo, la georreferenciación carecería de exactitud en términos de las coordenadas (Latitud y Longitud) para acceder a la ubicación de los hogares visitados.

3. Disponibilidad de información para los análisis institucionales: Ante la existencia de eventuales reprocesos y de posibles datos inexactos; la información almacenada en los repositorios del SIFF podría carecer de la calidad necesaria para los informes, propiciar estrategias e incluso tomar decisiones respecto a casos puntuales, lo cual afectaría la oportunidad de estos estudios y por ende en la definición de acciones puntuales para la prestación de servicios de salud a la población.

4. Impacto Social: Como se ha mencionado los registros del Sistema de Ficha Familiar son accedidos por otras instituciones públicas, mismas que en el ejercicio de sus competencias requieren de esos datos para determinar ayudas sociales, entre otros aspectos. En ese sentido, lo advertido en el presente documento podría generar un impacto negativo a las actividades de dichas instituciones públicas, con especial afectación en las poblaciones más vulnerables del país”.

En respuesta al citado oficio de advertencia el Dr. Wilburg Díaz Cruz, en ese entonces Gerente Médico a.i., remitió a este despacho el oficio GM-3585-2024 del 12 de marzo de 2024, informando que trasladó el documento, al Subgerente de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, Ing. Robert Picado Mora así como, a la Comisión Técnica Compra Tablet SIFF móvil que tiene como coordinador al Dr. Gabriel Ugalde Rojas, para su debida atención, comunicando a su vez lo informado por la citada comisión, entre lo que interesa se menciona:

“(...)2. Que, en respuesta a gestiones realizadas entre la Coordinación Nacional de Enfermería con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación para realizar pruebas de conectividad mediante MIFI a los dispositivos existentes en la red de servicios para el uso del SIFF móvil, que resultaron exitosas, se informa a la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación mediante oficio DDSSARSDT-0171-2024/ARSDT-ENF-0156-



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

2024, el diagnóstico de necesidades de conectividad SIFF móvil al 4 de diciembre 2023, donde se detallan los 1046 funcionarios que no tienen conexión. (...)

- En cuanto a conectividad y software, se informa que se realizó sesión de pruebas de conectividad con MIFIS en las tabletas con las que cuentan los ATAP actualmente (marca Lenovo), a cargo del Ing. Jorge Luis Herrera Vega, Jefe Sub Área de soporte a comunicaciones Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, y se comprobó funcionamiento sin problemas para SIFF móvil y SIVA, pendiente emisión de criterio de dicha dirección (Robert Picado) a la Gerencia Médica, indicando viabilidad de la alternativa.

- Se dará seguimiento a la conectividad vía MIFIS para poder levantar en funcionamiento del SIFF móvil con los dispositivos que aún quedan funcionales que son poco más de mil, se facilita oficio DDSS-ARSDT-0171- 2024 en donde se detallan las cantidades por área de salud.

- Se advierte de la necesidad de que desde Gerencia Médica se realice un análisis de sostenibilidad y administración de proyecto SIFF móvil, una vez resuelta la solución integral para retornar a la operación, bajo el esquema de madurez de salud digital post implantación EDUS”.

Esta Auditoría solicitó a la Gerencia Médica por medio del oficio AI-0972-2024 del 20 de junio 2024, informar sobre el seguimiento realizado en relación con la disponibilidad de MiFis en las áreas de salud, cuántas gestionaron este tipo de conectividad y cuántas no lo hicieron.

Sobre el particular, por medio del oficio GM-11001-2024 del 29 de julio de 2024, el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Gerente Médico, remitió el oficio GM-CGI-0155-2024 del 15 de julio de 2024, suscrito por el MSc. Esteban Zúñiga Chacón, Jefe de Centro Gestión Informática de esa Gerencia Médica, que señala en lo que interesa lo siguiente:

“(...) el proceso citado, sobre lo indicado por la Auditoría Interna en su oficio AI-0972-2024 se había desestimado por parte de la Comisión Técnica que lideró el Doctor Gabriel Ugalde Rojas una vez se conoció respuesta del ente rector DTIC, a inicios de este año, con la indicación que un año más la CCSS no dispondría del Convenio Marco TIC CCSS; así que las unidades y proyectos impactados debían tomar las provisiones. Se adjuntan los antecedentes para su verificación, de la decisión colegiada y razonada.

Tales como GG-DTIC-1939-2024 de 22 de marzo 2024, en respuesta a GM-1881-2024; mediante los cuales se evidencia las coordinaciones de esta Gerencia Médica para que las unidades accedieran vía Mesa de Servicios a los elementos de la solución integral citada (...)

Por lo anterior, se instruyó por parte de la Gerencia Médica a todas las unidades locales (Área de Salud) los lineamientos y especificaciones técnicas para comprar: tabletas, con relación a conectividad y licenciamiento software in tune se realizó la coordinación correspondiente con las instancias encargadas de nivel central o áreas en DTIC especializadas. Esto por medio de la Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud según oficio GM-3621-2024 de fecha 11 de marzo 2024 dirigido a la Doctora Karla Solano Durán, con la instrucción de bajar el TDI-GM-0033-2024 de fecha 22 de marzo 2024.

Se encomendó a la DRSS encargarse del seguimiento y asesoría administrativa a las unidades adscritas”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinnccss@ccss.sa.cr

Se menciona además en el oficio GM-11001-2024, en relación con el tema consultado lo siguiente:

“Asimismo, mediante el oficio GM-DRSS-0416-2024, de fecha 29 de mayo de 2024, (copia en su poder), suscrito por la Dra. Karla Solano Durán, Directora, Dirección de Red de Servicios de Salud, se solicitó, conocer el estado actual de gestión por parte de cada Dirección de Red Integrada y de sus unidades adscritas, en cuanto a la solicitud y adquisición de los accesorios de conectividad inalámbrica – MiFis ante el Área de Comunicaciones y Redes Informáticas (ACRI) de la instancia rectora DTIC, por lo que en cuanto se disponga de la información solicitada se estará comunicando a esa Auditoría.”

Esta Auditoría realizó consulta a los Directores de las Direcciones de Redes Integradas de la Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS) respecto a la situación actual de la región en relación con el uso de dispositivos móviles, así como la conectividad para el desarrollo de la visita domiciliar. En la siguiente tabla se resume la información de las regiones en las que se brindaron cifras:

Tabla N° 8 Cantidad de ATAP que utilizan Tablet con conectividad para realizar la visita domiciliar a julio 2024

DRIPSS	Cantidad ATAP realiza visita domiciliar	Tablet funcionando con conectividad	Otros datos
Central Norte	284	263	Lo informado corresponde a 26 áreas de salud; se dispone de 135 MiFis. Se desprende de la información suministrada, la existencia de 11 áreas de salud que no tienen MiFi, así como unidades en las que existen menos Tablet disponibles que la cantidad de funcionarios que realizan la visita domiciliar.
Brunca	No se indicó	142	Se hace mención que existen zonas fronterizas en las que no cuenta con señal del ICE.
Chorotega	167	135	Se dispone de 185 plazas de ATAP. Existen 28 Tablet sin conexión.
Huetar Norte	No se indicó	10 ^(*)	Se mencionan 6 áreas de salud que no están usando Tablet por su estado. Y que en algunas zonas el MiFi no es funcional.

(*) Cifra del Área de Salud de Aguas Zarcas, se indica además que faltan 4 Tablet.

Fuente: elaboración propia, oficios: DRSS-DRIPSSCN-2838-2024, DRSS-DRIPSSB-1937-2024, DRIPSSCH-0766-2024 y DRSS-DRIPSSHN-1600-2024.

La tabla anterior, evidencia que no todas las áreas de salud están haciendo uso del SIFF móvil para la realizar la visita domiciliar. Sobre el particular es importante hacer referencia a lo informado por el Dr. Albert Francisco Méndez Vega, Director de la DRIPSS Central mediante el oficio DRIPSSCS-DM-SIA-0062-2024 del 15 de julio 2024, quien indicó lo siguiente:

“(…) Los dispositivos móviles existentes ya cumplieron su vida útil en su mayoría (lentitud en cargar y descargar información), que implica dificultades para poder desarrollar su trabajo, esto implicó que desde el nivel central y la participación desde enfermería regional el diseño de una ficha provisional física para recopilar información durante el proceso de visita domiciliar y luego registrarla en la página web de SIFF.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

-NO se cuenta con conectividad – la misma no se cuenta desde el año 2023 por finalización del contrato con el ICE, aspecto que dificulta el proceso de verificar y registrar la información desde SIFF.

-Se han desarrollado varias acciones desde el nivel central para la búsqueda de alternativas de conectividad – donde se instruyó la posibilidad de adquirir MIFIs para facilitar este proceso con los dispositivos que aun logran funcionar, el cual ha sido lento el proceso para su adquisición.

Sumado a esto en el año 2023, se indicó que se realizaría la compra de nuevos dispositivos (Tablet) y cambiar la totalidad de estos en las unidades y proveer a las 6 áreas de salud por contrato (...), sin embargo, se comunica por parte de la gerencia y dirección de red según oficio GM-DRSS-0416-2024 del 29 de mayo de 2024, la cual indica que se coordine con las unidades la adquisición de las Tablet o esperar hasta año 2025 compra marco, ya que no se realizará en este 2024. Situación que lamentamos ya que es evidente que a esta fecha las unidades en su mayoría se les dificulta la adquisición de estas por problemas presupuestarios, generando problemas de seguimiento al programa en forma presencial en lo referente a visita domiciliar, vacunación y georeferenciación que aún está pendiente y requiere revisión ante los procesos de sectorización efectuados.

Es así como es una limitante importante el NO contar con estos dispositivos y la conectividad, que es un tema sensible en el programa. Se ha trabajado este tema con la coordinación nacional de Enfermería que hemos hecho esfuerzos los cuales NO han dado sus frutos...”.

Se consultó además mediante entrevista a los Directores Médicos de las Áreas de Salud incluidas en la muestra, sobre las instrucciones emitidas desde el nivel central en relación con el uso de los dispositivos móviles para la visita domiciliar, al respecto es importante hacer referencia a lo planteado por el Director de Área de Salud de Aserrí, Dr. Luis Eduardo Saborío Díaz, quien manifestó lo siguiente:

“Se había planteado que a nivel central se iban a comprar tabletas, ahora llegó una información esta semana, en donde se indica que la compra va a ser a nivel local, las reglas cambiaron. En cuanto a las especificaciones técnicas para la compra parece que si hay pero no se disponen en este momento. Esta es la información más reciente, pero si es importante decir que se afecta la información, los datos no llegan en tiempo real, afectan los esquemas de vacunación. Para el llenado del SIFF tampoco es funcional, tienen que estar “pasando” información, sincronizando para el vaciamiento.

Por otra parte, preocupa que la compra sea a nivel local por el tema de la planificación y por el presupuesto, porque hay que buscar la asignación desde el año anterior, tienen que realizarse estos trámites con antelación, las tabletas no pueden ser “cualquier tableta” tienen ciertos requerimientos operativos, hay que colocarles un chip y además considerar el tema de la conectividad por aparte también, cada unidad la debe gestionar. Se necesita claridad del nivel central en cuanto a los requerimientos técnicos. La DRIPSS pidió por su parte un avance de las gestiones”.

Por otra parte, el Dr. Arturo Borbón Marks, Director del Área de Salud de Perez Zeledón indicó:

“Hasta donde recuerdo, en resumen, cada unidad debía gestionar como resolver el problema. Estuvimos viendo cuanto nos costaba poner un chip a las Tablet, pero nos salía muy caro



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

y máximo que las tabletas que teníamos ya están viejas. La opción entonces fue usar la ficha de forma documental.

Estamos valorando comprar de Tablet, porque las que tenemos son viejas. Luego tendríamos que ver como resolvemos lo relacionado con la conectividad”.

Esta Auditoría consultó a las Jefaturas de Enfermería de las áreas de salud visitadas, sobre el uso del formulario de contingencia (ficha familiar en forma física, establecido en la normativa que debe utilizarse cuando no se disponga de los dispositivos móviles, y que posteriormente debe ingresarse la información en el SIFF) así como la programación de tiempo a los funcionarios para la inclusión de las visitas en el SIFF; sobre el particular estas jefaturas manifestaron lo siguiente:

Dra. Damaris Vargas Delgado, Área de Salud de Alajuela Oeste:

“Desde junio del año 2023 que se venció el contrato se perdió la conectividad; y aunque se instruyó utilizar los dispositivos móviles precargando la información antes de salir a las visitas, esta forma de trabajo no fue tan efectiva debido a que el trabajo fuera de línea no siempre permitía hacer el vaciamiento de los datos. Por esa razón se está utilizando el formulario de contingencia de ficha familiar.

En cuanto al tiempo para la inclusión de la información, se tiene instruido que se realicen 7 visitas y que se regresen a la sede a incluir la información en el sistema. En algún momento ha existido algún tipo de rezago y se ha suspendido un día de visitas para completar la información. El nivel regional ha instruido que la semana tiene que cerrarse al día”.

La Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado Jefatura de Enfermería a.i. del Área de Aserri indicó lo siguiente:

“Las Tablet no se han dejado de utilizar. Lo que se hace es elaborar paquetes en la computadora de escritorio los cuales son descargados en las Tablet, una vez que se llega del campo luego de la visita se conectan las Tablet al MIFI y WIFI y se sincroniza la información para que la información se refleje en la ficha. En los censos si se utiliza la ficha de contingencia. Y además se dispone de algunos MIFI. Ya se gestionó la compra de chip para las Tablet.

Solamente cuando definitivamente se tienen muchos censos se otorga un día para que digiten. En promedio se realizan de 7 a 8 visitas diarias.

El Dr. José Antonio Bonilla García, Jefe de Enfermería a.i del Área de Salud de Buenos Aires, manifestó:

“En 2023 los ATAP cargaban los paquetes y llevaban los formularios en papel y luego se pasaba la información. Hace 2 semanas nos entregaron las tabletas viejas con un chip, y las estamos utilizando. Es decir, en este momento estamos con el chip, sin embargo es lento porque las Tablet son viejas. Se hizo solicitud de compra de Tablet a la dirección regional.

En las tardes se les asignaba el tiempo para el vaciamiento, que está en la agenda diaria por lo que no hay rezago en la transcripción de la información porque tienen que ir al día”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La Dra. Dacia Isela Granados Jiménez, Directora de Enfermería del Área de Salud de Pérez Zeledón indicó:

“Las Tablet se dejaron de usar en julio del 2023, cuando finalizó el contrato institucional de conectividad. Los 43 funcionarios no tienen Tablet asignada es decir una Tablet para cada uno, hay 41 Tablet que si funcionan. Como no se tiene la conectividad, estamos esperando que vengan los MIFIS, ya hicimos el trámite.

Desde el 2023 hasta la fecha se utiliza el formulario de contingencia y se custodian.

Sí, se les programa el tiempo para que digiten, porque todos tienen computadora de escritorio.

No se tiene rezagos en el registro en SIFF web (...).”

La Dra. Lizbeth Patricia Granados, Jefatura de Enfermería del Área de Salud de San Rafael de Heredia indicó lo siguiente:

“Los dispositivos móviles no se utilizan en esta área de salud desde aproximadamente el primer trimestre del año 2023. La visita domiciliar es realizada por los ATAP utilizando el formulario de contingencia establecido por la Coordinación Nacional de Enfermería.

En cuanto a la programación de tiempo para que los ATAP incluyan la información en el SIFF, sí se tiene previsto. Los funcionarios van a visita y luego deben incluir la información en el sistema; en este sentido en algunos momentos se les ha programado 3 días por semana para visita y los 2 restantes para la inclusión de la información en el sistema. En algún momento se dio algún rezago en la inclusión de la información al sistema, sin embargo, se ha tratado de que la misma se logre incluir antes de que finalice el mes en el que se realizó la visita.

La Dra. Ríos indicó que los ATAP tienen algunos problemas con la inclusión de información en el sistema debido a que los equipos que tienen son muy viejos y lentos, se logró el cambio de 2 computadores y se está considerando en la planificación del próximo año la inclusión de 10 computadoras.

En relación con las Tablet para la visita domiciliar, las mismas se encuentran en buenas condiciones, pero no tienen conectividad para que puedan ser utilizadas en las visitas”.

Si bien es cierto se generó un lineamiento en el año 2024 en relación con el tema de la conectividad y compra de Tablet para el SIFF móvil; este se emitió un año después de que finalizara el contrato de conectividad, para que las unidades realizaran la adquisición de MiFis y Tablet con presupuesto local. Sin embargo, no se evidencia el control, seguimiento y apoyo de los niveles superiores en relación con las situaciones de las diferentes áreas de salud, aspecto que puede haber contribuido con la situación evidenciada.

La falta de conectividad y uso del SIFF móvil, puede generar información estadística errónea, ya sea por errores en la carga de los datos cuando se realiza la visita con Tablet sin conexión, o por la inclusión de datos inexactos durante la digitación. Puede afectar la cantidad de visitas que realizan los ATAP, ya que, de acuerdo con lo establecido en la normativa, cuando se utilice el formulario de contingencia, debe programarse el tiempo para la inclusión de la información en el Sistema, además el transporte de fichas físicas al campo no contribuye a disminuir el peso del maletín de los ATAP.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Lo descrito limita además el acceso en el campo a otros sistemas de información que son necesarios para la labor de los ATAP, como lo es el sistema que registra las vacunas aplicadas a la población.

4. SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA VISITA DOMICILIAR EJECUTADA POR LOS ATAP

Desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, el personal ATAP y los Directores de las DRIPSS, existen oportunidades de mejora en el desarrollo de la visita domiciliar. Estos aspectos están relacionados con la calidad de la visita, el uso de la información, distribución de tareas, dotación de insumo y condiciones laborales, gestión interna de procedimientos y capacitación del personal ATAP, el detalle se incluye en la Tabla N° 9.

Ley 8239 Deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados y sus reglamentos señalan en el artículo 2 sobre los Derechos, puntos c y d:

c. Recibir la información necesaria, y con base en ella, brindar su autorización para que en base a ello se le administre o no un determinado procedimiento o tratamiento médico.

d. Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.

El Manual Descriptivo de Puestos, Nombre de la clase: Asistente Técnico de Atención Primaria Código de la clase: 001316 señala como la naturaleza del trabajo:

“Ejecución de labores de prevención y asistencia, programadas e incidentales prioritarias de promoción en atención primaria de salud a nivel domiciliario, comunitaria, EBASIS (en todas las zonas del país rurales, urbanas, periurbanas y marginales)”.

La misma norma indica como parte de sus tareas:

- Ejecutar labores técnicas básicas de asistencia, promoción, prevención y orientación, en diversos campos y Áreas de Salud.
- Realizar visitas domiciliarias programadas con la jefatura de Enfermería correspondiente, de acuerdo con su sector de trabajo.
- Detectar, referir y proporcionar atención directa, a diversos grupos de personas, de acuerdo con las necesidades y normas establecidas.
- Brindar primeros auxilios básicos, en caso de accidentes, enfermedades desastre natural, de acuerdo con las normas establecidas
- Le corresponde además realizar el llenado y actualización de la Ficha Familiar, promover la participación comunitaria, participar en campañas extraordinarias de vacunación, la entrega y supervisión de tratamientos para tuberculosis, enfermedad de Hansen, así como antiparasitarios.

Según el Marco Conceptual Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud la figura del ATAP tiene un rol esencial en la atención primaria de la salud : *“(...) La visita domiciliar se constituye en la principal estrategia de atención primaria, que permite al Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) observar, describir y detectar los eventos o situaciones -presentes en la comunidad- relacionadas con la salud y que, a su vez, son un valioso insumo para el enfoque de riesgos (...)”*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Esta Auditoría consultó a 73 usuarios de las áreas de salud consideradas en el estudio, sobre las oportunidades de mejora en la visita domiciliar que efectúa el ATAP, e indicaron en la generalidad:

- Que se aumente la frecuencia de las visitas a domicilio, porque son muy aisladas.
- Que se conozca más sobre el trabajo que realizan los ATAP.
- Que eduquen más durante la visita sobre temas de salud.
- Que revisen bien a las personas, que les tomen la presión arterial.
- Que les brinden medios de transporte a los ATAP, porque hay distancias son muy largas y en algunos casos los caminos malos.

En cuanto a lo señalado por el personal ATAP y los directores de las DRIPSS sobre las oportunidades de mejora en la labor que realizan se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 9 Oportunidades de mejora relacionadas con la labor de los ATAP identificadas por éstos los Directores las DRIPSS, julio 2024

Perspectiva	Oportunidad de mejora relacionada con:						
	Calidad de la visita	Uso de la información	Distribución de tareas	Dotación de insumos / condiciones laborales	Gestión interna	Capacitación	Riesgos
Personal ATAP	-Disponer de mayor tiempo para efectuar las visitas domiciliarias	-Mejor uso de la información obtenida. -Mejorar la comunicación con el médico, que no se pierda el trabajo.	-No hay un estudio que realmente indique cuántas visitas se deben realizar. -Que se asigne el trabajo en forma más equitativa	-Apoyo en la tecnología (conectividad para las tabletas, equipos nuevos) -Mejorar las condiciones de trabajo en los EBAIS (motocicletas, insumos, termos muy grandes y pesados, aires acondicionados, lugares adecuados para resguardar las motos) -Dotar de medios de transporte adecuados para ingresar a zonas de difícil acceso, montañosas. -Permitir la compra de bloqueador solar, (el institucional ocasiona molestias en la cara)	-Mejorar coordinación con el personal de REMES para el otorgamiento de citas solicitadas por el ATAP	-Mejorar la capacitación (primeros auxilios, enfermedades crónicas etc.)	-Realizar las visitas en parejas (por alta peligrosidad) -Reconocimiento de la peligrosidad y el tecnicismo
Directores DRIPSS	-Gestionar la formación de ATAP en el CENDEISSS ya que recurso humano formado en centros privados, tiene debilidades importantes en su formación		-Redistribución del recurso humano ATAP y sus funciones, priorizar la visita domiciliar en zonas de mayor riesgo. -Cambio de paradigma (la visita domiciliar efectiva como unidad de medida del trabajo) y ajustar la norma. -Mayor presencia en la	-Provisión de recursos adecuados y reparación de motocicletas, por ejemplo)	-Dotación de plazas. -Posicionar el programa por parte de la Gerencia Médica socializar – informar a la comunidad la importancia. -Reforzar la figura del profesional de Enfermería Coordinador de AP para actividades	-Reforzar la capacitación continua en la metodología de planificación y programación de visitas. -Fortalecer el componente actitudinal (trabajo en equipo, atención al cliente, el valor del servicio, calidad de la	



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Perspectiva	Oportunidad de mejora relacionada con:						
	Calidad de la visita	Uso de la información	Distribución de tareas	Dotación de insumos / condiciones laborales	Gestión interna	Capacitación	Riesgos
			comunidad, participación en prevención y más promoción de la salud.		de supervisión, seguimiento, capacitación y control oportuno.	atención, entre otros).	

Fuente: Elaboración propia, datos suministrados por las direcciones de red y el personal ATAP

Como se observa en la tabla anterior las oportunidades de mejora principales se agruparon en 7 perspectivas, de las cuales en 5 de ellas coinciden el personal ATAP y los directores de red de la institución, a saber; calidad de la visita, distribución de tareas, dotación de insumos / condiciones laborales, gestión interna y capacitación

Dentro de los comentarios más relevantes se identifican dotación de plazas, gestionar la formación de ATAP en el CENDEISS mayor tiempo para efectuar las visitas domiciliarias, mejor uso de la información obtenida, priorizar la visita domiciliar en zonas de mayor riesgo, provisión de recursos en forma adecuada para el personal ATAP, posicionamiento del programa de visita domiciliar, reforzar la capacitación continua, considerar los factores de riesgo a los que se enfrentan los ATAP entre otros.

En consulta realizada a la Coordinación Nacional de Enfermería sobre las funciones que realiza el personal ATAP según el Manual de Puestos y el Manual Técnico, y si se han establecido funciones nuevas o diferentes para la ejecución del trabajo de los Asistentes Técnicos, mediante el oficio ARSDT-ENF-0299-2024 24 de abril 2024 se indicó:

(...) Cada año se requiere al ATAP para actividades en el escenario domiciliar que requieren de visitas domiciliarias de seguimiento, debido a que las acciones a desarrollar ameritan el contacto con un importante número de viviendas en un tiempo reducido, y no son suficientes para clasificarlas como una visita efectiva. En los últimos 9 años se puede identificar entre las más relevantes:

(...) Vacunación extraordinaria contra COVID-19 con dedicación exclusiva a esa tarea durante 2 años, recuperación de esquemas de vacunación rezagados posterior a la Pandemia, atención a brotes de enfermedades vectoriales entre ellas, Dengue, Zika y Chincungunya, implementación de estrategias intensivas de actualización de registros en SIFF, encuestas de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

Algunas actividades han sido excluidas del escenario domiciliar, sin embargo continúan siendo parte de su perfil funcional en otros escenarios, entre ellas están las medidas antropométricas de peso y talla en niños, según lo especifica el Manual de procedimientos atención integral al niño I nivel.

Actualmente se encuentra en análisis con Farmacoepidemiología, una circular que revise los medicamentos autorizados para uso del ATAP que no están incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos pero que en la operativa regular son distribuidos por estos funcionarios, ejemplo de ellos los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, enfermedad de Hansen y Malaria, sin embargo, esta se encuentra en versión borrador en este momento (...).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Diferentes causas o elementos propician estas oportunidades de mejora, de acuerdo con lo indicado, afecta la dotación de plazas, debilidades en la formación y capacitación del personal ATAP, y la redistribución de tareas, que termina interfiriendo en las programaciones anuales.

Aunado a lo anterior, se puede considerar que la reincorporación de la visita domiciliar presencial, el trabajo participativo continuo en las diferentes campañas de vacunación y las diferencias en la dotación de recurso humano ATAP según población asignada, podrían afectar el desarrollo eficiente del proceso de la visita domiciliar.

Lo anterior ocasiona que a nivel de la visita domiciliar no se logre el impacto deseado en el cumplimiento efectivo de las metas planteadas para las diferentes poblaciones y que los usuarios no logren identificar o percibir el aporte de este personal en su situación de salud, lo que a su vez conduce a la insatisfacción de los servicios de salud recibidos.

Los aspectos de mejora identificados están interfiriendo en la labor técnica del ATAP, siendo que las comunidades y en general los usuarios del sistema de salud, no están recibiendo esa atención primaria oportuna como originalmente fue establecida.

5. SOBRE PLAZA CON PERFIL DE ATAP EN EL LABORATORIO NACIONAL DE CITOLOGÍAS

Se determinó la existencia de una plaza con perfil de ATAP adscrita al Laboratorio Nacional de Citologías, la misma está siendo utilizada con un perfil distinto, ya que se utiliza para el nombramiento de un guarda.

El uso de plaza con un perfil distinto o "prorrateo", debe ser según la normativa institucional, de uso temporal y de carácter excepcional; en este sentido, la circular GA-9523-12/GF-15723/GM23791-2012, del 23 de mayo 2012, establece las *Disposiciones para el nombramiento de funcionarios en plazas con perfil diferente o prorrateo*, señala lo siguiente:

"(...) Como principios básicos de cumplimiento obligatorio en los procedimientos antes señalados, la ejecución de los prorrateos y uso con perfil diferente, se ajustarán a las siguientes condiciones generales:

- 1. Las tareas desempeñadas por el trabajador serán congruentes con las del puesto en el cual se le está retribuyendo salarialmente, según el Manual Descriptivo de Puestos e Índice Salarial vigente, lo cual debe ser indicado en la acción de personal.*
- 2. Los nombramientos recaerán, prioritariamente, sobre los funcionarios del mismo Servicio o en su defecto del mismo Centro de Trabajo en donde se encuentra ubicada la plaza.*
- 3. Una plaza podrá prorratearse únicamente en un puesto cuyos conceptos salariales estén contenidos dentro del puesto de origen.*

Estas disposiciones se emiten en concordancia con lo establecido por la Junta Directiva en el artículo 5° de la sesión N° 8566, celebrada el 08 de marzo 2012, en el que se aprobó la Política Integral de Recursos Humanos del 2012 (...). Estas disposiciones se emiten en concordancia con lo establecido por la Junta Directiva en el artículo 5° de la sesión N° 8566, celebrada el 08 de marzo 2012, en el que se aprobó la Política Integral de Recursos Humanos del 2012, Empleo, Salarios y Gestión, estableciendo en su numeral 3.2 de las políticas de Empleo (...)."



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La circular GA-27579-13/GM-36818-13/GF-15855-13, del 28 de junio de 2013, referente a *Recordatorio a las disposiciones generales sobre el uso de la figura del prorratio a partir del 01 de julio 2013*, cita lo siguiente:

"(...) Dado que se han recibido consultas por parte de las unidades sobre el nombramiento de trabajadores en plazas objeto de prorratio, se procede a reiterar las siguientes disposiciones en esa materia establecidas en la circular GA-51083-12 | GM-38712 | GF-57346-12 "Inicio fase final del proceso de atención de plazas nombradas con perfil ocupacional diferente".

No procede el prorratio en plazas vacantes a partir del 01 de julio de 2013, con excepción de:

a. Que exista la autorización de la respectiva Gerencia, para aquellos casos, donde se disponga de una justificación debidamente motivada, sobre la imposibilidad del nombramiento en el perfil establecido para la plaza.

b. En aquellos casos que anterior al nombramiento objeto de prorratio, se haya iniciado por parte de la jefatura inmediata, el proceso de reasignación de la plaza.

Para los casos no contemplados en los puntos anteriores se mantiene lo establecido en los puntos 1, 2 y 3 de la circular GA-9523-12, GF-15723-12, GM-23791-12 "Disposiciones para el nombramiento de funcionarios en plazas con perfil diferente o prorratio" del 23 de mayo del 2012."

Por otra parte, la circular DAGP-768-2011, del 1° de junio de 2011, referente a las Disposiciones para nombramiento interino de profesionales y no profesionales en plaza con perfil diferente (prorratio), establece lo siguiente:

"(...) 4. El plazo máximo inicial para efectuar nombramientos en un perfil diferente será de seis meses continuos. Cumplido este plazo, deberá actuarse conforme lo siguiente:

a. Plaza vacante.

Si la plaza ostenta la condición de vacante, deberá ubicarse en ella a una persona que cumpla con los requisitos que se solicitan para el puesto. De lo contrario, deberá iniciarse el estudio de reasignación del puesto, permitiéndose la ampliación del nombramiento en el perfil diferente, en el tanto se concluya el estudio, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la sesión 7885 celebrada por la Junta Directiva de la Institución el 26 de agosto del 2004, dado a conocer mediante la circular DCRH-1101-2004, de fecha 27 de setiembre del 2004, que trata sobre la utilización y reactivación de plazas vacantes.

b. Plaza con propietario.

Cuando la plaza que se utilice corresponda en propiedad a un funcionario, su utilización con un perfil diferente, podrá prorrogarse hasta el regreso del titular a la plaza o la liberación de ésta de forma permanente (pensión, renuncia, propiedad en otra plaza, entre otros motivos).

No obstante, cuando el nombramiento prorratio de estos casos, supere los 6 meses, la continuidad de tal situación, deberá contar con la aprobación de la autoridad superior del Centro de Trabajo."



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El Manual Descriptivo de Puestos, establece que la naturaleza del trabajo del Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) es la siguiente:

“Ejecución de labores de prevención y asistencia, programadas e incidentales prioritarias de promoción en atención primaria de la salud a nivel domiciliario, comunitaria, EBAIS (en todas las zonas del país rurales, urbanas, periurbanas y marginales)”.

Esta Auditoría le consultó por medio del oficio AI-0996-2024 del 24 de junio 2024, al Dr. Rodrigo Álvarez Valverde, Director del Laboratorio Nacional de Citología, el motivo por el cual esa unidad programática dispone de una plaza con perfil de ATAP. Sobre el particular, por medio del oficio DICE-CNC-0103-2024 del 8 de julio de 2024, se informó que, se debe a que en octubre de 1998 se realizó el traslado un funcionario del Ministerio de Salud. En relación con el motivo del traslado se informó lo siguiente:

“(...) Para entender por qué fue trasladada la plaza del funcionario que laboraba en el Ministerio de Salud al laboratorio de Citología debemos hacer referencia a la creación de este, mediante convenio MS/CCSS, para la creación del Laboratorio Nacional de Citologías, acuerdo N° 2, del 13 de mayo de 1998, publicado en el alcance N° 18 de La Gaceta No 98, del 28 de mayo de 1998.

En ese entonces el Ministerio de Salud realizaba tomas y diagnósticos citológicos al igual que existían 16 laboratorios realizando la misma función en la CCSS, estos se encontraban distribuidos en todo el territorio nacional. Mediante el acuerdo, el Ministerio de Salud cesa sus funciones de prestación del servicio de toma y diagnóstico citológico. A su vez, se realiza el traslado de algunos funcionarios al recién creado laboratorio de citología dentro de estos la plaza ocupada por el señor Marvin Aguilar Ocampo con plaza N° 32132, clave 1316.”

En relación con las funciones que realiza el funcionario y la gestión para un cambio de perfil o estudio individual de puestos, el Dr. Álvarez Ramírez, informó lo siguiente:

“(...) El funcionario que ocupaba la plaza N° 32132, clave 1316. Se desempeñó como digitador en el Laboratorio Nacional de Citología, desde su traslado del Ministerio de Salud hasta su pensión el 10 de octubre del 2018. (...)”

Una vez pensionado el funcionario, se realizan las gestiones necesarias para solicitar mediante nota DICE-CNC-0050-2023, la reactivación de la plaza vacante N° 32132. La cual se autoriza por parte de la Licda. Maritza Fernández Cambronero mediante nota GM-3893-2023. Una vez contando con la autorización respectiva, se procede mediante nota DICE-CNC-0124-2023, a realizar la solicitud y justificación del prorrateo de la plaza 32132 a perfil de Guarda. Esto debido a que las instalaciones del Centro Nacional de Citología solo cuentan con dos guardas de planta y es necesario el resguardo de las instalaciones con tres turnos permanentes.”

La utilización de la plaza de ATAP en el Laboratorio Nacional de Citología en funciones distintas a las establecidas para este perfil se debe a que el código presupuestario y funcionario fueron trasladados por el Ministerio de Salud producto de un convenio que data de 1998, para la creación del citado laboratorio. Considerando la información suministrada por el Dr. Rodrigo Álvarez Ramírez, desde que el Ministerio de Salud realizó el traslado de la plaza al Laboratorio Nacional de Citología, el funcionario que se jubiló en el año 2018, no ejerció funciones de ATAP. Y la dirección de esa unidad gestionó la reactivación de la plaza que desde mayo del año 2023, se utiliza con perfil de guarda, debido a que según lo indicado existe la necesidad de brindar seguridad y vigilancia a las instalaciones durante el tercer turno.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La utilización la plaza con perfil diferente por un período superior a los seis meses genera un incumplimiento al marco normativo institucional y no contribuye con una adecuada gestión administrativa del recurso humano, debilita el control, y puede contribuir a la generación de información incompleta para la toma de decisiones en materia de creación de plazas.

6. SOBRE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS OPERATIVOS RELACIONADOS CON LOS ATAP, IDENTIFICADOS POR LAS AREAS DE SALUD OBJETO DE ESTUDIO

A partir de la revisión efectuada a las herramientas establecidas institucionalmente para la valoración de los riesgos operativos, se determina que para el año 2024 las Jefaturas de Enfermería de las áreas de salud incluidas en el presente estudio, identificaron y priorizaron riesgos asociados con los ATAP, los cuales de acuerdo con el Catálogo Institucional de Riesgos están principalmente en las categorías de: Recursos Humanos, Operacional y Tecnologías de Información.

El detalle de los riesgos identificados por las unidades programáticas es el siguiente:

Área de Salud	Categoría del Riesgo	Causa	Consecuencia	Administración/ Estrategia
Alajuela Oeste	RH-02-Recurso humano limitado	<ul style="list-style-type: none">•Ausentismo.•Aplicación del MITH para reclutamiento de personal.	<ul style="list-style-type: none">•No realización de visitas domiciliarias.•No tener personal para sustituciones	<ul style="list-style-type: none">•Contingencial/•Programación y comunicación al personal del rol de vacaciones.•Preventiva-Reducir/•Mantener actualizado el escalafón y registro de elegibles
Aserri	RH-02-Recurso humano limitado	<ul style="list-style-type: none">•Falta de personal y recargo de funciones por parte del personal profesional y no profesional	<ul style="list-style-type: none">•No se logra cumplir con las metas establecidas.•No se logra realizar el total de supervisiones de procesos programadas	Información no disponible
	EX-02-Ausentismo de los usuarios	<ul style="list-style-type: none">•Olvido por parte de los usuarios.•No se obtiene respuesta por parte de usuarios a las llamadas telefónicas.•No se obtiene respuesta por parte de los usuarios en la visita domiciliar	<ul style="list-style-type: none">•No se podrá alcanzar las metas y coberturas requeridas.•No se logra la actualización de datos de los usuarios en los sistemas informáticos.•No se logra realizar las visitas de seguimiento a los pacientes.	Información no disponible
San Rafael de Heredia	RH-02-Recurso humano limitado	<ul style="list-style-type: none">•Escasez de personal calificado.•Alta demanda de servicios.•Restricción presupuestaria (creación de nuevas plazas de atención primaria).	<ul style="list-style-type: none">•Incumplimiento de metas pactadas en PP.•Atención de otras actividades de mayor prioridad por el mismo personal	<ul style="list-style-type: none">•Preventiva-Reducir/ Rol de sustitución por vacaciones, conformar un bolsón de oferentes•Contingencial/ Priorizar con el recurso humano disponible la realización de visitas, aunque sea modalidad remota.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Área de Salud	Categoría del Riesgo	Causa	Consecuencia	Administración/ Estrategia
	OP-03- Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Recargo de funciones. •Controles deficientes 	<ul style="list-style-type: none"> •Calidad deficiente en los registros de la información. •Incumplimiento de las metas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> •Preventiva-Reducir/ Realizar un cronograma de supervisiones al inicio de cada año y tratar de cumplir con lo programado. •Contingencial/ Documentar todas las supervisiones indirectas, directas y registros de manera tal que se cumpla con la meta
Buenos Aires	RH-02-Recurso humano limitado	Plazas insuficientes para nombramiento	<ul style="list-style-type: none"> •Afecta la prestación oportuna en la atención al usuario. •Aumento en el pago de tiempo extraordinario. •Desgaste físico y mental de los funcionarios 	<ul style="list-style-type: none"> •Preventiva-Transferir/Solicitar personal a niveles superiores. •Contingencial/Tiempo extraordinario
	TI-03- Funcionario no tiene acceso a los sistemas informáticos requeridos	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de conectividad. •Robo de cable •Falta de MIFI 	<ul style="list-style-type: none"> •Afectación en la atención oportuna. •No se cuenta con datos reales la hora de la atención. •Descomunicación 	Preventiva-Transferir/Solicitar más equipo como MIFI
	OP-09- Disponibilidad de medio de transporte	No se cuenta con choferes ni carros para giras	<ul style="list-style-type: none"> •Afectación en la atención oportuna. •Usuarios con atenciones muy distantes. •Complicaciones de salud de los usuarios. •No se cumple con PP 	Preventiva-Evitar/Solicitar se respeten los días de giras
Pérez Zeledón	OP-03- Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Recargo de funciones. • Controles deficientes •Falta de análisis •Falta de comunicación •Desactualización de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Incumplimiento de metas. • Deficiencias en la calidad. •Falta de estrategias. •Desconocimiento de los planes de trabajo y acciones de mejora. •Aumento de los riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> •Preventiva-Reducir/Supervisión del cumplimiento de actividades por perfil de puesto. •Preventiva-Reducir/Programación anual de cada funcionario y asignación de responsabilidades. •Preventiva-Reducir/Seguimiento mensual de producción por programa. •Preventiva-Reducir/Sesiones de equipo gerencial para el análisis del cumplimiento de metas y definición de estrategias. •Contingencial/Cambios en la estrategia de trabajo para cumplir los objetivos de la planificación
	TI-01- Interrupción en los sistemas informáticos y de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de equipos. •Fallas en la red local o institucional. •Equipos obsoletos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Interrupción de los procesos de producción. •No cumplimiento de metas. • Errores programáticos 	<ul style="list-style-type: none"> •Contingencial/Utilizar los instrumentos de contingencia para registro físico de datos durante las visitas domiciliarias. •Preventiva- Transferir/ Reporte a los supervisores y enfermera I nivel los fallos en SIFF Móvil.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Área de Salud	Categoría del Riesgo	Causa	Consecuencia	Administración/ Estrategia
				•Preventiva-Reducir/Seguimiento de casos en mesa de servicio.

Fuente: Herramienta de Valoración de Riesgos Operativos año 2024 de las Áreas de Salud incluida en el estudio.

Se determina por lo tanto que existe concordancia en relación con riesgos observados por esta Auditoría en la gestión operativa de los ATAP, por ejemplo, en relación con recurso humano limitado, debilidades en el monitoreo supervisión y control de las actividades, así como en relación con los sistemas informáticos.

Se incluye como anexo 6, la Matriz de Riesgos de Auditoría que detalla los riesgos identificados en el presente estudio.

CONCLUSIÓN

Existe a nivel institucional el interés de fortalecer y mejorar la prestación de los servicios de salud que realiza la CCSS. En este sentido, el *“Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud”*³⁰, señala que la atención en escenarios fuera de los establecimientos de salud (EFES) se constituye en un componente de la prestación de servicios que tiene como objetivo el desarrollo de intervenciones de salud con enfoque poblacional, el énfasis en la educación, fomento de entornos saludables y la disminución de factores de riesgo.

Precisamente, el ATAP, es actualmente el funcionario del primer nivel de atención, que tiene la mayor participación en EFES, ya que le corresponde llevar a cabo la visita domiciliar.

En este sentido, la evaluación de auditoría evidencia que existe la necesidad de revisar, ajustar y mejorar la labor que realizan los ATAP, ya que no se está brindando cobertura a toda la población, se carece de evaluaciones orientadas a valorar si las intervenciones que se realizan por parte de estos funcionarios están generando algún tipo de impacto a nivel de la población; además su participación es limitada en escenarios distintos al domiciliar.

Se determinó también, que actualmente existen algunas estrategias que se han implementado relacionadas con las labores de los ATAP, como es la “atención remota” y los ATAP en EBAIS vespertinos, que requieren ser valoradas, la primera porque podría desvirtuar el propósito de la visita domiciliar y la segunda porque las áreas de salud han tenido que ajustar el horario de los ATAP asignados a EBAIS vespertinos, debido a que se identifican a nivel local una serie de inconvenientes y/o desventajas de disponer de este tipo de funcionarios en un horario diferente al tradicional.

Existen además aspectos pendientes de resolver a nivel Gerencial en relación con los ATAP, como es la identificación de criterios para determinar cuántos ATAP deben existir en cada EBAIS, cómo brindar cobertura a la población cuando se tienen funcionarios que por motivos de salud no realizan la visita domiciliar, así como lo relacionado con el uso del SIFF móvil para la ejecución de la visita domiciliar ya que como se evidenció en el presente estudio, no está siendo utilizado por todas las áreas de salud debido a obsolescencia de los equipos o a la falta de conectividad.

El estudio evidenció, además que, desde la óptica de los usuarios, los ATAP así como los Directores de las DRIPSS existen áreas de mejora en relación con la visita domiciliar en temas como la calidad de

³⁰ Aprobada por la Junta Directiva en el artículo N 4° de la Sesión 9022 celebrada el 14 de marzo 2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

la visita, la capacitación y formación de los ATAP, así como la dotación de los implementos necesarios para el desarrollo de acciones de manera adecuada. Aunado a lo anterior esta Auditoría evidenció la necesidad de fortalecer las actividades de supervisión y control en el desarrollo de las labores del recurso humano ATAP.

Se determinó, además, la existencia de una plaza con perfil de ATAP asignada al Laboratorio Nacional de Citologías que es utilizada en funciones de guarda.

RECOMENDACIONES:

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

1. De conformidad con los hallazgos, 1, 2, y 4 del presente informe, y considerando que el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Médica establece dentro de las funciones a desarrollar: *“Definir metodologías de evaluación de los programas, modalidades e intervenciones, con base en el establecimiento de indicadores de resultados e impacto, con el objetivo de fortalecer y corregir la situación detectada”*; realizar una evaluación orientada a determinar la efectividad y el impacto que se está generando mediante las intervenciones que se efectúan actualmente por parte de los ATAP, con el propósito de llevar a cabo acciones que permitan el fortalecimiento de la atención primaria de la salud que corresponde a la institución.

Es importante que para el desarrollo de este ejercicio, se contemple la participación de las distintas direcciones que conforman esa Gerencia, como son las Direcciones de: Desarrollo de Servicios de Salud, Proyección de Servicios de Salud, Dirección de Red y cualquier otra que se estime pertinente.

Para la acreditación de la recomendación se deberá remitir a la Auditoría Interna la evaluación que se realice, así como la decisión gerencial que se adopte en relación con los resultados obtenidos; en un plazo de 9 meses.

2. En concordancia con lo planteado en el hallazgo 1.2, definir los criterios específicos a utilizar para la posible asignación de más de un ATAP en los EBAIS que así lo requieran, de conformidad con lo establecido en el documento Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 8° de la sesión 9022, que cita: *“(…) Acorde con las necesidades y características de la población, se puede disponer de más de un tipo de funcionario en algunas disciplinas (por ejemplo, más de un ATAP), para lo cual la Institución deberá desarrollar criterios específicos”*.

Así mismo, de acuerdo con las posibilidades financieras de la institución, establecer y desarrollar estrategias para atender de manera paulatina la brecha de recurso humano existente con perfil de ATAP que se identifique.

Para la acreditación de la recomendación, se deberá remitir a la Auditoría Interna, los criterios específicos establecidos para la asignación de más de un ATAP por EBAIS, debidamente aprobados por la Gerencia Médica. De igual forma presentar las estrategias para atender la brecha de recurso humano y las acciones correspondientes. El plazo para la atención de la recomendación es de 9 meses.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

3. Efectuar una valoración respecto a la conveniencia de mantener la modalidad de atención remota como una alternativa de la visita domiciliar, considerando los riesgos señalados en el hallazgo 1.3 del presente informe.

De igual forma, es pertinente considerar en la valoración que se realice, lo concerniente a la asignación de los ATAP en EBASIS con horario vespertino, en virtud de lo evidenciado en el hallazgo 1.4.

Para el cumplimiento de la recomendación, se deberá remitir a la Auditoría Interna, el resultado de las valoraciones efectuadas, así como las decisiones y acciones establecidas al respecto por el nivel gerencial. El plazo para la atención de la recomendación será de 6 meses.

4. Considerando que no todas las áreas de salud están utilizando el SIFF móvil para la ejecución de la visita domiciliar (hallazgo 3 del presente estudio), y la importancia que tiene esta tecnología para el desarrollo de esta actividad, se recomienda llevar a cabo las acciones necesarias para solventar en un plazo perentorio las necesidades existentes, con el propósito de consolidar y mantener el uso permanente del SIFF móvil para la ejecución de la visita domiciliar.

Para el cumplimiento de la recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, un cronograma de las actividades a desarrollar, para promover y mantener en las áreas de salud el SIFF móvil en la ejecución de la visita domiciliar. Plazo de la recomendación 6 meses.

A LA DRA. JESSICA NAVARRO RAMÍREZ, DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

5. Al amparo de lo evidenciado en el hallazgo 1.5, en relación con el proceso de supervisión de los ATAP, se recomienda llevar a cabo sesiones de trabajo con las profesionales de Enfermería responsables a nivel local y regional de ejercer la supervisión, que contribuyan a una mejor aplicación de la normativa establecida, o en su defecto las aclaraciones o ajustes que se estimen pertinentes.

Así como, establecer las acciones para fortalecer el proceso de supervisión en forma continua como mecanismo de control y seguimiento a las diferentes actividades que realiza el personal con perfil de ATAP.

Para la atención de la recomendación se deberá remitir a la Auditoría Interna, evidencia de las sesiones de trabajo, así como las conclusiones obtenidas; e informar de las acciones establecidas a nivel de la Coordinación Nacional de Enfermería, para fortalecer el proceso de supervisión. El plazo para la atención de la recomendación será de 6 meses.

6. En virtud de que la Coordinación Nacional de Enfermería incluye en el Manual de Gestión de la persona, familia y comunidad una serie de acciones relacionadas con la gestión de los riesgos laborales de los ATAP, y que de acuerdo con lo evidenciado en el hallazgo 1.6 del presente informe, las actividades que se están desarrollando a nivel local son limitadas; se recomienda establecer mecanismos de control para garantizar la ejecución de lo establecido en el citado manual.

Para la acreditación del cumplimiento de la recomendación, se deberá remitir a esta Auditoría información y documentación que evidencie los instrumentos y/o acciones implementadas para lograr el cumplimiento de lo establecido. El plazo para la atención de la recomendación es de 6 meses.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

AL DR. RODRIGO ÁLVAREZ RAMÍREZ DIRECTOR DEL LABORATORIO NACIONAL DE CITOLOGÍA, O QUIEN OCUPE SU PUESTO

7. Gestionar las acciones que correspondan de acuerdo con la normativa institucional, para corregir la situación evidenciada en el hallazgo 5 en relación con el uso de la plaza de ATAP en un perfil de guarda, considerando que la figura de prorrateo es de carácter temporal.

Para el cumplimiento de la recomendación se deberá remitir a la Auditoría Interna evidencia de la gestión efectuada para cumplir con lo establecido en el marco normativo, en el plazo de 2 mes.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles³¹ se deberá remitir a esta Auditoría el “cronograma”³² 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, 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 INFORME:

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los resultados del presente informe fueron comentados el 11 de octubre y 15 de octubre 2024 , mediante el oficio de convocatoria N° AI-1627-2024, con los siguientes funcionarios: Dra. María Catalina Saint-Hilarie Arce, Directora de Centros Especializados a.c del Laboratorio Nacional de Citologías, Dra. Jessica Navarro Ramírez directora Desarrollo de Servicios de Salud, Lic. Héctor Armando Hernández Vega, Asistente Ejecutivo de la Gerencia Médica, Dra. María Elena Artavia Mora, Sub directora Coordinación Nacional de Enfermería y la Lcda. Daysi Segura Meneses, Encargada de la gestión de informes de Auditoría de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud del Área de Regulación y Sistematización de Servicios de Salud.

Y por parte de la Auditoría Interna participaron: Lic. Randall Jiménez Saborío, Sub- auditor Interno; Lic. Edgar Avendaño Marchena, Jefe Área Auditoría de Salud; Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas, jefe Subárea Estratégica de Salud; así como Licda. Rosa Ma. Rodríguez Barrantes, Dra. Rebeca Guillén Hidalgo y la Bach. Karina Vargas Quintana, Asistentes de Auditoría.

Las observaciones realizadas están relacionadas con ajustar el plazo de las recomendaciones de acuerdo con el siguiente detalle:

³¹ 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.

³² Requerido en el Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: “Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Recomendación 1: El Lic. Héctor Hernández indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 6 meses a 9 meses

Recomendación 2: El Lic. Héctor Hernández indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 6 meses a 9 meses.

Recomendación 3: El Lic. Héctor Hernández indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 4 meses a 6 meses.

Recomendación 4: El Lic. Héctor Hernández indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 2 meses a 6 meses.

Recomendación 5: La Dra. Jessica Navarro indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 4 meses a 6 meses.

Recomendación 6: La Dra. Jessica Navarro indica estar de acuerdo con la recomendación, y solicita se aumente el plazo de 3 meses a 6 meses.

El Dr. Gabriel Ugalde aclaró que lo incluido en los lineamientos emitidos por la Coordinación Nacional de Enfermería en relación con la gestión de los riesgos laborales fue elaborado por la Dirección de Red y la Dirección de Bienestar Laboral y que se estará realizando un nuevo estudio por parte de la Dirección de Bienestar Laboral.

Recomendación 7: La Dra. María Catalina Saint-Hilarie Arce, manifestó estar de acuerdo con lo planteado en el hallazgo y solicitó que se amplie el plazo para la atención de la recomendación a 2 meses en lugar de 1.

Los cambios en los plazos solicitados por los funcionarios de la Administración activa fueron aceptados por la Auditoría Interna y aplicados en el presente documento.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Dra. Rebeca Guillén Hidalgo
Enfermera Asistente Auditoría

Licda. Rosa María Rodríguez Barrantes
Asistente de Auditoría

Ing. Miguel Angel Salvatierra Rojas
Jefe Subárea

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe Área Auditoría de Salud

OSC/RJS/EAM/MASR/RGH/RMRB/ams



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 1

POBLACIÓN Y CANTIDAD DE EBAIS CONFORMADOS POR ÁREA DE SALUD A DICIEMBRE 2023

Áreas de salud	Población	EBAIS conformados	Habitantes por EBAIS	Áreas de salud	Población	EBAIS conformados	Habitantes por EBAIS
RIPSS CENTRAL NORTE:	1,377,836	286	4,818	10.Parrita	22,013	5	4,403
1.Alajuela Central	72,357	14	5,168	11.Quepos	34,372	7	4,910
2.Alajuela Norte	79,197	16	4,950	12.San Rafael de Puntarenas	10,054	4	2,514
3.Alajuela Oeste	91,831	18	5,102	RIPSS HUETAR NORTE:	303,327	64	4,739
4.Alajuela Sur	85,628	14	6,116	1.Aguas Zarcas	49,445	11	4,495
5.Alfaro Ruiz	17,952	4	4,488	2.Ciudad Quesada	52,127	13	4,010
6.Atenas	30,431	7	4,347	3.Florencia	31,557	7	4,508
7.Barva	46,593	10	4,659	4.Fortuna	42,086	7	6,012
8.Belén-Flores	53,966	9	5,996	5.Guatuso	19,496	4	4,874
9.Carpio-León XIII	46,339	13	3,565	6.Los Chiles	36,029	7	5,147
10.Grecia	80,452	17	4,732	7.Pital	38,123	7	5,446
11.Heredia-Cubujuquí	88,130	19	4,638	8.Santa Rosa	34,465	8	4,308
12.Heredia-Virilla	68,029	15	4,535	RIPSS Brunca:	375,944	78	4,820
13.Horquetas-Río Frío	34,454	7	4,922	1.Buenos Aires	52,450	12	4,371
14.Naranjo	47,048	11	4,277	2.Corredores	56,726	9	6,303
15.Palmares	42,290	7	6,041	3.Coto Brus	45,960	14	3,283
16.Poás	28,027	6	4,671	4.Golfito	44,836	9	4,982
17.Puerto Viejo-Sarapiquí	54,786	11	4,981	5.Osa	30,856	10	3,086
18.San Isidro	24,830	6	4,138	6.Pérez Zeledón	145,116	24	6,047
19.San Pablo	29,789	7	4,256	RIPSS CENTRAL SUR:	1,946,150	414	4,701
20.San Rafael de Heredia	48,737	8	6,092	1.Acosta	16,274	5	3,255
21.San Ramón	79,151	21	3,769	2.Alajuelita	96,060	18	5,337
22.Santa Bárbara	44,556	8	5,570	3.Aserrí	89,907	16	5,619
23.Santo Domingo	40,349	8	5,044	4.Carmen-Montes de Oca	72,684	14	5,192
24.Tibás	57,680	13	4,437	5.Cartago	130,789	25	5,232
25.Tibás-Uruca-Merced	62,438	12	5,203	6.Coronado	110,811	19	5,832
26.Valverde Vega	22,797	5	4,559	7.Corralillo-La Sierra	22,878	6	3,813
RIPSS PACÍFICO CENTRAL:	307,924	72	4,277	8.Curridabat	78,208	15	5,214
1.Barranca	51,394	13	3,953	9.Desamparados 1	55,535	12	4,628
2.Chacarita	31,591	8	3,949	10.Desamparados 2	93,395	23	4,061
3.Chomes-Monteverde	21,449	5	4,290	11.Desamparados 3	70,603	16	4,413
4.Cóbano	10,495	2	5,248	12.El Guarco	70,825	13	5,448
5.Esparza	39,965	9	4,441	13.Escazú	72,190	16	4,512
6.Garabito	30,418	5	6,084	14.Goicoechea 1	46,862	8	5,858
7.Montes de Oro	15,623	4	3,906	15.Goicoechea 2	53,280	10	5,328
8.Orotina-San Mateo	33,087	8	4,136				
9.Paquera	7,464	2	3,732				



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Áreas de salud	Población	EBAIS conformados	Habitantes por EBAIS	Áreas de salud	Población	EBAIS conformados	Habitantes por EBAIS
16. Hatillo	62,444	12	5,204	4. Carrillo	48,506	9	5,390
17. La Unión	40,033	8	5,004	5. Colorado	4,773	2	2,387
18. Los Santos	40,950	9	4,550	6. Hojanca	7,784	2	3,892
19. Mata Redonda-Hospital	34,328	8	4,291	7. Jicaral-Islas	12,926	4	3,232
20. Mora-Palmichal	34,900	7	4,986	8. La Cruz	28,567	7	4,081
21. Moravia	57,220	14	4,087	9. Liberia	80,874	16	5,055
22. Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	59,791	14	4,271	10. Nandayure	11,848	5	2,370
23. Paraíso-Cervantes	71,792	15	4,786	11. Nicoya	58,028	16	3,627
24. Pavas	90,319	25	3,613	12. Santa Cruz	72,983	13	5,614
25. Puriscal-Turubares	43,698	10	4,370	13. Tilarán	22,276	6	3,713
26. San Francisco-San Antonio	35,697	8	4,462	14. Upala	56,236	13	4,326
27. San Juan-San Diego-Concepción	59,612	12	4,968				
28. San Sebastián-Paso Ancho	43,558	11	3,960	RIPSS HUETAR ATLÁNTICA:	472,255	122	3,871
29. Santa Ana	62,094	12	5,175	1. Cariari	72,066	19	3,793
30. Turrialba-Jiménez	92,699	25	3,708	2. Guácimo	53,069	13	4,082
31. Zapote-Catedral	36,712	8	4,589	3. Guápiles	90,418	20	4,521
				4. Limón	80,324	20	4,016
RIPSS CHOROTEGA:	478,789	112	4,275	5. Matina	47,944	12	3,995
1. Abangares	14,947	5	2,989	6. Siquirres	65,806	19	3,463
2. Bagaces	23,597	6	3,933	7. Talamanca	45,721	14	3,266
3. Cañas	35,446	8	4,431	8. Valle La Estrella	16,907	5	3,381

Fuente: Infografía "Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) a diciembre 2023, Publicado en la web máster por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 2

HORARIO DE LOS ATAP EN EBAIS VESPERTINOS POR ÁREA DE SALUD Y REGIÓN, JULIO 2024

DRIPSS	Área de Salud	Horario
Pacífico Central	Barranca	7 am a 4 pm (lunes a jueves) 7 am a 3 pm (viernes)
	Parrita	7 am a 4 pm (lunes a jueves) 7 am a 3 pm (viernes)
Huetar Norte	Aguas Zarcas	10 am a 7 pm (lunes) 11 am a 7 pm (martes a viernes)
	Pital	Horario igual al del resto de personal
Brunca	Golfito	1 pm a 7 pm (lunes a viernes) 7 am a 3 pm (sábado)
	Pérez Zeledón	1 pm a 7:30 pm (lunes a viernes) 7 am a 12:30 (sábados)
	Buenos Aires	1 pm a 7:30 pm (lunes a viernes) 7 am a 12:30 (sábados)
Central Sur	7 Áreas de Salud no se detallan	Se gestionó criterio para cambiar por no ser funcional de 4 pm a 10 pm. Si se labora sábado
Chorotega	Nicoya	Mismo horario del equipo
	Liberia (5 EBAIS)	Horario modificado
	Bagaces	Jornada administrativa ordinaria
	Upala	Jornada administrativa ordinaria
	Carrillo	Mismo horario del equipo
Huetar Atlántica	Se mencionan 11 EBAIS, no se indican las áreas de salud	Horario ordinario excepto en EBAIS Matina 3 que labora de 2 pm a 8 pm (lunes a viernes) y de 8 am a 3 pm sábados
Central Norte	Tibás Uruca Merced	1:30 pm a 7:30 pm (lunes a viernes) 8 am a 4 pm (sábados)
	Grecia (2 EBAIS)	7 am a 4 pm (lunes a jueves) 7 am a 3 pm (viernes)
	Alajuela Oeste	10 am a 7 pm (lunes a jueves) 10 am a 6 pm (viernes)

Fuente: elaboración propia con información suministrada por los Directores de DRIPSS.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 3

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ATAP EN HORARIO VESPERTINO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DIRECTORES DE LAS DRIPSS, JULIO 2024

DRIPSS	Ventajas	Desventajas
Pacífico Central	<ul style="list-style-type: none">Estrategia que ayuda con las coberturas, ya que se puede acceder a casas cerradas por las familias que trabajan y usuario que salen después de las 3 pm.	<ul style="list-style-type: none">Los ATAP trabajarían sin supervisión del coordinador del programa.El personal ATAP no podría participar de las actividades educativas y actualizaciones en procesos, las cuales son programadas para horario de 7am a 4pm.En estas unidades la peligrosidad es muy alta y corren mayor riesgo por asaltos y balaceras
Huetar Norte	<ul style="list-style-type: none">Que la población que labora pueda asistir al vacunatorio, puedan terminar los cordones epidemiológicos o campañas que iniciaron en a.m., logrando captar a usuarios que tienen sus viviendas cerradas por trabajo	<ul style="list-style-type: none">Falta de recurso humano, algunos no les agrada trabajar sábados, refieren horario administrativo tienen 2 días libres sábados y domingo, no así en horario vespertino. Sienten que pierden un 1 día libre, a la vez vacaciones, se les contabilizaban los sábados como parte de su jornada laboral.Posibles robos o exposición a daños de activos o a los funcionarios, por delincuencia, accidentes.Menos compañeros o personal administrativo que los pueda auxiliar en caso de fallas mecánicas en la ruta, así como talleres mecánicos cerrados para su reparación.La población se acuesta temprano, les molesta que los interrumpen, en sus horas de descanso (noche).
Brunca	<ul style="list-style-type: none">Para atender a los usuarios que trabajan.Permite brindar atención los sábados.En campaña de vacunación, estos horarios nos permiten ampliar la cobertura y no realizar gasto de tiempo extraordinario.	<ul style="list-style-type: none">Lo más conveniente desde el punto de vista de las funciones del ATAP es que todos estén en horario diurno.En horario nocturno la población se muestra muy desconfiada.En temporada de invierno o lluviosa, limita realizar y cumplir con las funciones.No puede hacer visitas después de las 6:00 pm. -Hay sectores peligrosos para el ATAP en horario nocturno, al visitar hogares.Aumenta la posibilidad de accidentes de tránsito por ser carreteras muy transitada en las horas de tarde noche.No se cuenta con personal profesional de enfermería para realizar la supervisión en esos horarios.
Central Sur	<ul style="list-style-type: none">Abordaje de eventos epidemiológicos en horas no administrativas, seguimiento de casos, se logra apertura de viviendas en forma presencial y se activa la visita remota.	<ul style="list-style-type: none">Peligrosidad de los sectores que va en aumento
Chorotega	<ul style="list-style-type: none">Cuando el horario de los ATAP si es el mismo que del equipo del EBAIS vespertino, ofrece algunas ventajas como lograr realizar visitas a viviendas donde los propietarios trabajan durante el día, acceso a los centros educativos nocturnos, donde se puede considerar población cautiva para actividades de prevención y atención en vacunación a población en riesgo.	<ul style="list-style-type: none">Por temas de transporte, horarios hábiles en los diferentes escenarios de atención, mayor afluencia de usuarios para vacunación y mejor aceptación en las viviendas para las visitas domiciliarias, es más conveniente en horario ordinario. -Peligrosidad (seguridad ciudadana), no tienen supervisión del profesional de Enfermería después de la 4pm, poca aceptación en la visita domiciliar por el horario y menor afluencia de usuarios para actividades de vacunación.La cantidad de visitas a realizar es variable según la programación que se realice o la posibilidad de ajustar el horario laboral en relación con las horas de trabajo de campo, tiende a ser menor que los ATAP que laboran en jornada administrativa ordinaria.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

DRIPSS	Ventajas	Desventajas
Huetar Atlántica	<ul style="list-style-type: none">Atención integral y seguimiento a los pacientes en horarios que se adaptan a sus necesidades	<ul style="list-style-type: none">Carga de trabajo significativamente mayor, que puede llevar a la fatiga y al agotamiento.La falta de un horario regular puede dificultar la planificación de actividades personales y el tiempo de descanso, lo que puede impactar su bienestar general.Complica la comunicación entre los miembros del equipo de salud. Esto puede llevar a desinformación o falta de continuidad en la atención a los pacientes.El temor a la violencia puede llevar a los ATAP a evitar ciertas comunidades o a limitar su horario de trabajo, lo que resulta en una cobertura de salud insuficiente.Los ATAP que trabajan en horarios vespertinos están más expuestos a situaciones de riesgo.
Central Norte	<ul style="list-style-type: none">Alternativa para captar población en la visita domiciliar en otros horarios.	<ul style="list-style-type: none">No coincide con horarios de escuelas, escenario laboral, escenario comunitario.Desconfianza de la población al recibir funcionarios públicos en horarios no ordinarios.Peligrosidad para el personal ATAP en horarios no tradicionales y nocturnos.No hay personal profesional de enfermería en horarios no tradicionales que puedan supervisar el trabajo del personal ATAP de forma directa.

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por medio de los oficios: DRSS-DRIPSSPC-1393-2024, DRSS-DRIPSSHN-1600-2024, DRSS-DRIPSSB-1937-2024, DRIPSSCS-DM-SIA-0062-2024, DRSS-DRIPSSCH-0766-2024, DRSS-DRIPSSHA-1760-2024 y DRSS-DRIPSSCN-2838-2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 4

RESPUESTA BRINDADA POR ATAP EN RELACIÓN CON INSTRUCCIONES BRINDADAS E IMPLEMENTOS PARA RIEGOS LABORALES SUMINISTRADOS, ÁREAS DE SALUD: ALAJUELA OESTE, ASERRÍ, SAN RAFAEL DE HEREDIA, BUENOS AIRES Y PÉREZ ZELEDÓN, JULIO 2024

Funcionario	Respuestas
AVZ	Sabe que tiene que usar los implementos
ICO	Le han explicado y le han suministrado repelente, bloqueador, gorras, sombrilla.
MBV	Bloqueador. No hay mucho para la peligrosidad en el campo, por eso hay sectores que no se visitan
ZLA	Sombrilla, protector solar, capas
DVM	Les dan recomendaciones
FCT	Le han hablado sobre la importancia del bloqueador. No visita sectores de riesgo sola
HVH	Les dieron consejos, pero es responsabilidad de cada uno
JSN	Le han dado gorra, mangas, sombrilla. No tiene mangas ni capas. Y les dan media hora para descansar durante las visitas.
MCC	Si se brinda educación, y sobre zonas de riesgo. Cada uno es responsable
JMM	No le han hablado de los riegos. El año pasado les dieron mangas y gorra para la campaña de vacunación de Sarampión. La jefatura ofreció la compra de capas y sombrillas.
MEVC	No. Si se ve algo de riesgo se retira.
CACA	Si. Le dan equipos. Es responsabilidad de cada uno su uso. Hacen falta rodilleras articuladas
CTS	No les han hablado. Pero si les han dado mangas, capa, gorra, bloqueador solar, botas y les hace chequeo médico anualmente
JMC	Se les ha indicado en zonas de asentamientos la visita se realice en parejas.
OGQ	Si. Por parte de salud ocupacional
AQU	Mangas y Bloqueador solar No se visitan algunas viviendas (aplica la malicia)
CAM	Muy poco.
JRCC	No les han hablado de los riesgos. El riesgo más importante son los accidentes de tránsito y los perros. Y el manejo de agujas Le dan capa, gorra, paraguas y bloqueador.
MAP	Instrucciones verbales. Se les informa el % de riesgo sobre todo dependiendo del sector
OAC	Hay lugares en los que se vende droga. Les han dicho que valoren los riesgos

Fuente: elaboración propia con información incluida en el cuestionario aplicado a los ATAP.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 5

PRODUCCIÓN ATAP ACTIVIDADES EN OTROS ESCENARIOS, ÁREAS DE SALUD: ALAJUELA OESTE, ASERRÍ, SAN RAFAEL DE HEREDIA, BUENOS AIRES Y PÉREZ ZELEDÓN, PERÍODO 2023

ACTIVIDADES EN OTROS ESCENARIOS	ALAJUELA OESTE				ASERRÍ				SAN RAFAEL DE HEREDIA				BUENOS AIRES				PÉREZ ZELEDÓN			
	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral
Educación individual para la promoción de la salud (cantidad de personas)	1,127	2,854	660	559	1,733	0	0	0	549	38	0	0	1,499	9,039	11,287	798	62	142	0	0
Educación a grupos para la promoción de la salud (cantidad de grupos)				0	1,559	0	0	0	0	0	0	0	39	789	591	91	0	0	1	0
Educación individual para la prevención de la enfermedad (cantidad de personas)	709	5,195	767	272	1,733	0	0	0	3,327	12,314	3,546	185	1,856	9,221	18,538	841	2,367	20,489	37,731	1,829
Educación a grupos para la prevención de la enfermedad (cantidad de grupos)	59	228	12	0	1,637	0	0	0	0	0	28	0	37	1,135	155	26	3	0	0	0
Vacunación estratégica a grupos de riesgo (cantidad de dosis aplicadas) *	4,029	18,595	1,007	1,622	1,650	10,717	11,214	0	3,287	12,530	3,376	185	1,405	10,356	17,787	673	2,214	22,876	36,892	1,541
Entrega de tratamientos profilácticos (cantidad de personas que reciben tratamiento) **	10	43			132	0	21	0	1,071	280	501	0	1,243	85	5,160	139	171	6	8	7
Toma de medidas antropométricas (cantidad de personas atendidas)		262			0	0	0	0	1,177	51	7	0	1,979	42	299	0	402	119	0	0
Determinación del estado nutricional (cantidad de personas atendidas)					0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medición de la agudeza auditiva (cantidad de personas atendidas)					1,500	0	0	0	1,224	60	0	0	2,881	85	28	0	510	100	0	0
Medición de la agudeza visual (cantidad de personas atendidas)					1,500	0	0	0	974	296	38	0	2,564	85	110	0	492	55	0	0
Tamizaje de presión arterial a mayores de 20 años (cantidad de personas atendidas)		31	14		0	0	0	0	8	35	42	54	60	5	838	48	0	4	0	0



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ACTIVIDADES EN OTROS ESCENARIOS	ALAJUELA OESTE				ASERRÍ				SAN RAFAEL DE HEREDIA				BUENOS AIRES				PÉREZ ZELEDÓN			
	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral	Educativo	Centro de Salud	Comunal	Laboral
Control de signos vitales (cantidad de personas atendidas)		496	39		0	0	0	0	0	100	10	0	60	0	44	9	0	0	0	0
Revisión de condiciones de saneamiento ambiental (cantidad de edificios/lotes revisados)	1		130		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	213	0	0	0	0	0
Reunión con actores sociales (cantidad de participantes)					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entrega de preservativos (cantidad de preservativos)		305	44	29	0	0	0	0	0	186	80	0	0	0	906	300	0	0	0	0
Otras (especifique en observaciones)	7,308	45,041	10,489	3,055	0	0	0	0	2,573	7,971	1,882	2	70	1,412	2,265	60	0	0	0	0

* Se incluyen únicamente el total de vacunas aplicadas por el ATAP, independientemente del tipo.

**Excluye entrega de preservativos

Fuente: Cuadro N° 20 año 2023



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 6

MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA	
PROCESO	Servicios de enfermería en los tres niveles de atención
MACROPROCESO	Atención primaria de la salud realizada por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en el Primer nivel de atención

N°	Hallazgo	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo		Probabilidad (Ocurrencia)	Gravedad (Impacto)	Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
				CAUSA	EFEECTO			Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
1	Disponibilidad de evaluación o medición al impacto obtenido producto de las intervenciones que realizan los ATAP en el primer nivel de atención	ES-23	Estratégico	Debilidades en el monitoreo supervisión y control al cumplimiento de lo establecido en el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Médica en relación con "Definir metodologías de evaluación de los programas, modalidades e intervenciones, con base en el establecimiento de indicadores de resultados e impacto, con el objeto de fortalecer y corregir la situación detectada".	Utilizando recursos humanos y financieros en actividades que podrían no estar generando cambios significativos en las condiciones de salud de la población.	5	3	15	Grave	Recomendación 1
2	No se está realizando la visita domiciliar a cargo de los ATAP para toda la población.	ES-23	Estratégico	Brecha de recurso humano con perfil de ATAP. Cambios económicos y sociales de la población.	Presencia de problemas de salud de manera temprana y complicaciones para la integridad de las personas y por ende un aumento en la inversión de recursos para la atención de las enfermedades; ya que una parte muy importante de la atención primaria que realizan los ATAP por medio de la visita domiciliar está relacionada con brindar educación para fortalecer las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado.	5	4	20	Grave	Recomendaciones 1 y 2
3	La atención remota implementada como una alternativa de la visita domiciliar podría no ser tan conveniente, ya que la visita domiciliar se constituye en una de las principales herramientas de la atención primaria de la salud, y está orientada en acercar los servicios de salud hasta la vivienda, para brindar información a las familias sobre temas que mejoren sus prácticas en salud, e identificar riesgos, aspecto que no se logra en la "atención remota". Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en el marco normativo actual para que una visita domiciliar se considere efectiva, se deben realizar al menos tres actividades, y en el caso de las atenciones remotas son registradas estadísticamente como atenciones efectivas o de seguimiento.	ES-23	Estratégico	La implementación de la modalidad de atención remota como un medio para la visita domiciliar surgió como una alternativa durante la atención de la pandemia de COVID-19, para evitar el aumento de contagios y riesgos en la salud de los ATAP. Se observa que existe interés por mantenerla, sin embargo, se hace necesario valorar su efectividad, considerando que la visita domiciliar es una actividad sustantiva de la atención primaria de la salud.	Dentro de los aspectos que se pueden estar dejando de lado cuando se gestiona atención remota en lugar de la visita domiciliar, se encuentra el hecho de que es posible que la llamada telefónica o consulta se concentre en la persona y no en la familia, o que los riesgos que pueden detectarse por medio de la observación no se identifiquen. Además, existe alguna renuencia de la población a brindar información personal telefónicamente por temor a ser objeto de estafas.	4	3	12	Relevante	Recomendación 3
4	Las unidades en las que se han creado EBAIS vespertinos en su mayoría han modificado el horario de los ATAP en relación con el resto del equipo. Se identifican, además por parte de los Directores de las DRIPSS, la existencia de una mayor cantidad de desventajas que ventajas de este horario vespertino en relación con la labor de los ATAP.	ES-23	Estratégico	La implementación de EBAIS en segundos turnos busca mejorar la cobertura y accesibilidad de servicios de salud a la población, los aspectos evidenciados pueden ser producto de que la efectividad de la estrategia no ha sido evaluada; en lo que concierne a la figura del ATAP, los horarios han sido modificados y se identifican una serie de aspectos que son considerados como desventajas; se podría estar generando una pérdida en lo que respecta al trabajo en equipo que se espera se realice a nivel de los EBAIS.	Existe el riesgo de que no se estén utilizando los recursos en forma eficiente y eficaz, y que no se esté mejorando la cobertura de la atención primaria que corresponde a los ATAP por medio de la visita domiciliar.	4	3	12	Relevante	Recomendación 3



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

<p>5. El proceso de supervisión de enfermería que se aplica al desarrollo de labores del personal ATAP requiere fortalecimiento, por cuanto no todas las jefaturas de enfermería logran cumplir en forma razonable con la ejecución de los elementos definidos normativamente para esta actividad.</p>	<p>OP-03</p>	<p>Operacional</p>	<p>Respecto a las causas determinadas por las jefaturas de enfermería de las unidades consideradas en el estudio se indica que, si bien es cierto realizaron una programación y/o cronograma de supervisión, existen circunstancias que interfieren en la ejecución de este proceso, tales como el recargo de funciones administrativas y en ocasiones del programa PAJ, la no disponibilidad de transporte para efectuar el acompañamiento presencial todas las veces que se requiere, la cantidad de funcionarios asignados, y la falta de recurso humano profesional de enfermería para desarrollar este proceso adecuadamente según se planificó. Aunado a lo anterior, es importante considerar que las actividades de supervisión podrían verse afectadas porque algunas jefaturas de enfermería utilizan la normativa emitida en el 2022, otras la del 2023 o ambas, lo que deriva en la percepción de que no hay claridad respecto a este punto.</p>	<p>Lo descrito implica un desequilibrio en las actividades administrativas y las técnicas, por cuanto se efectúa el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, así como la toma de decisiones, el monitoreo oportuno, la detección de riesgos, los planes correctivos para cada funcionario y las estrategias de seguimiento, a la labor del personal ATAP en las diferentes actividades y procesos de atención que realizan. Con el ejercicio de supervisión se busca propiciar tanto el alcance de resultados, como la calidad en el proceso de atención. Si se ha planificado como una debilidad, que la formación educativa actual del personal ATAP podría estar siendo afectada en términos de conocimientos, habilidades, e intervenciones en salud efectivas, el acompañamiento y la fiscalización de dichas actividades tienen un peso relevante.</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>12</p>	<p>Relevante</p>	<p>Recomendación 5</p>
<p>6. Oportunidades de mejora a nivel de las áreas de salud, en cuanto a las acciones a implementar para la gestión de los riesgos laborales identificados de los ATAP.</p>	<p>OP-03</p>	<p>Operacional</p>	<p>Falta de planificación y monitoreo por parte de funcionarios a nivel local y regional quienes de acuerdo con lo establecido en la norma les corresponde el desarrollo de las acciones establecidas en el Manual de Gestión Atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de Atención Primaria.</p>	<p>Los ATAP desarrollen una función trascendental en el ejercicio de la Atención Primaria de la salud, por lo que no disponer de ellos puede limitar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Grave</p>	<p>Recomendación 6</p>
<p>7. Son limitadas las actividades que se desarrollan por parte de los ATAP en escenarios distintos al domicilio, en este sentido, el instrumento definido para la programación de labores de estos funcionarios establece actividades como trabajo en los escenarios: comunitario, educativo y laboral, no obstante, la cantidad de tiempo programado para estos es reducido.</p>	<p>RH-02</p>	<p>Operacional</p>	<p>Dentro de los aspectos que pueden estar contribuyendo en el desarrollo limitado de acciones en otros escenarios, se tiene la cantidad de recurso humano con perfil de ATAP en relación con el tamaño de la población, así como el hecho de que lo que se mide a nivel institucional en relación con la labor de los ATAP son las visitas domiciliarias.</p>	<p>La ejecución limitada de actividades por parte de los ATAP en escenarios distintos al domicilio no contribuye a lograr intervenciones de salud con enfoque poblacional, así como el acercamiento de los servicios de salud a la población que no acude a los establecimientos de la institución, situación que es contraria al propósito de la Atención Primaria de la Salud.</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>15</p>	<p>Grave</p>	<p>Recomendación 1</p>
<p>8. Existencia de oportunidades de mejora en relación con la gestión gerencial realizada de dispositivos móviles (Tablet) para registrar la información referente a la visita domiciliar en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SFFF). Esto por cuanto desde el año 2021 el Proyecto EDUS</p>			<p>Si bien es cierto se generó un lineamiento en el año 2024 en relación con el tema de la conectividad y compra de Tablet para el SFFF móvil; este se emitió un año después de que finalizara el contrato de conectividad, para que las unidades realizaran la adquisición de Mifi y Tablet con presupuesto local. Sin embargo, no se evidencia el control, seguimiento y apoyo de los niveles superiores en relación con las situaciones de las diferentes áreas de salud, aspecto que puede haber contribuido con la situación evitándose.</p>	<p>La falta de conectividad y uso del SFFF móvil, puede generar información estadística errónea, ya sea por errores en la carga de los datos cuando se realiza la visita con Tablet sin conexión, o por la inclusión de datos incorrectos durante la digitación. Puede afectar la cantidad de visitas que realizan los ATAP, ya que, de acuerdo con lo establecido en la normativa, cuando se utilice el formulario de contingencia, debe programarse el tiempo para la inclusión de la información en el Sistema, situación que no contribuye a disminuir la carga (peso) en el trabajo de los ATAP ya que con la implementación del SFFF se reduce el tiempo de trabajo.</p>					



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

<p>10 Existencia de una plaza con perfil de ATAP adscrita al Laboratorio Nacional de Citologías, la misma está siendo utilizada con un perfil distinto, ya que se utiliza para el nombramiento de un guarda.</p>	<p>LE-03</p>	<p>Legal</p>	<p>La utilización de la plaza de ATAP en el Laboratorio Nacional de Citología en funciones distintas a las establecidas para este perfil se debe a que el código presupuestario y funcionario fueron trasladados por el Ministerio de Salud producto de un convenio que data de 1998, para la creación del citado laboratorio. Considerando la información suministrada por el Dr. Rodrigo Alvarez Ramirez, desde que el Ministerio de Salud realizó el traslado de la plaza al Laboratorio Nacional de Citología, el funcionario que se jubiló en el año 2018, no ejerció funciones de ATAP. Y la dirección de esa unidad gestionó la reactivación de la plaza que desde mayo del año 2023, se utilizando con perfil de guarda, debido a que según lo indicado existe la necesidad de brindar seguridad y vigilancia a las instalaciones durante el tercer turno.</p>	<p>La utilización la plaza con perfil diferente por un periodo superior a los seis meses genera un incumplimiento al marco normativo institucional y no contribuye con una adecuada gestión administrativa del recurso humano, debilita el control, y puede contribuir a la generación de información incompleta para la toma de decisiones en materia de creación de plazas.</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>12</p>	<p>Relevante</p>	<p>Recomendación 7</p>
--	--------------	--------------	--	---	----------	----------	-----------	------------------	------------------------