



---

**ASALUD-0064-2024**

21 de octubre de 2024

**RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el periodo 2024, referente a la Gestión Institucional de la Atención de la Violencia en todas sus manifestaciones en personas menores de edad.

Al respecto se determina que en el plan estratégico no se ha definido una acción específica para el tema de la violencia, de igual forma la Gerencia Médica no considera dentro del Plan Táctico Gerencial el fortalecimiento institucional de la atención de violencia en todas sus manifestaciones. Así mismo, la Dirección de Red de Servicios de Salud y las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, tampoco consideran dicho tema en sus planes de gestión regional, aspecto que podría afectar el debido cumplimiento de acciones y procedimientos sustantivos en la prestación de los servicios de salud y abordaje en uno de los flagelos que está afectando a la niñez que son víctimas de violencia, pese a que la Institución considera dentro de sus ejes estratégicos el fortalecimiento en la calidad y humanización en la prestación de servicios.

Así mismo, se identificó que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia presenta debilidades de gestión, considerando que no se ha iniciado el proceso de actualización de la Política Institucional de Atención a la Adolescencia, ni tampoco dispone lineamientos o estrategias para su aplicación, pese a la instrucción emitida por la Junta Directiva desde 2016; además, de la existencia de dos instrumentos de valoración de riesgo en personas adolescentes que condicionan la estandarización de los procedimientos institucionales.

Con relación a las actividades de la Coordinación institucional de los Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (en adelante COCEINNA), se identificaron oportunidades de mejora en cuanto a garantizar el cumplimiento del marco normativo existente; el diseño, la utilidad de los informes técnicos y la verificación de la calidad de los datos consignados en dichos informes, en virtud de las diferencias identificadas, relacionadas con la cantidad de personas atendidas.

Sobre la gestión regional, se identificó la falta de una supervisión robusta y sistemática orientada a garantizar la efectividad de la gestión de las principales actividades y funciones de los CEINNAA Locales, a partir de la conformación del comité multidisciplinario, aspectos que repercuten en la calidad de atención en salud que brindan las distintas disciplinas.

De la atención en el nivel local, se concluyó en la necesidad de fortalecer los Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (en adelante CEINNAA) Locales a través de la disponibilidad de la información estadística mensual y sobre todo el valorar ajustar la disponibilidad de tiempo para verificar, coordinar y atender los casos identificados. Asimismo, es necesario insistir en recordar a los y las profesionales en la obligatoriedad de la emisión de referencias (internas y externas) a todos los involucrados en la atención de casos de violencia y concluir a satisfacción el proceso de emisión de la notificación obligatoria (VE-01) del diagnóstico de violencia.

Se enfatiza en la importancia de garantizar un seguimiento y atención integral a todas las personas víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, brindando de forma segura una respuesta coherente, efectiva y compasiva ante estos casos, permitiendo el evitar la revictimización y asegurar que todas las personas afectadas reciban un tratamiento digno, respetuoso y adecuado, que promueva su recuperación en salud.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

Por lo anterior, se emitieron 3 recomendaciones dirigidas a la Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y Dirección de Red de Servicios de Salud, relacionadas con el fortalecimiento en la prestación de servicios de PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones.



**ASALUD-0064-2024**

21 de octubre de 2024

**ÁREA AUDITORÍA DE SALUD**

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN PERSONAS MENORES DE EDAD.**

**ORIGEN DEL ESTUDIO**

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

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el proceso de atención a personas menores de edad (en adelante PME) víctimas de violencia en todas sus manifestaciones en la consulta externa, servicios de emergencias y urgencias en los establecimientos de salud.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar el cumplimiento de las acciones y tácticas diseñadas en la Institución para el abordaje a las personas menores de edad víctimas de violencia.
- Evaluar la razonabilidad y pertinencia de las políticas, normas técnicas, lineamientos e indicadores, que regulan la atención de las personas menores de edad víctimas de violencia en todas sus manifestaciones.
- Verificar la gestión de la prestación de servicios de salud en cuanto al abordaje clínico, acceso a los servicios sociales y terapéuticos para su tratamiento, seguimiento y monitoreo.
- Verificar la gestión realizada para la administración de los riesgos inherentes a las actividades orientadas en la prestación de servicios de salud a PME víctimas de violencia.

**ALCANCE**

El presente estudio contempla la revisión de las acciones desarrolladas por el Área de Atención a las Personas adscrita a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, Direcciones de Red Integradas de Prestación de servicios de Salud (en adelante DRIPSS), hospitales y áreas de salud, en cuanto a los procesos de atención de PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, en el periodo 2023, ampliándose en los casos que se consideró necesario.

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

## METODOLOGÍA

- Revisión y análisis de los siguientes documentos y sistemas de información:
  - ✓ Perfil Epidemiológico 2023.
  - ✓ Cubos de EDUS.
- Aplicación de encuesta digital a las y los coordinadores de los Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos (en adelante CEINNAA), mismo que fue atendido por 113 establecimientos de salud (Hospitales y Áreas de Salud).
- Entrevistas a los y las siguientes funcionarias (os):
  - ✓ Dra. Xiomara Badilla Vargas, jefatura, Subárea Vigilancia Epidemiológica.
  - ✓ Dra. Adelaida Mata Solano, coordinadora del Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas. Ese Programa tiene a cargo la coordinación institucional de los CEINNAA.
  - ✓ Dra. Karen Bonilla Salas, coordinadora del Programa de Normalización y Atención de la Violencia.
  - ✓ Lic. Maynor Alberto Sequeira Solano, coordinador del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (en adelante PAIA).
  - ✓ Msc. Celenia Corrales Fallas, coordinadora Nacional de Trabajo Social.
  - ✓ Dr. Alfonso Villalobos Pérez, coordinador Nacional de Psicología.
  - ✓ Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca.
  - ✓ Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega.
  - ✓ Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte.
  - ✓ Licda. María Fernanda López Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte.
  - ✓ Licda. Daniela Marchena Calderón, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica.
  - ✓ Licda. Karla Mora Ruíz, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central.
  - ✓ Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur.
- Visita para aplicación de instrumento de verificación con los CEINNAA locales a 12 establecimientos de salud definidos en la muestra aleatoria, mismos que se detallan a continuación.
  - ✓ Hospital San Juan de Dios
  - ✓ Hospital Dr. Tony Facio Castro.
  - ✓ Hospital San Rafael de Alajuela
  - ✓ Hospital Manuel Mora Valverde
  - ✓ Hospital de la Mujer
  - ✓ Hospital Monseñor Sanabria

- 
- ✓ Área de Salud Clorito Picado
  - ✓ Área de Salud Corredores
  - ✓ Área de Salud Buenos Aires
  - ✓ Área de Salud Guácimo
  - ✓ Área de Salud Garabito
  - ✓ Área de Salud Quepos

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292, del 4 de setiembre de 2002.
- Código a la Niñez y Adolescencia
- Reglamento de Salud.
- Las Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Plan Estratégico Institucional 2023-2033.
- Política Institucional Integral a la Adolescencia, 2018.
- Manual de Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNA) Red de Servicios de Salud C.C.S.S.
- Manual de Procedimientos Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS
- Lineamiento técnico criterios y mecanismo de referencia de situaciones sospechosas de violencia en perjuicio de personas menores de edad desde la C.C.S.S. hacia el Ministerio Público y el Organismo de Investigación Judicial.
- Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual, define como competencia de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Manual para la gestión de los servicios de consulta externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna
- Lineamiento para la aplicación de las modalidades alternativas a la atención presencial en la prestación de servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Lineamiento para la consulta externa de trabajo social (consulta social) en modalidad no presencial, en los tres niveles de atención en salud: teleconsulta social.
- Guía Plan Táctico Gerencia – PE-DPI-PS-G11.5

## ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

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

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

## ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud define violencia como “*uso intencional de la fuerza física o el poder o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo*”. Así mismo, por las repercusiones que tiene el tema, es de gran interés para la salud pública por las consecuencias sociales y en la salud, considerando que su forma de manifestación es mediante homicidios, suicidios, adicciones, trata de personas, violaciones, abusos físicos y sexuales, etc.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud<sup>1</sup> en su publicación sobre prevención de violencia informa que el 58 % (99 millones) de niños y niñas de la región de las Américas experimentan abusos cada año. La violencia contra PME en Costa Rica es un tema que abarca diversas manifestaciones, afectando significativamente el bienestar y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

A continuación, se detalla un resumen de los principales aspectos relacionados con la violencia:

### Tipos de Violencia

- **Violencia Física:** Incluye agresiones físicas como golpes, empujones y cualquier forma de maltrato corporal.
- **Violencia Psicológica:** Comprende abuso emocional, amenazas, humillaciones y cualquier acción que afecte la salud mental y emocional del menor.
- **Violencia Sexual:** Engloba abusos y explotación sexual, que son actos de violencia de gran impacto y consecuencias profundas para las víctimas.
- **Negligencia:** Falta de atención adecuada, abandono, y carencias en la provisión de necesidades básicas como alimentación, educación y atención médica.

### Factores Contribuyentes

- **Factores Sociales:** Pobreza, desigualdad, y condiciones de vida precarias aumentan la vulnerabilidad de los menores a sufrir violencia.
- **Factores Familiares:** Disfuncionalidad familiar, abuso de sustancias por parte de los padres o cuidadores, y antecedentes de violencia en el hogar.
- **Factores Culturales:** Normas y creencias que toleran o justifican el uso de la violencia como forma de disciplina o control.
- **Factores Institucionales:** Debilidades en el sistema de protección infantil, falta de recursos y personal capacitado para atender casos de violencia.

### Consecuencias

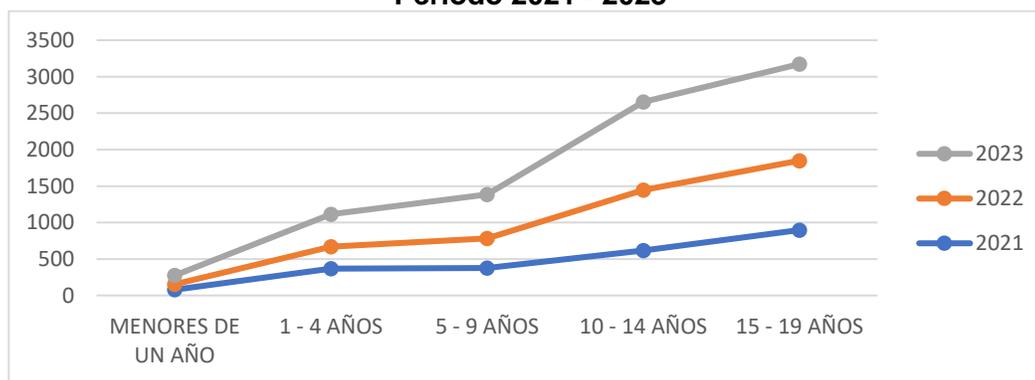
- **Salud Física y Mental:** Daños físicos inmediatos y problemas de salud a largo plazo, como trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático.
- **Desempeño Académico:** Bajo rendimiento escolar, ausentismo y deserción escolar.
- **Relaciones Sociales:** Dificultades para establecer relaciones saludables, aislamiento social y problemas de comportamiento.

<sup>1</sup> <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

- **Desarrollo Integral:** Afectación en el desarrollo emocional y cognitivo, limitando el potencial de los menores para convertirse en adultos funcionales y productivos.

Con relación a las atenciones en salud, según la información extraída del sistema de información institucional, durante el periodo comprendido del año 2021 al 2023, los servicios de emergencias y urgencias del país brindaron 8.598 atenciones a PME con diagnósticos vinculados a violencia<sup>2</sup>, lo cual representa una crisis que debe ser atendida en el marco de las dimensiones del problema y las consecuencias que ello demanda, a continuación se presentan los siguientes datos:

**Gráfica 1**  
**Cantidad de Atenciones a PME con diagnósticos T74**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias**  
**Periodo 2021 - 2023**



Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional

El gráfico anterior, denota la tendencia al crecimiento en la cantidad de atenciones en todos los grupos de edad epidemiológicos, con una mayor repercusión en las personas adolescentes (de 10 a 19<sup>3</sup> años).

Sin embargo, existen otros eventos vinculados a la violencia que se encuentran tipificados según el Manual de Atención de Violencia en PME, y la CIE-10, las cuales corresponden a:

☞ **Infecciones de Transmisión Sexual<sup>4</sup> (en adelante ITS)**

**Cuadro 1**  
**Atenciones de PME con diagnósticos de ITS**  
**(A51- A52- A53- A54- A55- A56- A57- A58- A59- A60- A63- A64)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias.**

Edad Epidemiológica	2021	2022	2023	Total general
<b>MENORES DE UN AÑO</b>	4.00	17.00	3.00	24.00
<b>1 - 4 AÑOS</b>	12.00	60.00	22.00	94.00
<b>5 - 9 AÑOS</b>	22.00	43.00	17.00	82.00
<b>10 - 14 AÑOS</b>	44.00	48.00	46.00	138.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	791.00	891.00	1,048.00	2,730.00
<b>Total general</b>	<b>873.00</b>	<b>1,059.00</b>	<b>1,136.00</b>	<b>3,068.00</b>

Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional

<sup>2</sup> Según la CIE-10 se identifica con el diagnóstico T74 referente a síndrome de maltrato

<sup>3</sup> Se considera a las personas con edad de 19 años según la definición de adolescencia presentada por la OPS y así fue adoptada por la institución.

<sup>4</sup> Se excluye sífilis congénita.

Es importante destacar, que la presencia de ITS en personas menores de 10 años corresponde a un indicador de abuso sexual.

☞ **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

**Cuadro 2**  
**Atenciones de PME con diagnósticos de VIH**  
**(B20 – B21 – B22 – B23 – B24)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias.**

Edad Epidemiológica	2021	2022	2023	Total general
<b>MENORES DE UN AÑO</b>		3.00	1.00	4.00
<b>1 - 4 AÑOS</b>	4.00	4.00	5.00	13.00
<b>5 - 9 AÑOS</b>	1.00	2.00	1.00	4.00
<b>10 - 14 AÑOS</b>		1.00		1.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	14.00	18.00	40.00	72.00
<b>Total general</b>	<b>19.00</b>	<b>28.00</b>	<b>47.00</b>	<b>94.00</b>

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

La principal causa de contagio en niños y niñas menores de 13 años se origina como consecuencia de transmisión perinatal<sup>5</sup>.

☞ **Agresión Sexual con fuerza Corporal (violación)**

**Cuadro 3**  
**Atenciones de PME con diagnósticos por agresión sexual con fuerza corporal (Y05)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias.**

Edad Epidemiológica	2021	2022	2023	Total general
<b>1 - 4 AÑOS</b>	3.00	1.00	4.00	8.00
<b>5 - 9 AÑOS</b>	1.00	2.00	10.00	13.00
<b>10 - 14 AÑOS</b>	9.00	13.00	17.00	39.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	13.00	14.00	13.00	40.00
<b>Total general</b>	<b>26.00</b>	<b>30.00</b>	<b>44.00</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

En este diagnóstico se registran los casos que corresponden a la intervención institucional del protocolo de 72 horas. Sin embargo, en el desarrollo del estudio se identificó que existe una inconsistencia en el registro de casos, siendo que los profesionales en salud lo documentan como abuso sexual (T74.2)

<sup>5</sup> Corresponde al contagio que se da durante el embarazo, - <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-los-ninos#:~:text=%C2%BFafecta%20el%20VIH%20a%20los,105%20casos%20de%20VIH%20reportados.>

☞ **Trata de Personas**

**Cuadro 4**  
**Atenciones de PME con diagnósticos por Trata de personas**  
**(Problemas relacionados con víctima de crimen Z65.4)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias.**

Edad Epidemiológica	2021	2023	Total general
<b>10 - 14 AÑOS</b>		1.00	1.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	2.00	4.00	6.00
<b>Total general</b>	<b>2.00</b>	<b>5.00</b>	<b>7.00</b>

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

☞ **Explotación Sexual Comercial**

**Cuadro 5**  
**Atenciones de PME con diagnósticos por Explotación Sexual Comercial**  
**(Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo Z72.5)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias.**

Edad Epidemiológica	2021	2022	2023	Total general
<b>1 - 4 AÑOS</b>	1.00			1.00
<b>5 - 9 AÑOS</b>	1.00	1.00	2.00	4.00
<b>10 - 14 AÑOS</b>	16.00	8.00	17.00	41.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	11.00	15.00	22.00	48.00
<b>Total general</b>	<b>29.00</b>	<b>24.00</b>	<b>41.00</b>	<b>94.00</b>

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

☞ **Embarazo, Parto y Puerperio.**

**Cuadro 6**  
**Atenciones de PME con diagnósticos por Embarazo, Parto y Puerperio (O00 a O99)**  
**Servicios de Emergencias y Urgencias**

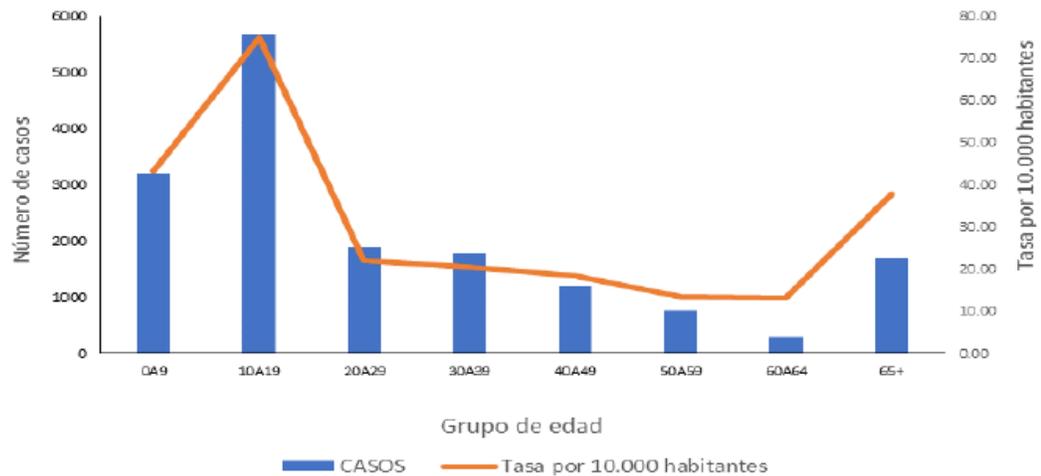
Edad Epidemiológica	2021	2022	2023	Total general
<b>MENORES DE UN AÑO</b>	79.00	69.00	71.00	219.00
<b>1 - 4 AÑOS</b>	6.00	27.00	12.00	45.00
<b>5 - 9 AÑOS</b>	4.00	24.00	15.00	43.00
<b>10 - 14 AÑOS</b>	338.00	334.00	302.00	974.00
<b>15 - 19 AÑOS</b>	9,040.00	8,369.00	8,245.00	25,654.00
<b>Total general</b>	<b>9,467.00</b>	<b>8,823.00</b>	<b>8,645.00</b>	<b>26,935.00</b>

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

Del cuadro anterior, se evidencia que la cantidad de embarazos presente en los grupos de PME de 0 a 9 años corresponde a un error en el registro del diagnóstico al momento de la atención. Así también, la cantidad de embarazos en el grupo de PME entre los 10 a 14, es un aspecto que debe ser considerado, ya que esta podría obedecer a consecuencia de una relación impropia, violación o abuso sexual.

Según el Perfil Epidemiológico 2023, de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, detalló que el grupo de edad 10 a 19 años (adolescentes) presenta una tasa de 75 casos por cada 10.000 habitantes, mientras que el de menores de 10 años una tasa de 43.3 casos por cada 10.000 habitantes. Siendo ambos grupos de edad los que presentan la mayor cantidad de casos de violencia con la mayor tasa.

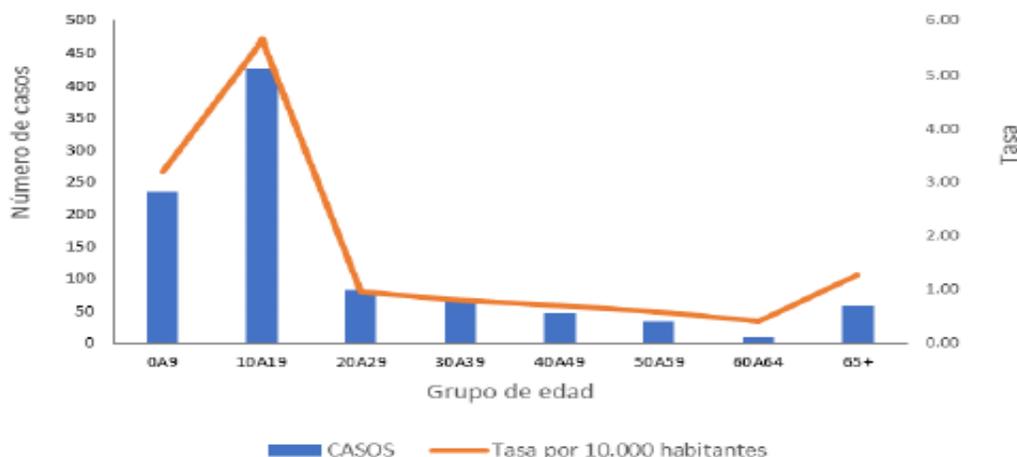
**Imagen 1**  
**Cantidad de Casos de violencia por grupo de Edad**  
**Perfil Epidemiológico 2023**  
**Subárea de Vigilancia Epidemiológica**



Fuente: Informe Técnico – Perfil Epidemiológico 2023

Según el boletín epidemiológico “Comportamiento epidemiológico de manifestaciones por violencia Semana Epidemiológica 1-34”, se evidencia que se mantiene la concentración de casos de violencia en la población adolescente, con una tasa de 5.6 casos por cada 10.000 habitantes.

**Imagen 2**  
**Cantidad de Casos por grupo de Edad**  
**Comportamiento epidemiológico de manifestaciones por violencia**  
**Semana Epidemiológica 1-34**  
**Subárea de Vigilancia Epidemiológica**



Fuente: Informe Técnico - Perfil Epidemiológico 2023

Lo anterior con claro predominio contra el sexo femenino 68 % del total de casos. Se destaca además en esas primeras semanas del periodo 2024, que el 26 % de los casos corresponden a abuso sexual.

Con relación a las recomendaciones emitidas por la Sub Área de Vigilancia Epidemiológica en dicho informe , se indicó la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica a través del análisis multidisciplinario del componente técnico y operativo, de manera que se propicie un trabajo articulado con todas las disciplinas que tienen la responsabilidad en el monitoreo y atención de las personas víctimas de violencia, con el fin de fortalecer los procesos de identificación, diagnóstico, registro y notificación basados en los códigos del CIE-10, ya establecidos, para la mejora de la calidad del dato y por ende el análisis como resultado al insumo a los tomadores de decisiones. Asimismo, que los diferentes niveles de atención y por ende los servicios de atención, estén debidamente capacitados en la identificación, cumplimiento de la información requeridas en la boleta de notificación individual VE-01, de todo lo relacionado con diagnósticos de violencia y sus manifestaciones.

En resumen, la violencia contra personas menores de edad en Costa Rica es un problema complejo que requiere un enfoque multidisciplinario, involucrando la prevención, protección, y atención integral para garantizar el bienestar y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, cuyas acciones son impostergables para la protección de la niñez.

## HALLAZGOS

### 1. DE LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA EN EL PLAN TÁCTICO GERENCIAL.

Se determinó mediante revisión del Plan Táctico Gerencial de la Gerencia Médica, que no se consigna en los objetivos de atención, el fortalecimiento de la prestación de servicios a víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, o alguno que pudiera considerarse equivalente.

El Ministerio de Salud ha definido la violencia intrafamiliar (en adelante VIF) como un evento de salud pública. En consideración que las manifestaciones de violencia al generarse mayoritariamente en las mujeres, se ha promovido mediante el Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública 2023-2026, la inclusión de la “Política Nacional para la atención, prevención y protección contra la violencia hacia las mujeres”; de la cual, la Institución forma parte como prestador de servicios de salud pública.

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

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

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

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

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

Esta Auditoría Interna en procura de conocer el criterio experto, consultó al Área de Atención a las Personas, a través de los Programas de Normalización en la Atención de Violencia, Adolescentes, Niños y Niñas, sobre la pertinencia de incluir el fortalecimiento de atención de violencia en todas sus manifestaciones en el Plan Táctico Gerencial, a lo cual refirieron lo siguiente:

El Lic. Minor Sequeira Solano, coordinador del PAIA refirió<sup>6</sup> que

*“...haciendo una revisión del plan táctico de la Gerencia Médica, se puede derivar que la adolescencia está considerada dentro de los grandes temas de salud mental, salud sexual y reproductiva, violencia, cáncer, enfermedades crónicas y enfermedades cardiovasculares, entre otros”.*

No obstante, lo indicado por el Lic. Sequeira Solano, en dicho Plan de la Gerencia Médica, las palabras “adolescente” o “violencia” no se mencionan para establecer que están integrados.

La Dra. Adelaida Mata Solano, coordinadora del programa de normalización de la Atención al Niño y la Niña; así como, del COCEINNAA, refirió<sup>7</sup> que:

*“...la relevancia o no de dicha acción depende de las prioridades que cada administración establece para el ámbito institucional”.*

<sup>6</sup> Entrevista del 9 de julio de 2024

<sup>7</sup> Entrevista del 2 de julio 2024

La Dra. Karen Bonilla, coordinadora del Programa de Regulación y Normalización de Violencia, detalló<sup>8</sup> lo siguiente:

*“...sumamente importante la inclusión de la temática en el plan táctico de la GM lo que aportaría un mayor interés en la temática en general y en el cumplimiento de metas”.*

La situación descrita, se deriva a partir de la limitada información disponible y confiable, que permita identificar la carga real de la enfermedad en los niveles locales, esto a consecuencia de la falta de seguimiento a las normas establecidas y el diseño de indicadores de gestión como elemento de monitoreo.

El no disponer de mecanismos de seguimiento eficientes y efectivos, son aspectos que supeditan la gestión pertinente e integral de los eventos de salud pública y de lo que esto conlleva en su entorno. De forma tal, que repercute no solo en la calidad, eficiencia y oportunidad del modelo de atención centrado en las personas que busca la Institución; sino también, en el estado de salud físico, psicológico y social que afrontan las víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, principalmente en el grupo de PME. En tal sentido, el disponer de acciones tácticas por parte de la Gerencia, se constituye en un aspecto que debe ser ampliamente valorado, a fin de otorgarle el seguimiento y un mejor ordenamiento a las actividades y funciones que demanda la atención de la violencia a nivel institucional y sobre todo las coordinaciones interinstitucionales que deben realizarse.

## **2. DEL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS ADOLESCENTES.**

Se determinó que el Programa de Atención Integral de la Adolescencia (en adelante PAIA), debe ser mejorado en sus procesos sustantivos de normalización<sup>9</sup>, según el siguiente detalle:

### **2.1 ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA.**

Se evidenció que la “Política Institucional Integral a la Adolescencia”, aprobada en acuerdo de Junta Directiva Acta 7.203 de sesión 8972, artículo 3 del 25 de junio de 2018, se encuentra desactualizada. Han transcurrido seis (6) años desde su aprobación y a la fecha no se dispone con el plan y la estrategia de su abordaje.

La Política Institucional Integral a la Adolescencia, define su próxima revisión debería efectuarse “5 años a partir de la aprobación”; de igual forma en el apartado de “Ficha técnica de la política” se detalla que su próxima actualización se debió realizar en el año 2022 y que tendría “revisiones periódicas (al menos una vez al año) al menos para garantizar la vigencia de la misma”.

La Junta Directiva de la Institución instruyó, en el artículo 2, de la sesión número 8874, del 17 de noviembre del 2016, “...solicitar a la Gerencia Médica que se avance en el desarrollo de una política para la atención integral del adolescente a nivel Institucional y que en forma paralela y en concordancia con esa política se vaya trabajando en la elaboración del plan y la estrategia de abordaje”.

<sup>8</sup> Entrevista del 8 de julio 2024

<sup>9</sup> Así definido en oficio DDSS-1434-15 del 23 de octubre de 2015, suscrito por el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, director, Dirección Desarrollo Servicios de Salud en ese momento.



Se consultó al respecto al Lic. Minor Sequeira Solano, coordinador del PAIA a lo que indicó<sup>10</sup>:

*“La Política Institucional de atención integral a la Adolescencia constituye un documento normativo donde se definen las prioridades para la atención integral en salud de las personas adolescentes. Como Política Institucional debe contar con una agenda propia que presente los indicadores principales de cumplimiento.*

*Múltiples factores incidieron en que no se confeccionara dicha agenda. Entre los más importantes estuvieron la Pandemia por el COVID 19 y el hackeo de los sistemas informáticos institucionales.*

*En el año 2023 se organizó con las direcciones regionales integradas de servicios de salud y con los hospitales la elaboración de planes locales de trabajo de cumplimiento de esta Política Institucional y el informe de cumplimiento respectivo. (Se anexa al presente cuestionario). Dichas herramientas se promovieron como una forma alternativa para evaluar el cumplimiento de dicha Política.*

*En el presente año, se está diseñando un proceso para que las direcciones regionales integradas de servicios de salud y los hospitales preparen planes locales de implementación de la Política Institucional de atención integral a la Adolescencia, los cuales contendrán indicadores de medición de cumplimiento de dicha política.*

*Estos planes locales de implementación de la Política corresponderán a la ejecución del año 2024, presentándose resultados para el 2025”.*

Es criterio de esta Auditoría Interna, que si bien la Institución afrontó retos como la pandemia por COVID-19 y el hackeo del sistema institucional, lo anterior no es un eximente para que el PAIA omitiera la revisión; así como, la instrucción de trabajar en paralelo el plan y estrategia de abordaje de la política. Así mismo, no es procedente que, ante el incumplimiento mencionado, el PAIA traslade a los niveles regionales y locales, la responsabilidad del diseño de planes de implementación, aspecto que como se ha mencionado, fue delegado por parte de la Junta Directiva Institucional ha dicho programa.

Por tanto, los aspectos previamente citados obedecen a una inadecuada gestión del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, ante la falta acciones e incumplimiento a los acuerdos previamente instruidos.

La desactualización de la base normativa para la atención de personas en la adolescencia podría conllevar que se brinden servicios sin los criterios de calidad y oportunidad esperados institucionalmente, en virtud que la misma no se ajuste a las condiciones actuales del entorno psicosocial que enfrenta esta población, repercutiendo en su vida.

Así mismo, el trasladar a las DRIPSS el diseño de planes locales de implementación de la Política Integral de Atención a la Adolescencia, impacta en la estandarización de procesos y el diseño de macro indicadores que permitan la toma de decisiones, en búsqueda de mejorar la prestación de servicios de salud a este grupo poblacional.

## **2.2 DEFINICIÓN DEL INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.**

Se identificó que la Gerencia Médica a través del Área de Atención a las Personas no ha definido y estandarizado el instrumento aplicable de evaluación de riesgo en personas en adolescencia.

En virtud que actualmente las DRIPSS se encuentran utilizando distintas herramientas en la atención de esta población. Las mismas corresponden a la Escala de Tamizaje de Riesgo Adolescente versión III (en adelante ETRA III)<sup>11</sup> y el Instrumento de Evaluación de Riesgo diseñado por la “Iniciativa Salud Mesoamérica-ISM”<sup>12</sup>, documentos que, si bien poseen un mismo objetivo no son coincidentes.

<sup>10</sup> Entrevista del 9 de julio de 2024

<sup>11</sup> Aplicado por las DRIPSS Pacífico Central, Central Sur, Central Norte, Chorotega y Huetar Norte.

<sup>12</sup> Aplicado por las DRIPSS Huetar Atlántica y Brunca

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.1., establecen:

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

Por su parte, Reglamento de Salud cita en su artículo 4 lo siguiente:

*“Artículo 4° De la integralidad y suficiencia.*

*El Seguro de Salud tiende a la integralidad y suficiencia, entendiendo por ello el propósito de que las prestaciones respondan a las necesidades efectivas de la población, y que, además, sean suficientes para superar el estado que las origina.”*

El Lic. Maynor Sequeira Solano, coordinador del Programa de Normalización de la Atención Integral a Adolescentes indicó en entrevista que;

*“Hay un instrumento de detección de riesgo, que es el ETRA III, que cuenta con aval de la Gerencia Médica para su uso en todo el país y que posee validez científica, en virtud de que dispone de un estudio que le sirvió de base. (Se adjunta copia).*

*Este instrumento se encuentra vigente, en uso y en proceso de actualización. Lo puede usar cualquier profesional capacitado del equipo de salud, en cualquier escenario. Es autoaplicado (lo llena el propio adolescente, consumiendo menos de 5 minutos en ello).*

*Por otra parte, durante la ejecución del Proyecto financiado con fondos externos conocido como “Iniciativa Salud Mesoamérica- ISM” (el cual finalizó en el 2022, y que se ejecutó en las regiones de salud Brunca y Huetar Atlántica), se usó un instrumento de evaluación de riesgo, el cual se utiliza exclusivamente por el médico tratante de la persona adolescente. (Se adjunta informe en torno a este instrumento).*

*El propósito de ese instrumento es facilitar y servir de guía al médico durante la entrevista clínica al adolescente, para caracterizar mejor el riesgo detectado. Este instrumento requiere para su uso por parte del médico alrededor de 30 minutos. Su utilización aportó buenos resultados durante el proyecto.*

*Este instrumento de evaluación de riesgo cuenta con autorización por la Gerencia Médica para ser usado en las regiones donde se ejecutó la ISM y se encuentra sujeto a estudio por instrucción gerencial, para valorar su extensión al resto de la red de servicios de salud.*

*Debe indicarse que el permiso que otorgó la Gerencia para su utilización por parte de estas dos regiones, no significó sustitución del ETRA III por este instrumento de evaluación de riesgo, puesto que no sirven para la mismo. Tienen funciones y objetivos diferentes”.*

Es importante destacar, que mediante encuesta digital enviada<sup>13</sup> a las coordinaciones de los CEINNAA locales, con relación a la revisión y seguimiento de los resultados de la herramienta ETRA III, se identificó que el 80 % no verifica la utilización de la herramienta; de igual forma, se recibieron consultas de los participantes indicando que no conocían la herramienta.

<sup>13</sup> Enviada el 26 de enero de 2024.

Así mismo, que el PAIA no dispone de información estadística que permita garantizar el uso y eficiencia de dicho instrumento, considerando que en esta misma entrevista detalló que disponer con un informe que permita visibilizar las situaciones epidemiológicas que afronta la población adolescente es “(...) una tarea de las direcciones médicas de los establecimientos de salud, las direcciones regionales integradas de servicios de salud y la Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud”.

En virtud de lo anterior, para este órgano fiscalizador la falta de estandarización del instrumento de valoración de riesgos para personas en la adolescencia obedece a la intervención tardía del Área de Atención a las Personas, a través del PAIA. Considerando que la Administración Activa tenía conocimiento de la existencia del instrumento autorizado, como resultado de la Iniciativa de Salud Mesoamérica y teniendo el conocimiento de las diferencias que se había generado entre las herramientas en cuanto a la identificación de riesgos en personas adolescentes, no realizaron las acciones oportunas para definir mediante un análisis cuantitativo y cualitativo, que herramienta podría significar una mejora en la atención de PME en adolescencia.

El disponer de distintas herramientas de atención para un mismo objetivo, dificulta la recopilación de datos estandarizados que permitan gestionar y determinar las acciones necesarias para mejorar el abordaje integral de los pacientes; de la misma manera, incide en el debilitamiento del sistema de control interno y el incremento de la probabilidad de materialización de los riesgos.

### 3. DE LA IMPORTANCIA DE LLEVAR A CABO UN EFECTIVO SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL COCEINNA.

Se identificaron oportunidades de mejora en el desarrollo de las actividades vinculadas con el proceso de seguimiento y control desde el nivel central a través del COCEINNA, según los siguientes aspectos:

- Seguimiento al cumplimiento del marco normativo.

Se identificó que COCIENNA no efectúa o dispone de mecanismos de control que permitan brindar seguimiento al cumplimiento de la normativa emitida al respecto. Lo anterior considerando lo destacado por la Dra. Adelaida Mata Solano, coordinadora del COCEINNA y el Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña, en cuanto a que el monitoreo y seguimiento de lo instruido corresponde en el nivel local, a los jefes y coordinadores de los servicios involucrados, en el nivel regional a los supervisores regionales enlaces en cada tema y en el nivel central a la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud.

El Manual de Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNA) Red de Servicios de Salud C.C.S.S. detalla en el apartado funciones de lo equipos en cada nivel de atención que, desde el programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña, del Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

*“(...) Realizar capacitaciones y visitas a todos los CEINNA para conocer las experiencias prácticas, valorar mejoras, reconocer esfuerzos y **supervisar el cumplimiento de normativas técnicas vigentes vinculadas con el tema**. (Lo subrayado no pertenece al original)*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 4.5 sobre “Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones” describe:

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

Ese mismo marco normativo detalla en el apartado 4.5.1, lo siguiente:

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

- Diseño y seguimiento a los informes técnicos.

Se identificó que en el COCEINNAA no se efectúa un proceso de seguimiento o monitoreo a las recomendaciones emitidas en su informe “Técnico de la Gestión de los CEINNAA”. En virtud, que las recomendaciones suscritas en el periodo 2020, 2021 y 2022<sup>14</sup> son reiteradas, pese a la actualización de algunas variables dentro de la estructura de análisis del informe; lo anterior, describiendo como salvedad que *“Se mantienen la mayoría de las recomendaciones establecidas en los informes previos, en tanto la constancia es un factor de éxito en este proceso”*

Por otra parte, el informe técnico nacional, regional o local no considera la divulgación de otros eventos (diagnósticos) que podrían ser consecuencia o alertas de situaciones de violencia, mismos que se encuentran definidos en el marco normativo vigente como parte del quehacer de los CEINNAA (como se refiere en el informe técnico); los cuales corresponden a:

- ✓ Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante ITS).
- ✓ Embarazo en PME.
- ✓ Trata.
- ✓ Violación.
- ✓ Explotación sexual comercial.

Así mismo, los informes técnicos del COCEINNAA y CEINNAA presentan únicamente como componente la recopilación y consolidación de datos, en una matriz prediseñada. Misma que no permite brindar un análisis de situación a partir de variables predefinidas<sup>15</sup> o la creación de un perfil epidemiológico de violencia local, regional o nacional.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, en su revista Gaceta Semanal presentan el artículo “Los Informes de Salud como eje de los Servicios de Salud Pública<sup>16</sup>” (Vol. 30. Núm. S1. La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016 páginas 31-37 (noviembre 2016)

<sup>14</sup> No se hace referencia al periodo 2023, por cuanto al 26 de julio de 2024, no ha sido publicado el informe correspondiente al periodo 2023.

<sup>15</sup> Mismas que se encuentran consideradas en el Manual de procedimiento atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS

<sup>16</sup> <https://www.gacetasanitaria.org/es-los-informes-salud-como-eje-articulo-S0213911116300929>

En este se describe que, la capacidad de influencia o de convicción de los informes depende de varios factores, entre los que destacan la exhaustividad; hacer explícita la población diana; una presentación explicativa, más que la mera colección de datos que, desde luego, deben de ser de calidad, comparables y válidos; un enfoque prospectivo y una orientación útil para el diseño de políticas. Asimismo, el objeto de los informes debe ser relevante para la acción política, por lo que hay que tener presente las preocupaciones de quienes toman las decisiones políticas y administrativas.

Razón por la cual, el informe de salud debe conceptualizarse como un punto de encuentro entre las personas responsables técnicas y políticas. De ahí la importancia que incluyan indicadores que visualicen desigualdades en salud o en el acceso a servicios efectivos y seguros en las distintas áreas y grupos socioeconómicos.

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia Red de Servicios de Salud de la C.C.S.S., cita en su sección de estrategias para la prevención que

*“La evidencia científica demuestra que las estrategias de prevención que se centran principal o exclusivamente en la transmisión de información y conocimientos son poco efectivos, por lo que las intervenciones educativas para el fomento de la salud deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Así mismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud que incluya el análisis de aspectos sociales, políticos y económicos que afectan la vida cotidiana”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 4.4 sobre “Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información”

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas (...)”*

Con relación a los informes técnicos del COCEINAA la Dra. Mata Solano, refirió<sup>17</sup> que estos se generan mediante el llenado del informe consolidado del nivel local, que contiene información estadística de la tipología de atenciones relacionadas con violencia en PME. Por otra parte, se destacó la ausencia en la participación de representación del Programa de Violencia, la Subárea de Vigilancia Epidemiológica o el Área de Estadísticas en Salud, entre las personas que conforman el COCEINAA, esto como herramienta que permita facilitar el acceso a la información solicitada y que no dependa de lo que presenten los niveles locales.

<sup>17</sup> Cuestionario del 2 de julio de 2024

Con relación a las causas de la no inclusión de otros eventos<sup>18</sup> y la pertinencia de estos en los informes técnicos, se procedió a consultar a las profesionales designadas como enlace regional de CEINNAA, donde detallaron lo siguiente:

Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca

*“Institucionalmente no se considera las enfermedades de transmisión sexual como evidencia o identificación de la existencia de un abuso sexual o violación a la persona menor de edad. Sería importante genera recomendación al programa de vigilancia epidemiológica incorporación de ITS en estudio epidemiológicos”.*

*“Es sumamente importante visibilizar mediante los informes epidemiológicos casos de violencia, la única que realiza estos informes es la Dra. Elenita Ramírez médico epidemióloga que conforma el Programa de Violencia del nivel central”.*

Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, refirió:

*“Desconozco el motivo, si considero que sería un elemento de suma importancia a considerar, ya que ese sería un indicador presuntivo de abuso sexual o violación”.*

*“Si por cuanto es un problema de salud pública”.*

Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, refirió

*“Desconozco la razón, a pesar de que violencia es una patología de reporte obligatorio. A nivel de la red Huetar Norte el análisis de violencia esta a cargo de los servicios de Trabajo Social, quienes remiten la información al coordinador local de vigilancia epidemiológica y en este año se logró que el epidemiólogo regional participara junto con el enlace regional de violencia (supervisora de Trabajo Social) en el monitoreo de violencia de los servicios de emergencias de la red Huetar Norte, tal y como lo indica el lineamiento”.*

*“Al ser una patología de reporte obligatorio y estar catalogada como un problema de salud pública, considero de mucha importancia se incorpore dentro de dichos informes”.*

*“Como ya mencioné anteriormente, no existe CEINNAA regional, debería crearse la figura e incorporar a dichos profesionales<sup>19</sup> en el proceso”.*

Licda. María Fernanda López Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte

*“No se considera el tema de ITS, VIH, violencia en los informes epidemiológicos. Considera que no se tiene tan interiorizado la importancia y la necesidad de que esta información de traslade”.*

<sup>18</sup> Diagnósticos como ITS, embarazo, trata, violación, explotación sexual

<sup>19</sup> La pregunta hace referencia a la participación de epidemiología y REDES

Licda. Karla Mora Ruíz, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central

*“No se considera el tema de ITS, VIH, embarazos, violencia en los informes epidemiológicos. Durante el 2023 se hizo un perfil de violencia como resultado de lo solicitado por el monitoreo a los servicios de emergencias y urgencias”.*

Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, mencionó

*“En esta DRIPSSCS según las prioridades identificadas en el perfil epidemiológico regional 2022-2023, la violencia está incluida dentro de los primeros 10 eventos de reporte obligatorio, lamentablemente se ha reiterado en los últimos 7 años. Y, desde este análisis se puede extraer información cuantitativa y cualitativa, en función de la notificación de violencia y de infecciones de transmisión sexual según grupos de edad.*

*El modelo biólogo que impera en la atención institucional. Históricamente se ha subvalorado el manejo integral, no considerando los determinantes sociales de la salud, y minimizando el abordaje y seguimiento integral de las personas en situación de violencia, a pesar de los esfuerzos efectuados por esta Dirección de Red Integrada”.*

Ante lo antes descrito, esta Auditoría Interna considera que las debilidades en la gestión realizada por el COCEINNA obedecen a una estructura única de consolidación de información, sin un enfoque prospectivo y orientado al diseño o ajuste de políticas institucionales, a través del análisis de datos. Considerando, además, que pese a exponer posibles situaciones de riesgos en la atención de PME víctimas de violencia, estos no son gestionados o monitoreados, en procura de fortalecer la prestación de servicios, evidenciado que la poca utilidad de la información en procura de visibilizar y concientizar la necesidad de fortalecer la atención de situaciones de violencia en perjuicio de PME.

La falta de procesos robustos de seguimiento y control por parte del COCEINNA, no permiten garantizar la suficiencia, pertinencia, oportunidad, eficiencia y efectividad del marco normativo emitido por el nivel Gerencial, a partir de la calidad de la información, y la ausencia de otros eventos vinculados a los procesos de atención. Asimismo, de las implicaciones que esto podría estar generando en la salud física, psicológica y social de las PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, aspecto que se estará desarrollando en este mismo informe.

#### **4. REFERENTE A LA CALIDAD DEL DATO.**

Se identificó que, según el sistema de información institucional, los datos del periodo 2022<sup>20</sup> de personas o atenciones con diagnósticos vinculados a violencia en todas sus manifestaciones<sup>21</sup> en perjuicio de PME no son coincidentes, con el detalle del informe técnico de COCEINNA de ese periodo.

Lo anterior, siendo que, en el informe técnico antes descrito se indicó que durante el periodo 2022 se presentaron un total de 9.615 situaciones de violencia (no se detalla si corresponden a ER/UR o CE)<sup>22</sup>; sin embargo, la herramienta cubo detalla que se atendieron un total de 11.136 personas, según lo siguiente:

<sup>20</sup> Se utiliza el periodo 2022, porque al 6 de agosto de 2024 no ha sido publicado el informe técnico del periodo 2023

<sup>21</sup> T74 Síndrome de Maltrato, según la CIE-10

<sup>22</sup> Emergencias, Urgencias y Consulta Externa.

**Cuadro 7**  
**Cantidad de Atenciones y Personas por diagnósticos T74**  
**Servicios ER/UR y CE**  
**Periodo 2022**

Escenario	Cantidad de Atenciones	Cantidad de Personas
<b>Consulta Externa</b>	16.083	8.574
<b>Emergencia o Urgencias</b>	-	2.562
<b>Total</b>		11.136

*Fuente: Herramienta CUBOS de información estadística institucional*

De lo anterior se podría considerar que, en el tanto las situaciones descritas en el informe técnico del COCEINNAA correspondan a personas atendidas en ambos escenarios (ER/UR y CE) existe una diferencia de 1.521 personas; sin embargo, si correspondiera únicamente a los casos captados por la CE, presentaría una diferencia de 1.041, aspecto que compromete la calidad del dato.

Así mismo, se identificaron inconsistencias en la designación de diagnósticos a PME víctimas de violencia, como lo es en el registro ante un evento violación sexual<sup>23</sup> (diagnostico Y05), donde los profesionales de salud registran como diagnóstico de atención abuso sexual (T74.2), eventos que son diferentes en su abordaje y contexto.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 5.6 sobre “La calidad de la información”

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

*Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.*

Ese mismo marco normativo en sus apartados siguientes detalla:

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

**5.6.2 Oportunidad** *Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado, de acuerdo con los fines institucionales.*

**5.6.3 Utilidad** *La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario”.*

Por otra parte, describe en la sección 5.8 “Control de sistemas de información”, lo siguiente:

<sup>23</sup> Conocido como Protocolo de 72hrs.

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

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

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

Sobre la verificación de la calidad de información consignada en el instrumento solicitado por el COCEINNA, las personas responsables como enlaces regionales mencionaron lo siguiente:

Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca

*“No se cuenta con herramientas o metodología para supervisar la calidad de la información, en la atención en violencia en Persona Menor de Edad”.*

Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, refirió

*“No se dispone de metodologías para garantizar la calidad de la información, solo se cuenta con la herramienta de Excel de cada unidad, que alimenta una consolidada regional”.*

Licda. María Fernanda López Hernández, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte

*“Se verifica la calidad del dato cuando llegan las matrices y se hace una devolución. A nivel de cubos no se han efectuado ese tipo de proceso”*

Licda. Daniela Marchena Calderón, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica

*“Sí, se efectúan monitoreo de atenciones de violencia en los servicios emergencia, se realizan procesos grupales de violencia, capacitación del llenado de VE-01 y se han efectuado dos circulares de recordatorio de atención a violencia en general. Se efectúa un monitoreo de adolescentes embarazadas menores de 15 años”.*

Licda. Karla Mora Ruíz, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, detalló

*“No. Sin embargo, en cumplimiento al Manual de Procedimientos para la Atención a Víctimas de algunas Manifestaciones de Violencia en los Servicios de Emergencias de la CCSS en donde se solicita se realice Reporte de Evaluación de la Aplicación del del manual en mención (Anexo N°7), se obtiene que en la revisión de expedientes en el tema de violencia de 146 expedientes supervisados, el 32% (47 expedientes) correspondían a personas menores de edad, en donde se evalúa el proceso de atención”.*

Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, mencionó

*“Se hace uso de todas las metodologías disponibles para que la información pueda ser integrada de la mejor manera por los equipos locales (...)”*

La existencia de un inadecuado registro y extracción de la información obedece a la falta de revisión, seguimiento y ejecución de acciones correctivas por parte del COCEINNA y la persona o equipo designado como enlace a nivel de las DRIPSS; en razón, que estos no han identificado las inconsistencias en los registros de diagnósticos de atención a PME víctimas de violencia. Así también, surge a consecuencia por la omisión del envío de información estadística de las oficinas de Registros y Estadísticas en Salud Locales a los CEINNA.

Además, la ausencia de mecanismos oportunos y efectivos en procura de garantizar la confiabilidad y la calidad de la información, condiciona la eficiencia y oportunidad en la toma de decisiones institucionales, en procura del máximo aprovechamiento de los recursos disponibles orientados para la atención de las personas usuarias. .

## **5. SOBRE LA GESTIÓN DE VIOLENCIA EN TODAS SUS MANIFESTACIONES EN LA DIRECCIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD Y DRIPSS.**

Se determinó que la Dirección de Red de Servicios de Salud y las DRIPSS, no disponen de mecanismos de control que permitan garantizar el fortalecimiento en la atención a PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, según el siguiente detalle:

### **5.1 DE LA INCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA EN LOS PLANES DE GESTIÓN REGIONAL.**

Se identificó que la Dirección de Red de Servicios de Salud y 6 de las DRIPSS, no consideran el tema de violencia en todas sus manifestaciones o eventos vinculados a estos, como parte del Plan de Gestión Regional o Plan de Acción Regional.

De lo anterior, únicamente la DRIPSS Central Sur, considera este tema como parte de plan de gestión; identificando a partir, del análisis de información, que se encuentra entre los primeros 10 eventos de notificación obligatoria de la región.

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia Red de Servicios de Salud de la C.C.S.S., cita en su sección funciones de los equipos en cada nivel de gestión, apartado “Nivel regional” que

*“La persona o equipo interdisciplinario designado por la persona Directora de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud realiza las siguientes acciones:*

“(...)

- *Incluir las metas vinculadas con las intervenciones en el Plan de Gestión Regional”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 1.1 sobre “Sistema de Control Interno”, describe

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para contar con un SCI, conformado por una serie de acciones diseñadas y ejecutadas por la administración activa para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los objetivos organizacionales (...).”*

Ese mismo marco normativo en sus apartados siguientes donde se describen los objetivos del sistema de control interno, detalla:

“(...)

*c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.*

*d. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico. El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad.*

Con relación a las causas de la no inclusión del tema y la relevancia que el mismo se encuentre en el Plan Regional, se consultó a las personas enlaces en las DRIPSS, donde refirieron lo siguiente:

La Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, detalló que no se encuentra incluido y sobre la inclusión de este considera que:

*“Si por ser un problema de salud pública que es en la actualidad se presenta con una alta incidencia.*

*Sería importante que en la institución se evidencie la atención de situaciones de violencia”.*

La Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, refirió igualmente que no está incluido y con relación a la inclusión refiere que:

*“Si por ser un problema de salud pública que es en la actualidad se presenta con una alta incidencia y que genera un impacto en la salud integral no solo a personas menores de edad, sino que también de la familia y comunidad”.*

Así mismo, la Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, refirió que *“El tema de violencia no se encuentra como parte del Plan de Gestión Regional”*, y sobre la inclusión indicó:

*“Desconozco la razón por la que no se incorpora, como una suposición pienso que, al ser un problema más social, la institución no visualiza la importancia de ser incluido, ya que la prioridad es a la patología médica. Y si considero, importante la inclusión, ya que es una patología social que afecta la salud integral de la población y requiere del análisis y abordaje técnico necesario para brindar la atención requerida. Es un problema de salud pública de alta incidencia”.*



De igual manera, la Licda. Daniela Marchena Calderón, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, refirió que *“No, únicamente en el plan quinquenal solo está la capacitación de protocolo de 72 horas”*.

La Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, mencionó sobre la relevancia en la inclusión en los Planes Regionales que:

*“Es sumamente necesario, dado que no es un tema de una sola disciplina, todo funcionario público está obligado por ley a cumplir con el reporte de notificación, así mismo, a brindar protección y atención en resguardo de la vida, según lo determinado en el enfoque de Derechos humanos, además es un problema de salud pública que presenta una alta incidencia, a pesar de que, se desconoce de forma cuantitativa la realidad, dado que los datos Caja son muy diferentes a los del Observatorio de la Violencia ubicado en el Poder Judicial.*

*Como se explicó previamente en esta Dirección Integrada si se encuentra incluida en el Plan de Acción 2024-2025 consolidado a nivel regional”*.

En virtud de lo anterior, si bien se evidencia que las personas asignadas como responsables de las actividades de control para la atención de violencia en todas sus manifestaciones en perjuicio de PME, son coincidentes en la relevancia de que este tema se encuentre identificado en los Planes de Gestión Regional, según lo evidenciado no se han ejecutado las acciones pertinentes para la inclusión de este tema en dicho plan.

La falta de inclusión de un tema relevante en los planes de gestión regionales limita el planificar, ejecutar y controlar acciones oportunas, efectivas y eficientes en pro del bienestar de las personas, en especial en aquellas que afrontan situaciones de violencia sexual; las cuales, generan secuelas no solo en su estado de salud física; sino también en su salud mental y entorno social.

## **5.2 DE LA SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ENLACE REGIONAL DE CEINNAA.**

Se identificó que las personas designadas como Enlace Regional del CEINNAA en las DRIPSS, no efectúan acciones de supervisión para verificar el desempeño y gestión de los CEINNAA Locales.

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia Red de Servicios de Salud de la C.C.S.S., cita en su sección funciones de los equipos en cada nivel de gestión, apartado “Nivel regional” que

*“La persona o equipo interdisciplinario designado por la persona Directora de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud realiza las siguientes acciones:*

- Supervisión tanto del desempeño de cada unidad en lo relativo a la gestión de los equipos CEINNAA como del llenado de la base de datos en Excel según acciones realizadas en las sesiones de trabajo.*
- Análisis de la gestión de los CEINNAA mediante la revisión de resultados descritos en las bases de datos anuales de cada Comité y la creación de cubos en articulación con el responsable regional de estadística.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 4.5.1 sobre “Supervisión Constante”, describe

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

Al respecto, la Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, detalló que

*“No se cuenta con mecanismos de supervisión a los CEINNA locales, sería únicamente la revisión de la herramienta del informe de análisis de casos.”*

Por otra parte, la Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega mencionó que *“No se supervisaron durante el año en estudio”*.

La Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, indicó:

*“No se cuenta con un proceso de supervisión como tal, se revisa la información y al ser las coordinadoras profesionales en Trabajo Social se revisa desde los lineamientos de la disciplina el cumplimiento de la organización y trabajo de la profesional en el proceso que lidera, pero no como una supervisión propia establecida para la comisión. En este proceso se revisa las minutas el cumplimiento de los tiempos el registro de los casos, el análisis y las gestiones realizados por la profesional, en el proceso de conducción del CEINNA.”*

Así mismo, la Licda. María Fernanda López Hernández, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte detalló:

*“Supervisión no, lo que se ha estado haciendo es lo efectuado en el monitoreo de los servicios de emergencia y las acciones de devolución en las supervisiones de TS.”*

La Licda. Daniela Marchena Calderón, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, mencionó

*“Sí, se efectúan monitoreo de atenciones de violencia en los servicios emergencia, se realizan procesos grupales de violencia, capacitación del llenado de VE-01 y se han efectuado dos circulares de recordatorio de atención a violencia en general. Se efectúa un monitoreo de adolescentes embarazadas menores de 15 años.”*

La Licda. Karla Mora Ruíz, enlace Regional CEINNA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, indicó

*“No se cuenta con un proceso de supervisión estructurada, ya que el proceso se realiza sola y además se tiene la actividad sustantiva propia como supervisora de trabajo social.”*

La Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur indicó que la supervisión se efectúa como equipo regional y se tienen incluidos por disciplinas indicadores específicos de atención de violencia como parte del proceso de verificación.

Así mismo, con relación a los procesos de supervisión y acompañamiento, mediante encuesta digital aplicada a las coordinaciones de CEINNAA locales, el 52 % manifestaron no recibir supervisión por parte del nivel regional, en el tema específico de CEINNAA. Situación que, expone la falta de información veraz de los comités locales, en virtud que 6 de las personas delegadas como enlaces regionales indicaron que no realizan supervisiones a los CEINNAA, situación que evidencia diferencias entre lo indicado por las funcionarias y las responsables de la región.

La situación descrita, surge como consecuencia que el fortalecimiento de atención a víctimas de violencia en todas sus manifestaciones no es considerado como parte de la agenda de gestión regional, o que posea relevancia como son otros eventos de salud. Esto a consecuencia de la falta de información, el desinterés como tema de salud pública, la visión de atención únicamente desde una perspectiva biológica y la normalización de eventos.

Implicando lo anterior, en la falta de estrategias integrales, oportunas y efectivas, en búsqueda de fortalecer la calidad de atención a PME que han sido víctimas de situaciones de violencia; debilitando, el seguimiento de rehabilitación que deben someterse todas estas personas ante la necesidad de restablecer las relaciones protectoras, recuperación de daños y desarrollo de resiliencia. Intervenciones que deben efectuarse desde una perspectiva multidisciplinaria e interinstitucional, lo cual conlleva una participación proactiva desde los niveles regionales.

### **5.3 DE LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL REGIONALE PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA.**

Se identificó que 6 de las DRIPSS han designado como única responsable de la supervisión, control, seguimiento y acompañamiento de los CEINNAA y Comité de Violencia, a la supervisión de la disciplina de Trabajo Social, como recargo de funciones. Esto pese, a que los procesos de atención de violencia en todas sus manifestaciones conllevan una participación multidisciplinaria, por lo que la supervisión y control debe conceptualizarse bajo ese mismo enfoque.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 2.5.1 sobre “Delegación de Funciones”, describe

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que la delegación de funciones se realice de conformidad con el bloque de legalidad, y de que conlleve la exigencia de la responsabilidad correspondiente y la asignación de la autoridad necesaria para que los funcionarios respectivos puedan tomar las decisiones y emprender las acciones pertinentes”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 4.5 sobre “Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones” describe:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional.*



---

*Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas (...)*

Considera esta Auditoría Interna que la designación de forma unipersonal de los comités regionales obedece a la falta de relevancia que se le brinda a la atención de violencia en todas sus manifestaciones, por parte de las personas responsables de la toma de decisiones. Lo anterior, en virtud de los aspectos que se han desarrollado en los apartados anteriores de este mismo informe.

Al existir un enlace unipersonal se pierde la oportunidad de fortalecer los procesos de atención por disciplina, responsabilizando en alguna medida la calidad de prestación de servicios ante escenarios de violencia únicamente en la disciplina de Trabajo Social. Esto a consecuencia de la falta de autoridad técnica necesaria, en procura de intervenir en los procesos de atención.

## **6. DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PME VICTIMAS DE VIOLENCIA EN TODAS SUS MANIFESTACIONES.**

Se considera que se cuentan con oportunidades de mejora en el funcionamiento de los CEINNAA locales, esto como resultado de la aplicación de encuesta digital a 113 establecimientos de salud (hospitales y áreas de salud), la visita a 12 establecimientos de salud y la revisión de una muestra de 136 casos de forma aleatoria de PME cuyo diagnóstico de atención en los servicios de emergencias u urgencias, se relacionará con alguna manifestación de violencia, durante el periodo 2023, obteniendo el siguiente resultado:

### **6.1 DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS CEINNAA LOCALES.**

Se identificó que el tiempo asignado a los CEINNAA Locales no es suficiente para atender la demanda de servicios en los establecimientos de salud; lo anterior, con mayor relevancia, en aquellos establecimientos de salud que se encuentran en entornos de mayor riesgo social (costas, zonas fronterizas, población indígena, pobreza, etc), donde se evidenció que no se verifican casos como violación sexual, prevalencia de ITS en PME, embarazo en PME y abuso sexual principalmente en la población adolescente.

Según la encuesta digital aplicada a las personas coordinadoras de los CEINNAA locales, refirieron que el 77 % (87) sesionan una vez al mes. Por otra parte, el 35 % (40) del total de encuestados indicó que el tiempo designado para esta actividad es aproximadamente entre 2 horas o menos por sesión y el 43 % (49) entre 3 a 4 horas por sesión.

Así mismo, el 74 % (84) de las personas encuestadas refirió que el tiempo designado para la actividad del CEINNAA es insuficiente.

Por otra, se identificaron debilidades en la disposición del envío de información por parte de los servicios de Registros y Estadísticas en Salud, para el monitoreo y revisión de casos por parte de los CEINNAA Locales. Esto en consideración, que los 22 de los centros visitados manifestaron que dicho servicio no envía la información y tampoco considera otros eventos ajenos a los diagnósticos T74 (síndrome del maltrato).

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia Red de Servicios de Salud de la C.C.S.S., cita en su sección “Requerimientos de tiempo, equipamiento e infraestructura” que

*Para el desarrollo de las actividades del CEINNAA, se requiere:*

*- Asignación mínima de 3 horas laborales al mes para el trabajo en equipo. Es fundamental que cada establecimiento de salud según el volumen de casos que analiza en CEINNAA, defina el tiempo requerido para sesiones del equipo.*

Ese mismo marco normativo en el apartado “Funciones de los equipos en cada nivel de gestión”, define que la persona funcionaria de Estadística Local, es la fuente de los datos requeridos por los CEINNAA de cada establecimiento de salud.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en la sección 1.9 referente con la “Vinculación del SCI con la calidad”, se describe que:

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

La poca disponibilidad de recurso para que los profesionales en salud puedan orientar los esfuerzos para fortalecer la atención de PME víctima de violencia en todas sus manifestaciones, obedece a la falta de interés y desinformación por parte de las autoridades locales; en virtud, que no les brindan la importancia a los temas psicosociales como aspectos relevantes en la prestación de servicios de salud.

Sin embargo, esa misma desinformación y falta de interés, ha surgido a consecuencia de poca participación o relevancia de los CEINNAA, como promotores en visibilizar la violencia en menores como un aspecto de salud pública, que merece una atención especial.

La suficiencia del tiempo disponible y la entrega oportuna de insumos, condiciona la confiabilidad y utilidad del trabajo que ha sido delegado en los CEINNAA Locales; de igual manera, evidencia la falta de seguimiento efectivo a las PME víctimas de violencia principalmente aquellas derivadas de situaciones de abuso sexual (aspecto que se desarrollará más adelante), la construcción y análisis de la situación real que presenta el establecimiento de salud, y su consecuencia en el crecimiento y desarrollo de la población menor de edad.

## **6.2 DEL PROCESO DE ATENCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE VIOLENCIA (REFERENCIAS, BOLETAS VE-01)**

Se identificó el incumplimiento al procedimiento de notificación que deben efectuar los profesionales en salud (externo e interno), ante la sospecha razonable de una situación de violencia en perjuicio de PME, siendo la disciplina de medicina (general y/o especializada) quien presenta la mayor reincidencia, según el siguiente detalle:

- El 42 % (58) de los casos identificados como violencia en perjuicio de PME se remitieron al Patronato Nacional de la Infancia (en adelante PANI), Ministerio Público (en adelante MP) y/o Organismo de Investigación Judicial (en adelante OIJ) o todas las anteriores.

- Del resultado del grupo anterior (58 casos), el 70 % (41) fueron realizadas por un profesional diferente al que identificó la situación de violencia, siendo la disciplina de Trabajo Social quien subsana la mayoría de los casos ante el incumplimiento al protocolo de atención.
- En relación con, la notificación obligatoria (VE-01) por situaciones de violencia, se identificó que el 40 % (54) de los casos, no se confeccionó o notificó dicho documento. Asimismo, se constató que en algunas situaciones el documento se generaba, pero quedaba pendiente de notificación dada la posibilidad de cerrar la ventana emergente del EDUS para generar la boleta VE01 sin que se realice el proceso de llenado e impidiendo el proceso de notificación.
- Del total de casos de violencia identificados por medicina, únicamente al 26 % (33) realizaron la notificación obligatoria VE-01.
- Del resultado del grupo anterior, solo el 30 % (10) cumplió con la emisión de referencias al MP y PANI por la persona que identifica la situación de violencia.
- El 47 % (64) de los casos verificados no se emitieron referencia a otras disciplinas, lo cual imposibilitó el brindar seguimiento.

El Código a la Niñez y Adolescencia, en su artículo 49 “Denuncia de Maltrato o abuso” determina lo siguiente:

*“Los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas”.*

El Manual de Procedimientos “Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS”, determina en su apartado 3.4 Referencia y Contrareferencia

*“Referencia a Ministerio Público, OIJ y PANI:*

*Debe realizarse en todas las circunstancias en las cuales se identifica sospecha razonable de violencia contra la persona menor de edad<sup>24</sup>, por parte de la primera persona funcionaria que detecta la situación según se especifica en el apartado Detección de la Violencia”.*

Continúa ese mismo Manual de Procedimientos en su apartado “Referencia a lo interno del establecimiento de salud de la CCSS”, con lo siguiente:

*“Deben realizarse todas las referencias internas requeridas para cada usuario(a) de acuerdo con la situación y la normativa institucional vigente. Esto implica referencias a todos los especialistas y subespecialistas, en particular, Trabajo Social, Psicología, especialidades médicas presentes en el establecimiento, CEINNA, atención farmacéutica, enfermería de Salud Mental, entre otras”.*

El Manual de Procedimientos Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia Red de Servicios de Salud de la C.C.S.S., cita en su sección “Descripción de organización funcional” que

<sup>24</sup> Artículo 49. Asamblea Legislativa. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739. San José, Costa Rica. p. 20.



*“Ingreso de casos para su análisis en CEINNAA. Las PME que han sufrido situaciones de violencia son atendidas en los establecimientos de salud (Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización) detectándose su condición. Las personas funcionarias que los atienden:*

- *Anotan en el expediente el diagnóstico correspondiente.*
- *Elaboran la referencia-denuncia que debe ser enviada por correo electrónico a las direcciones de las fiscalías u OIJ donde ocurrieron los hechos según corresponda. Esto en cumplimiento de lo que establece el “Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS. 021121 Criterios y Mecanismo de Referencia de situaciones sospechosas de violencia en perjuicio de personas menores de edad desde la CCSS hacia el Ministerio Público y el Organismo de Investigación Judicial”.*
- *Anotan que la referencia se envía al PANI”.*

Ese mismo marco normativo continúa detallando en ese mismo apartado, que durante la reunión del CEINNAA Local se analiza cada caso, recordando que las actividades requeridas son:

*“Confirmar que:*

- *se interpuso denuncia al Ministerio Público u OIJ en los casos que corresponde según se describe en lineamiento LT.GM.DDSS. 021121 41.*
- *se tramita denuncia al PANI en caso de presuntos hechos violatorios de los derechos de las personas menores de edad.*
- *se elaboró boleta VE 01”.*

El “Lineamiento técnico criterios y mecanismo de referencia de situaciones sospechosas de violencia en perjuicio de personas menores de edad desde la C.C.S.S. hacia el Ministerio Público y el Organismo de Investigación Judicial” define que:

*“Todas las situaciones sospechosas de violencia contra persona menor de edad son de acción pública, es decir, existe obligación de interponer la denuncia ante el Ministerio Público y/o el Organismo de Investigación Judicial, quienes estarán compelidos de realizar la investigación penal. La persona funcionaria que tenga conocimiento o sospecha de algún tipo de maltrato en perjuicio de personas menores de edad, está obligada a interponer denuncia de forma inmediata (...)”*

Así también agrega que

*“(...) En caso de situaciones que no se encuentren anotadas en la Tabla, se recomienda realizar consulta a la Fiscalía adjunta de atención de hechos de violencia en perjuicio de niñas, niños y adolescentes (FANNA), a la fiscalía territorial competente, al Organismo de Investigación Judicial (OIJ) del lugar en el que ocurren los hechos o remitir referencia-denuncia por duda”.*

Y que el cumplimiento de lo dispuesto estará bajo la responsabilidad de

- ❖ *Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud,*
- ❖ *Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.*
- ❖ *Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.*
- ❖ *Direcciones Médicas de los Hospitales.*



Mediante oficio GM-5325-2023 del 21 de abril de 2023, suscrito por Dr. Randall Álvarez Juárez, gerente médico en ejercicio en ese momento, emitió un recordatorio al cumplimiento del lineamiento técnico LT-GM-DDSS-AAIP-PNAV 050819, en el cual se detalla:

*“...Es importante que, se tenga presente que, una vez que se identifica la sospecha de la situación de violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, se debe de elaborar la boleta VE-01 en cumplimiento obligatorio con el Decreto de Notificación Obligatoria del Ministerio de Salud, así como elaborar todas las referencias externas que correspondan, según sea la situación que está siendo abordada, para alertar todo el Sistema Nacional para la atención integral de las situaciones de violencia (INAMU, PANI, Ministerio Público, CONAPAM, entre otros).*

*Además, recordar siempre, remitir las referencias de interconsulta a los servicios de apoyo de las disciplinas psicosociales, según corresponda también (Psicología, Enfermería en Salud Mental y Trabajo Social).”*

En relación con la emisión de referencias al PANI, MP u PIJ, el Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña, a través de la Dra. Adelaida Mata Solano, coordinadora detalló que

*“La referencia-denuncia tanto al PANI como al Ministerio Público responden a criterios establecidos vinculados con cada situación. De manera muy general se puede indicar que en caso de las situaciones de violencias tipificadas como posibles delitos interviene el Ministerio Público, mientras que en las contravenciones no, en el caso del PANI la norma establece que todos los casos deben referirse a dicha instancia dado que es la institución rectora en material de niñez y violación de derechos de las personas menores de edad (...).”*

De lo indicado por la Dra. Mata Solano, se identifica que existe una eventual contradicción entre lo referido y lo indicado en los distintos marcos normativos; en los cuales, la funcionaria ha participado en su elaboración, situación que podría hacer incurrir en un error al nivel local, considerando la contradicción presente.

Por otra parte, el Programa de regulación y normalización de violencia, la Dra. Karen Bonilla Salas, coordinadora refirió que

*“No existe ninguna excepción a la norma, cuando se trata de emitir referencias al Pani y MP en caso de sospecha razonable de situaciones de violencia identificados en PME, así está establecido en todos los manuales de procedimientos y comunicaciones oficiales de la Gerencia Médica. Por ejemplo, en el oficio GM-5325-2023 del 21 de abril de 2023 denominado RECORDATORIO CUMPLIMIENTO LINEAMIENTO TÉCNICO LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV 050819, se emite un recordatorio a nivel nacional con el correcto abordaje integral y la elaboración de sus correspondientes referencias.*

*Adicionalmente en el oficio GM-6970-2023 del 22 de mayo de 2023, la Gerencia Médica instruye respecto a la ATENCIÓN PRIORITARIA DE LAS SITUACIONES CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD DETECTADAS CON SOSPECHA DE SITUACIÓN DE VIOLENCIA O ABUSO SEXUAL”.*

Con relación a la emisión de ambas referencias la Msc. Celenia Corrales Fallas, coordinadora Nacional de Trabajo Social, refirió que:

*La regulación técnica vigente establece que, para sospecha razonable de maltrato o abuso en contra de personas menores de edad, deben enviarse referencias al Ministerio Público y al*



---

*PANI. Cada Institución tiene competencias en esta materia, el Ministerio Público investiga el presunto delito y el PANI es responsable de la protección integral de la persona menor de edad. Por lo que generar referencia sólo al PANI o sólo al Ministerio Público es un error. Cabe señalar que se puede mantener ampliación de información a ambas instituciones.*

El Dr. Alfonso Villalobos Pérez, coordinador Nacional de Psicología y la Dra. Sara Cubillo Escalante, psicóloga de esa misma coordinación, indicaron que no existe impedimento disciplinar para la emisión de referencias externas o internas, ni tampoco el emitir referencia a la disciplina de trabajo social, por otra parte, refirieron:

*“si se entiende en el texto “referencias” como la denuncia en las Instituciones señaladas, no existe impedimento.*

*Si el término referencias se utiliza, tal cual aparece en la **Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa**: “La referencia tiene como objetivo informar a los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del paciente (caso) y de lo actuado en el establecimiento o área de salud que lo refirió.”, en este caso es un medio de remisión de pacientes por un tema clínico dentro de la Institución. En tal situación, se debe verificar si existe convenio interinstitucional entre la CCSS y el PANI, así como entre la CCSS y el MP, para realizar este tipo de actividades. No es competencia de la Coordinación Nacional de Psicología, la regulación o firma de estos convenios, por competir a las autoridades institucionales dicha disposición”.*

Sobre las acciones implementadas para la atención del incumplimiento a la emisión de la notificación externa, los niveles regionales indicaron lo siguiente:

Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca

*“...Los CEINNAA, realizan un análisis de los casos y hacen un reporte a la jefatura para que hagan el procedimiento correspondiente.*

*En los análisis de casos de los CEINNAA, si se detecta incumplimiento de la normativa por parte de funcionario, se le realiza traslado de comunicación para que realice proceso en el EDUS, por ejemplo, VE-01, en otras unidades identifican incumplimiento realizan informe al Director Médico para que proceda a comunicar al personal, para que mejoren la atención de situaciones de violencia en persona menor de edad.”*

Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, refirió:

*“...Los CEINNAA, realizan un análisis de los casos y hacen un reporte a las jefaturas para que hagan el procedimiento correspondiente.”*

Por otra parte, la Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, refirió

*“...Ante esta situación se les ha recomendado a las coordinaciones de los CEINNAA reporten la situación mediante un oficio a los directores de las unidades para que le hagan el recordatorio a cada profesional identificado.*

*Así mismo desde la dirección de red se remitió un oficio recordando la responsabilidad que como funcionarios públicos se tiene en el reporte de los casos.*



---

*Adicionalmente se presentó en el consejo de directores el resultado del monitoreo de violencia de los servicios de emergencias donde se indicó la importancia de dar seguimiento al reporte de los casos detectados”.*

Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, refirió:

*“Se generó un oficio regional DRIPSSCS-DM-TS-0032-23, 09 de mayo del 2023 (Anexo N°3), orientando al respecto”.*

Si bien, la obligatoriedad de notificación es un aspecto advertido por este órgano de fiscalización y control, mediante oficio AD-ASALUD-0067-2023 del 8 de junio de 2023, derivado de la verificación del abordaje institucional en caso de abuso sexual a personas menores de edad. Se evidencia la persistencia en la omisión por parte de los profesionales en salud de realizar las notificaciones correspondientes.

Considera esta Auditoría Interna que la persistencia en esta condición es resultado de la ausencia o inadecuado proceso de supervisión, control y seguimiento a los niveles locales, por parte de las instancias regionales y nacionales.

La situación descrita deriva que la información emitida por la Institución no es clara en cuanto a su veracidad y calidad, afectando el brindar el seguimiento requerido por parte de las instancias internas o externas, a las víctimas de violencia, generando un deterioro en su calidad de vida, ante la carencia de herramientas para afrontar y superar el evento.

### **6.3 DE LA IMPORTANCIA DE FORTALECER EL SEGUIMIENTO A LAS PME VICTIMAS DE VIOLENCIA.**

Se identificó que los niveles locales carecen de un sistema efectivo, que permita garantizar el seguimiento y acompañamiento psicosocial, de aquellas personas víctimas de violencia en todas sus manifestaciones, siendo las disciplinas de Medicina General y Psicología las que presentan la mayor incidencia en la omisión y la falta de continuidad de los casos.

- La disciplina de Medicina General en el 47 % (64) de los casos verificados no emitieron referencia a otras disciplinas, lo cual imposibilitó el brindar un seguimiento efectivo al paciente.
- La disciplina de psicología en el 51 % (36) de los casos que se indicó seguimiento (72), no brindó continuidad a la atención.

Además, se identificaron 3 casos de ideación suicida o intentos de autoeliminación por situaciones de violencia en personas adolescentes, en el cual los servicios de emergencia solicitan Inter Consultas (en adelante IC) a la especialidad de psiquiatría y este no se presenta dando únicamente instrucción telefónica de enviar CE a cupo; sin embargo, no se logró constatar que estas personas recibieran la atención posterior a su egreso.

El Manual de Procedimientos “Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS”, determina en su apartado 4 “Seguimiento integral de la PME en situación de violencia” lo siguiente:



---

*“Se ofrecerá seguimiento psicosocial que incluya a la familia y/o redes de apoyo, además de seguimiento médico especializado a secuelas físicas o problemas de salud asociados con la situación sufrida.*

*Para efectos de seguimiento rehabilitatorio, deben considerarse la necesidad de restablecer las relaciones protectoras, recuperación de daños y desarrollo de resiliencia, intervenciones en las cuales participarán diferentes profesionales según capacidad instalada de cada establecimiento de salud y red de servicios como: psicología, Trabajo Social y medicina, así como, diferentes instituciones entre ellas Poder Judicial, PANI, MEP u otras”.*

Mediante oficio GM-5325-2023 del 21 de abril de 2023, suscrito por Dr. Randall Álvarez Juárez, Gerente Médico en ejercicio en ese momento, emitió un recordatorio al cumplimiento técnico LT.GM.DDSS.AAIP.PNAV 050819, detalla lo siguiente:

*“(..) recordar siempre, remitir las referencias de interconsulta a los servicios de apoyo de las disciplinas psicosociales, según corresponda también (Psicología, Enfermería en Salud Mental y Trabajo Social)”.*

Al respecto La Dra. Karen Bonilla Salas, coordinadora del Programa de Normalización a la Atención de Violencia, con relación al seguimiento refirió:

*“(..) lo que se ha venido recomendando en todas las capacitaciones es que los profesionales en salud deben de revisar antecedentes previos, dada la capacidad del sistema para realizar dicho proceso; es responsabilidad de los y las profesionales en el momento mismo de la atención, revisar esos detalles clínicos, sean físicos, psicológicos y sociales; así como la recomendación indicada en el mismo LT de diagnósticos la cual señala textualmente: “Es importante recalcar que será necesario en la atención de TODOS los casos valorar e indicar en el Sistema Informático EDUS, si corresponde al seguimiento de un caso subsecuente con un mismo diagnóstico o si corresponde a la atención de un caso con un diagnóstico nuevo, lo anterior para llevar un mejor y correcto registro de datos estadísticos.”*

Por otra parte, el Lic. Maynor Sequeira Solano, coordinador del Programa de Normalización de la Atención Integral a Adolescentes, con relación al control y seguimiento para las personas adolescentes lo siguiente:

*“En los niveles locales, semanalmente hacen un muestreo de expedientes donde se revisan casos de los y las adolescentes atendidos con diagnósticos de violencia, se revisa el procedimiento seguido en la atención (si se hizo detección, si se evaluó a profundidad el riesgo detectado, el plan de tratamiento que se siguió y si se hicieron las referencias internas y externas que correspondían).*

*Estas revisiones de expedientes las hacen los CEINNAA y las comisiones locales de violencia, quienes comunicación a la dirección del establecimiento las fallas y omisiones encontradas. Es una acción de rutina”.*

Sin embargo, en el proceso de verificación realizado por este órgano fiscalizador no se logró identificar que se realizara dicha acción mencionada por el Lic. Sequeira Solano, en virtud que mediante encuesta digital enviada a los y las coordinadoras de los CEINNAA Locales, refirió el 77 % que sesionan 1 vez entre 2 o menos horas al mes. Situación que contradice lo expuesto.



A su vez la Dra. Adelaida Mata Solano, coordinadora Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña, sobre el seguimiento mencionó:

*“Para fortalecer los procesos de seguimiento a las PME víctimas de cualquier situación de violencia las dos acciones principales desarrolladas desde el Área de Atención Integral a las Personas son mantener al día los documentos normativas relacionadas con el tema y abrir espacios de capacitación permanente para recordar aspectos medulares de la misma. Recordar que el accionar del Área es complementado por el monitoreo y seguimiento de los instruido que realiza en el nivel local los jefes y coordinadores de los servicios involucrados, en el nivel regional los supervisores regionales enlaces en el tema y en el nivel central la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud”.*

La Msc. Celenia Corrales Fallas, coordinadora Nacional de Trabajo Social, refirió con relación al seguimiento desde la disciplina que:

*“En casos en los que la situación de sospecha razonable o riesgo social de la persona menor de edad haya sido reportada al PANI y presente ausencia a la cita en consulta social, la persona profesional en Trabajo Social debe informar de manera inmediata al PANI sobre esta ausencia, según la regulación técnica vigente. En los casos en que, por decisión de la persona trabajadora social y su jefatura, no se haya reportado la situación de la persona menor de edad al PANI por haber considerado y sustentado que no se detectó sospecha razonable ni riesgo social, pero presenta ausencia a la cita en consulta social, se debe realizar el reporte al PANI mediante referencia de la situación social y se debe informar sobre la ausencia”.*

El Dr. Alfonso Villalobos Pérez, coordinador Nacional de Psicología y la Dra. Sara Cubillo Escalante, psicóloga de esa misma coordinación, indicaron desconocer que esta situación este sucediendo, ya que no se cuenta con datos, por otra parte, refirieron:

*“La regulación y normalización de estos procesos se encuentra a cargo del Programa de atención a la violencia, adscrita al Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (DDSS). La gestión de psicología se encuentra regulada en el Manual de Gestión Técnico de Psicología (avalado mediante nota GM-DESP-15905, el manual y la nota se encuentra en archivo zip adjunto) y el criterio de seguimiento psicológico (casos subsecuentes), se encuentra normado bajo los alcances de la Guía de Atención de Consulta Externa, donde se estipula la existencia de cupos tipo prioritarios, para la atención de personas en alto riesgo y que se encuentran ambulatorios, psicología del nivel local puede utilizar estos espacios, para la atención de personas con clasificación de alto riesgo y, cuando sea requerido, recomendar que la persona sea abordada en Emergencias u hospitalización para lo correspondiente”.*

Licda. Graciela Arguedas Monge, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, detalló:

*“Los CEINNAA, realizan un análisis de los casos y hacen un reporte a las jefaturas para que hagan el procedimiento correspondiente”.*

Licda. Martha Villagra Hernández, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, refirió:

*“Los CEINNAA, realizan un análisis de los casos y hacen un reporte a las jefaturas para que hagan el procedimiento correspondiente, y específicamente en los procesos de supervisión de expedientes de salud, si se encuentra un caso abordado por Trabajo Social abordado inadecuadamente, se realizan las observaciones pertinentes”.*

Por otra parte, la Licda. Esmeralda Pacheco Ponce de León, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte, refirió

*“Desde los CEINNAA lo que se realiza es un análisis del proceso de captación, y reporte de los casos, a partir de los lineamientos definidos para cada situación y se verifica que se haya remitido a los servicios de apoyo respectivos, los procesos de seguimiento se brindan desde la atención que cada servicio de apoyo brinda”.*

Licda. Gabriela Leiva Ulloa, enlace Regional CEINNAA de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, refirió:

*“En trabajo social, enfermería, epidemiología, y REDES se ha estado haciendo supervisión con enfoque de transversalidad considerando tres ejes:*

*a. Desde el proceso interno del equipo regional Violencia – CEINNA: si el equipo logra identificar una situación relacionada con los vacíos señalados, debe solicitar con el aval del Dr. Méndez, un informe a la dirección médica del Área de Salud, para sentar responsabilidades.*

*b. Desde la responsabilidad que recae en cada disciplina, para el cumplimiento de lo normado, de manera que en supervisión se subrayan los hallazgos y se solicita subsanar, aunado a esto se les comparte todo documento normativo relacionado con el tema.*

*c. Este proceso está ubicado en un continuum, por lo que debe brindársele permanentemente el seguimiento que requiere”.*

Si bien el seguimiento de la atención es un elemento operativo, es importante que el nivel nacional, tome participación principalmente desde las disciplinas, en la instrucción de la responsabilidad, obligatoriedad e importancia de brindar servicios integrales a las personas.

Al respecto, se considera que no se dispone de las acciones suficientes por parte del nivel nacional y regional, relacionadas con un seguimiento efectivo de este grupo de personas; en virtud, a la falta de integración y coordinación entre diferentes servicios y niveles de atención, y procesos administrativos que podrían desalentar al personal de salud de llevar a cabo el seguimiento, esto sujeto además de la persistencia de problemas de comunicación, alta demanda de servicios, falta de recurso humano y un sistema de registro ineficiente que permita identificar y dar trazabilidad a las PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones.

El no brindar un adecuado seguimiento a las víctimas de violencia en el sistema de salud tiene efectos significativos que impactan a las víctimas como al sistema de salud y la sociedad en general. Dichos efectos reflejados en la salud física y mental de las víctimas, incremento de morbilidad y mortalidad, la carga al sistema de salud, deterioro en la calidad de vida, entre otros. Pero que son aspectos que la Gerencia Médicas y sus unidades de sede y regionales deben atender y resolver.

#### **6.4 DEL SEGUIMIENTO DE LAS PME EN LA CONSULTA EXTERNA, DERIVADAS DE INTERCONSULTAS (en adelante IC).**

Se identificó que del total de casos verificados con los equipos CEINNAA locales en los centros de salud visitados, el 70 % (14 de 20) de las PME que fueron atendidos mediante “interconsulta” por parte de los profesionales de las disciplinas de Trabajo Social y Psicología, durante su hospitalización u estancia en observación, no recibieron posterior a su egreso el seguimiento indicado en la Consulta Externa.

Lo anterior, en consideración que se evidenció que estos profesionales, pese a indicar “*hacer referencia al egreso para seguimiento en consulta externa*” en el expediente de salud de las personas usuarias, los médicos no cumplían con lo solicitado. Razón por la cual, las PME víctimas de violencia no recibían el seguimiento indicado.

El Código a la Niñez y Adolescencia, en su artículo 5 “Interés Superior” determina lo siguiente:

*“Toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal.*

*La determinación del interés superior deberá considerar:*

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades.*
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.*
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.*
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 4.5 sobre “Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones” describe:

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

Sobre este aspecto la Máster Celenia Corrales Fallas, coordinadora Nacional de Trabajo Social, refirió que:

*“(...) la regulación técnica vigente para Trabajo Social no establece que una persona usuaria, atendida por Trabajo Social durante su hospitalización, requiera de una referencia del médico tratante para consulta externa en Trabajo Social a su egreso, como requisito para continuar su tratamiento en consulta social en el mismo establecimiento de salud.*

*Por el contrario, al tratarse de una persona atendida durante su hospitalización por Trabajo Social puede ser referida a consulta social por la persona trabajadora social que la atendió, para tratamiento en el mismo establecimiento de salud o bien para continuar su proceso en Trabajo Social de otro establecimiento de salud (hospital o área de salud), según la regulación técnica vigente.*

*Lo anterior sustentado en la Ley de Simplificación de Trámites, lo que implica que es una buena práctica la “auto referencia” de Trabajo Social de hospitalización a consulta externa del mismo establecimiento de salud”.*

El Dr. Alfonso Villalobos Pérez, coordinador Nacional de Psicología y la Dra. Sara Cubillo Escalante, psicóloga de esa misma coordinación, refirieron:

*“psicología acude por interconsultas emitidas por medicina, a los servicios de Urgencias o Emergencias, se realiza la intervención correspondiente y se debe anotar en el EDUS el procedimiento correspondiente y el criterio técnico relevante (posibilidad de referencia al establecimiento o al área de adscripción). Debido a que el caso está en Emergencias, se requiere un acto médico de egreso para que, REDES emita las referencias o acciones de seguimiento de atención para la continuidad del proceso de tratamiento (...).”*

*“(...) En ese sentido y de acuerdo con lo normado por la CCSS (documentos anteriormente mencionados), tanto REDES como medicina, deberían revisar las recomendaciones de los servicios de apoyo, en este caso el criterio de psicología, para emitir la petición de atención en Consulta Externa (...).”*

*“Se recomienda que, los servicios de Emergencias gestionen y revisen los criterios de las disciplinas interconsultadas, para que, una vez establecido la actuación profesional de estas profesiones y vistas en el EDUS, se gestione la acción correspondiente, según sea el caso. También es importante que el jefe de servicio o el coordinador de psicología designado por la autoridad del centro de salud para esta función, realice verificación de las interconsultas recibidas y atendidas para minimizar riesgos asociados a la no atención y seguimiento correspondiente. También el supervisor regional de psicología puede colaborar con esta gestión de riesgos”.*

Es necesario el considerar que lo referido por la coordinación Nacional de Psicología, posee una característica de priorizar el proceso administrativo, sobre el interés de la persona menor de edad, que ha sido víctima de violencia en cualquiera de sus manifestaciones. Esto en razón, del traslado de responsabilidad en la comunicación y coordinación, cuando se define la continuidad de atención a las PME en la CE, para atender las secuelas del evento.

Razón por la cual, considera esta Auditoría Interna, que las disciplinas involucradas en la atención de PME víctimas de violencia no efectuaron las coordinaciones pertinentes, para garantizar la continuidad de la prestación de servicios en niños, niñas y adolescentes. Esto en razón, de la omisión de la verificación de indicaciones durante la intervención multidisciplinaria y la falta de interés en brindar servicios coordinados, con calidad y calidez, a estas personas.

Por lo cual, la falta de procesos coordinados en procura de garantizar servicios integrales, eficientes y efectivos de salud conlleva al deterioro en el estado físico, mental y social de las PME que han sido víctimas de situaciones de abuso, violación, agresión y otras manifestaciones de violencia.

## **6.5 DEL REGISTRO DEL DETALLE DE ATENCIONES EN EDUS A PERSONAS USUARIAS AUSENTES.**

Se identificó, que los funcionarios de las disciplinas de medicina general, trabajo social y psicología registraron atenciones o diagnósticos en el expediente en salud, de personas usuarias ausentes a su cita programada en la Consulta Externa, lo cual podría generar registros que no se ajustan a la realidad en cuanto a la producción individual.

Así mismo, las disciplinas de Trabajo Social y Psicología utilizan el mecanismo de llamada telefónica para sustituir a ese grupo de personas, sin que esta se encuentre agendada como medio alternativo de atención o se identifique que se constató el consentimiento informado, describiendo además que la atención se realizó de forma indirecta (a través de un familiar). Lo anterior, como mecanismo de gestión de ausentismo y aumento de productividad.



El Manual para la gestión de los servicios de consulta externa en el marco de un Plan de Atención Oportuna, en su apartado 7.3, define como “Ausente”

*“Persona con cita en el servicio de consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se haya presentado para su atención. Su ausencia, es condición suficiente para que el personal de REDES proceda a sustituirla por otra u otras personas (...).”*

El “Lineamiento para la aplicación de las modalidades alternativas a la atención presencial en la prestación de servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social”, del 23 de octubre de 2020, establece que esas modalidades:

*“se podrán realizar cuando no sea indispensable realizar el examen físico, procedimientos presenciales, o bien, cuando a criterio del profesional en salud se requiera la comunicación de un diagnóstico con pronóstico reservado, abordaje psicosocial de trastornos mentales, violencia, abuso, entre otras condiciones”.*

En el “Lineamiento para la consulta externa de trabajo social (consulta social) en modalidad no presencial, en los tres niveles de atención en salud: teleconsulta social”, se establecieron “situaciones sociales contraindicadas para consulta por medios no presenciales”, entre las cuales se definieron: toda consulta social de primera vez, abuso sexual, riesgo social, autolesiones, violencia en sus diferentes manifestaciones y otras, por tanto se limitó la atención no presencial a casos subsecuentes de bajo riesgo, diagnósticos por COVID-19, así como seguimientos en adultos mayores, personas con discapacidad o cuidado paliativo.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, 5.6 sobre “La calidad de la información”

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

*Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.*

Por otra parte, describe en la sección 5.8 “Control de sistemas de información”, lo siguiente:

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

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

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben promover un compromiso institucional con la calidad y apoyarse en el SCI para propiciar la materialización de ese compromiso en todas las actividades y actuaciones de la*



---

organización. A los efectos, deben establecer las políticas y las actividades de control pertinentes para gestionar y verificar la calidad de la gestión, para asegurar su conformidad con las necesidades institucionales, a la luz de los objetivos, y con base en un enfoque de mejoramiento continuo”.

Sobre este aspecto la Máster Celenia Corrales Fallas, coordinadora Nacional de Trabajo Social, refirió que:

*“(...) al tratarse de una consulta social por medios alternativos, se debe aplicar la regulación técnica vigente para Trabajo Social, que implica que la primera atención a las personas usuarias debe ser presencial, ya sea por consulta externa, hospitalización, emergencias o visita domiciliar. Y que se debe diferenciar la acción de contactar a la persona usuaria para conocer la razón de la ausencia y reprogramar la cita, respecto al procedimiento de la consulta social”.*

*“(...) agrega que la consulta social por medios alternativos, denominada Teleconsulta social, debe estar programada previamente, para que la persona usuaria espere ese contacto y disponga de las condiciones para esa modalidad de consulta social.*

*Indica que la regulación técnica vigente establece que la Teleconsulta social se realiza mediante videollamada con las herramientas tecnológicas con las que dispone la CCSS como zoom o Teams, y que aún se analiza según la evidencia científica disponible para determinar la viabilidad de la llamada telefónica, en el tanto se debe garantizar la integridad de la persona usuaria, la privacidad de la consulta y la confidencialidad de la información.*

*Por lo anterior, la llamada telefónica puede constituir una acción de contacto a la persona usuaria, pero no una sustitución de la consulta social presencial a la que estaba citada. La MSc. Celenia Corrales agrega que esta acción de sustituir una consulta social presencial de primera vez por una llamada telefónica inmediata, la explican las personas trabajadoras sociales con base en la necesidad de cumplir con la producción en consulta social, como una medida para reducir el ausentismo, así como para realizar un contacto con la persona usuaria, para una valoración y abordaje inicial del riesgo”.*

El Dr. Alfonso Villalobos Pérez, coordinador Nacional de Psicología y la Dra. Sara Cubillo Escalante, psicóloga de esa misma coordinación, refirieron:

*“Los profesionales en psicología solo pueden utilizar el EDUS, tal y como lo regula la normativa institucional al respecto: para la atención virtual o presencial de las personas usuarias que les han sido referidas y agendadas oportunamente, esto en el caso de la consulta externa; para las actividades de hospitalización o urgencias, se requieren las interconsultas, tal y como lo norma la Institución. No tienen autorización técnica y normativa para realizar lo indicado en la pregunta”.*

*“(...) si la persona usuaria ha sido referida y se agendó por REDES en el SIAC como teleconsulta, se puede atender mediante modalidad de telepsicología (telesalud), esto de acuerdo con lo indicado en el “Manual de procedimientos para la aplicación de la Telepsicología en la Caja Costarricense de Seguro Social Código MP-GM-DDSS-ARSDT-PSI-11112020.”, avalado en nota GM-2741-2020 (se adjunta); no obstante este documento regulatorio tampoco avala lo consultado en la pregunta anterior, no se puede abrir un expediente de persona usuaria, si no media una referencia o interconsulta”.*

Considera este órgano de fiscalización, que el accionar de los profesionales responde a la falta de supervisión y control de calidad por parte de las disciplinas y las autoridades de los centros de salud, responsables de velar por la confiabilidad de la información; así como, de un enfoque centralizado en productividad numérica (cantidad), por sobre el aprovechamiento y maximización de los recursos disponibles.

Por tal razón, el efectuar este tipo de acciones condiciona la oportunidad de acceso a otras personas, dado la imposibilidad de sustitución de los usuarios, incurriendo en incrementando a las listas de espera y en una posible afectación en la salud de las personas usuarias. Así también, tal accionar condiciona la calidad y confiabilidad de la información estadística institucional; en virtud, del registro de atenciones no realizadas en pro de incrementar la producción del centro de salud o profesional.

#### **6.6 DEL INCUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO INTERINTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL (CONOCIDO COMO PROTOCOLO DE 72HRS).**

Se evidenció que 14 (87 %) de los 16 casos identificados de PME (niñas y adolescentes), que requirieron atención en los establecimientos de salud por ser víctimas de violación sexual, no se les aplicó el "Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual".

Lo anterior en los siguientes establecimientos de salud:

- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Monseñor Sanabria.
- Hospital Dr. Tony Facio Castro.
- Hospital San Rafael de Alajuela.
- Hospital Manuel Mora Valverde.

Así mismo, se identificó que ninguno de los casos antes descritos, se asignó el diagnóstico correspondiente a este tipo de evento (Y05)

El Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual, define como competencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, ante estos eventos lo siguiente:

##### *"5.9. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*

###### *a) Valoración médica de la persona víctima de violación sexual*

- *Realizar la valoración de la persona víctima de violación sexual para determinar si el evento ha ocurrido antes de las 72 horas, tomando como base la información suministrada por la instancia que brindo la atención inmediata a la persona víctima (primera atención), o mediante una entrevista breve a la persona víctima cuando esta ingresa a los servicios de salud directamente*
- *Valorar redes de apoyo institucionales e interinstitucionales para la atención integral de la persona víctima e informar a la persona víctima y a su acompañante sobre el proceso de atención que se le proporcionara en el establecimiento de salud".*

Ese mismo protocolo en su apartado 5.9.1.1. “Descripción de actividades del personal de salud” detalla:

*“El personal del servicio de emergencias que interviene en la atención inicial de este evento de salud es personal de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, farmacia y laboratorio”.*

Continúa en el apartado 5.9.1.8. “Control y seguimiento en el ámbito de consulta externa” con lo siguiente:

*Posterior al egreso de la persona víctima del servicio de emergencias, el personal médico del servicio de emergencias debe remitir a control y seguimiento en consulta externa, en los siguientes servicios:*

- *Medicina Familiar, Medicina Interna: Asignar cita para seguimiento y control clínico y serológico, según criterio médico especialista (al menos en el periodo de los 28 días de la PPE). Si hubiera riesgo de VIH solicitar interconsulta al servicio de infectología.*
- *Enfermería en Salud Mental: Asignar cita con prioridad según la oferta de servicios, para la gestión del cuidado de la persona usuaria y consulta especializada de esta disciplina.*
- *Psicología y Psiquiatría: La prestación de servicios por parte de estas especialidades se dará con la frecuencia y duración estipulada por el personal profesional respectivo. Si la persona víctima presenta eventos de espectro psiquiátrico, se deberá solicitar cita en psiquiatría. Si en el establecimiento de salud que inicio la atención psicológica no hubiera disponibilidad de citas, entonces elaborar una referencia al área de salud correspondiente a la zona de adscripción de la persona víctima.*
- *Trabajo Social: Asignar cita en consulta externa de Trabajo Social del mismo establecimiento de salud, con carácter prioritario, con el objetivo de que el abordaje social ocurra lo más pronto posible después del evento. De acuerdo con la oferta de servicios de la disciplina, la persona víctima mantendrá el tratamiento social en ese servicio o será referida a otro nivel de atención para seguimiento, según coordinación en la red interniveles de Trabajo Social.*
- *Otras especialidades: Asignar cita de control conjunto con otras especialidades medicoquirúrgicas, de acuerdo con lo determinado en la valoración inicial (por ejemplo: psiquiatría, ginecología, proctología, pediatría, entre otras).*

El Manual de Procedimientos “Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS”, determina que el diagnóstico para “Violación Sexual”, incluyendo todas las violaciones, independientemente de la edad y de las horas de ocurrido el evento, será el Y05 “Agresión sexual con fuerza corporal”.

Sobre los elementos para considerarse como incumplimiento al protocolo de 72hrs, la Dra. Karen Bonilla Salas, refirió que

*“Cuando no se cumpla con alguno de los elementos indicados para el abordaje de víctimas de violación sexual según lo establecido en Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual (Primeras 72 Horas de Ocurrido el Evento); siendo básicamente la detección del caso, activación del equipo por medio del 911, valoración clínica, laboratorios, administración de tratamiento antirretroviral y anticoncepción de emergencia según criterio clínico y con consentimiento informado, valoración de riesgo para hospitalización (principalmente en PME), elaboración de denuncias/referencias internas y externas así como las indicaciones para posterior seguimiento clínico en consultas de medicina interna o infectología”.*

Por otra parte, agregó

*“(...) Las consecuencias de un abordaje inadecuado podrían ser muchas, desde efectos a corto mediano y largo plazo, cuando no se valore los posibles riesgos sociales que prevengan un futuro nuevo evento similar, valorar redes de apoyo para la víctima y su reinserción social, así como el abordaje del trauma psicológico, prevención de efectos de estrés postrauma que podrían ir en aumento y desencadenar enfermedades psiquiátricas de mayor complejidad a futuro”.*

Considera esta Auditoría Interna, que existe una falta de acciones efectivas y eficaces por parte de los funcionarios responsables en la intervención de las personas víctimas de violación, considerando la ausencia de seguimiento, atención integral y acompañamiento, según así ha sido delegado a la institución.

Razón por la cual, es de vital importancia que la atención en salud en casos de violación se fortalezca considerando el impacto que esta tiene en la recuperación física y emocional de las víctimas. Además de garantizar una atención integral y sensible como base fundamental para abordar las múltiples dimensiones de la violencia sexual y sus efectos en individuos y comunidades.

## 7. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE VALORACIÓN DE RIESGOS

Se evidenció que el Área de Atención a las Personas, la Dirección de Red de Servicios de Salud y las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, no disponen de un mecanismo de control interno para la definición y gestión de riesgos vinculados al desarrollo del presente estudios.

Por lo anterior, se hacen de conocimiento a esas unidades, los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sean valorados y se establezcan las actividades de control que se estimen pertinentes. (Ver anexo 1)

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

*“(...)”*

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

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

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

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

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

Así también en relación con el Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional detalla<sup>25</sup>:

<sup>25</sup> Artículo 18 de la Ley de Control Interno.

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

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

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

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

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

*“(…)*

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

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

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

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



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

## CONCLUSIÓN

Los resultados de la presente evaluación evidencian que la inclusión del tema de violencia en el Plan Táctico Gerencial y Planes de Gestión Regional es una medida estratégica esencial para garantizar una respuesta integral y coordinada frente a este grave problema social. Al integrar la prevención y atención de la violencia como un eje central en la planificación gerencial, se fortalece el compromiso institucional con la protección de los derechos humanos y se asegura que los recursos y esfuerzos se alineen con los objetivos de mitigación y erradicación de la violencia en todas sus formas.

Esta inclusión permite que la organización no solo cumpla con las normativas legales y éticas, sino que también desarrolle una cultura de sensibilización y responsabilidad social. Asimismo, promueve la adopción de políticas y procedimientos que faciliten la detección temprana, la intervención efectiva y el seguimiento adecuado de los casos de violencia, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas y contribuyendo a la creación de un entorno más seguro y equitativo.

Finalmente, al priorizar este tema refuerza el liderazgo de la organización en la lucha contra la violencia, demostrando un compromiso genuino con la protección de los más vulnerables y el bienestar general de la comunidad.

Por otra parte, se considera además la intervención inmediata para mejorar la protección y atención integral de los menores de edad víctimas de violencia. Se destaca la imperiosa necesidad de actualizar la normativa vigente correspondiente al tema de adolescentes, garantizando que refleje las mejores prácticas y estándares internacionales. Asimismo, es crucial fortalecer los mecanismos de supervisión y control, asegurando que todas las disciplinas involucradas cumplan con sus responsabilidades de manera efectiva y coordinada.

De igual forma, el fortalecimiento de la supervisión y el seguimiento de las personas menores de edad víctimas de violencia en el sistema de salud es una prioridad crítica para garantizar su protección y bienestar. Una supervisión más robusta asegura que las normativas y protocolos se apliquen de manera efectiva, permitiendo una respuesta rápida y adecuada a los casos de violencia.

El seguimiento riguroso de los menores de edad afectados es fundamental para asegurar la continuidad en la atención y el apoyo, minimizando los riesgos de revictimización y promoviendo su recuperación integral. Implementar mecanismos de monitoreo que incluyan la evaluación constante de la calidad de la atención y el cumplimiento de los procedimientos establecidos es indispensable para asegurar que cada niño o niña reciba la protección y el tratamiento necesarios.

Fortalecer estos aspectos dentro del sistema de salud no solo responde a las obligaciones legales y éticas, sino que también demuestra un compromiso firme con la creación de un entorno seguro y protector para los menores, contribuyendo a su desarrollo saludable y a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Razón por la cual, emitir referencias a otras disciplinas de salud para la atención de víctimas de violencia es crucial, para proporcionar un enfoque integral y efectivo en su recuperación. La violencia, en sus diversas formas, puede tener un impacto profundo y multidimensional en la salud física, mental



y emocional de las víctimas; por ello, la intervención de diferentes especialistas, como psicólogos, psiquiatras, ginecólogos, y trabajadores sociales, es esencial para abordar las diversas necesidades que surgen a raíz de la violencia.

De forma complementaria, la colaboración interdisciplinaria permite una coordinación más efectiva de los recursos y servicios disponibles, optimizando los resultados para las víctimas y reduciendo los riesgos de revictimización. Emitir referencias adecuadas es, por tanto, un componente esencial de una estrategia de salud pública comprometida con la protección y el bienestar de las personas afectadas por la violencia.

Por otra parte, el cumplir con el Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual es fundamental para asegurar una respuesta coherente, efectiva y compasiva ante casos de violencia sexual. Considerando que en este se establece las directrices claras para la intervención de diversas instituciones, garantizando que las víctimas reciban una atención integral que aborde tanto sus necesidades inmediatas de salud física y mental, como sus derechos legales y sociales.

El cumplimiento con este protocolo es crucial para evitar la revictimización y asegurar que todas las personas afectadas reciban un tratamiento digno, respetuoso y adecuado, que promueva su recuperación y acceso a la justicia. Además, la adherencia estricta a este marco normativo fortalece la coordinación interinstitucional, optimizando el uso de recursos y mejorando la calidad de la atención brindada, reforzando no solamente la confianza en las instituciones públicas, sino que también contribuye a la construcción de un sistema más justo y equitativo, que proteja de manera efectiva a las personas en situaciones de vulnerabilidad y promueva el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Asimismo, la notificación obligatoria ante eventos de salud pública es de suma relevancia, ya que constituye una herramienta esencial para la prevención, control y manejo eficaz de enfermedades y condiciones de salud que afectan a la población. Las notificaciones obligatorias permiten a las autoridades de salud recopilar datos precisos y oportunos sobre la incidencia y prevalencia de diversas patologías, lo que es fundamental para detectar brotes, monitorear tendencias epidemiológicas y evaluar el impacto de las intervenciones en salud.

Además, estas notificaciones son clave para activar protocolos de respuesta rápida, lo que puede incluir la implementación de medidas de control, campañas y provisión de estrategias preventivas, dependiendo de la situación. Sin una notificación obligatoria, las brechas en la información pueden retrasar la respuesta sanitaria, aumentando el riesgo de propagación de enfermedades y afectando negativamente la salud pública.

Asimismo, la calidad de los datos relacionados con los casos de violencia debe ser mejorada significativamente, implementando sistemas que permitan un registro y seguimiento más preciso y confiable. Esto es esencial para tomar decisiones informadas y para el seguimiento adecuado de cada caso.

Por último, la valoración de riesgos es una herramienta de vital importancia al brindar una visión futura de aquellos elementos que pudiesen repercutir en el cumplimiento de objetivos, a través del diseño de planes preventivos y de gestión, con el propósito de minimizar los riesgos a los cuales se encuentran expuestos. Sin embargo, ha sido evidenciado que lo definido al respecto por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, requiere de acciones precisas enfocadas a diseñar y ejecutar procesos de mejora que permitan efectuar las correcciones necesarias al análisis de situación del servicio y los planes de administración y prevención de riesgos establecidos.



## RECOMENDACIONES

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

- 1- Valorar a partir de los resultados expuestos en el presente informe, la pertinencia de la inclusión o vinculación en el Plan Táctico Gerencial, el fortalecimiento de la atención de violencia en todas sus manifestaciones, con el objetivo de asegurar una atención integral, de calidad y con calidez a las personas víctimas de estos eventos. En atención, a la determinación de la violencia intrafamiliar como evento de salud pública y la participación institucional en el desarrollo de la “Política Nacional para la atención, prevención y protección contra la violencia hacia las mujeres”; en la cual, tendrá participación la Institución como prestador de servicios de salud pública. Lo anterior en atención del hallazgo 1.

Para garantizar el cumplimiento con lo recomendado, ese despacho deberá presentar evidencia documental del resultado de la valoración realizada, y en el tanto se determine la viabilidad de la inclusión o vinculación.

Plazo de la recomendación: 8 meses a partir del recibido del informe.

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

- 2- En conjunto con el Área de Atención a las Personas y el Área de Salud Colectiva, realizar las siguientes acciones:
  - a) Revisar y actualizar la “Política Institucional de la Atención Integral a la Adolescencia”; así como, el diseño del protocolo de atención e implementación de dicha política. Lo anterior, según el hallazgo 2.1

Para acreditar lo recomendado deberá presentar la revisión y el resultado de esta, en donde si se define la necesidad de actualización de la política, deberá presentar la hoja de ruta correspondiente, en caso de no requerir su actualización, deberá presentar los elementos que conllevaron a dicha decisión. Para ambos escenarios se debe presentar, la hoja de ruta para del diseño del protocolo, donde se detalle plazos, responsables y alcance.

- b) Estandarizar el instrumento de valoración de riesgo en persona adolescente; así como, la estrategia de implementación y los mecanismos de control, que permitan evaluar su efectividad y cumplimiento. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 2.2

Para acreditar lo recomendado deberá presentar la oficialización del instrumento; así como la ruta para la implementación y la divulgación del mecanismo de control definido.

- c) Diseñar e implementar a través del COCEINNAA mecanismos de control y monitoreo que permitan identificar el cumplimiento, efectividad y requerimiento del marco normativo para la atención de PME víctimas de violencia en todas sus manifestaciones. Asimismo, garantizar la calidad de los datos consignados en los informes técnicos emitidos, así como, la inclusión de información relevante a otros eventos vinculados a posibles situaciones de violencia. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 3 y 3.1

Para acreditar lo recomendado deberá hacer entrega del mecanismo de control y monitoreo, el cual deberá considerar responsables, frecuencia de utilización y alcance; asimismo, el resultado de la verificación de los datos y las acciones implementadas para garantizar la calidad y veracidad de la información.

- d) Valorar la pertinencia de la inclusión de representación de programa de violencia y la Subárea de Vigilancia Epidemiológica en el COCEINNA, con el objetivo de fortalecer y homogenizar las acciones implementadas en el fortalecimiento de la atención de violencia en PME. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 3 y 3.1.

Para acreditar lo recomendado deberá presentar la valoración y las acciones efectuadas a partir de ello.

- e) Valorar, la pertinencia que las personas víctimas de violencia que son atendidas mediante la figura de Interconsulta con seguimiento en la consulta externa, sean agendadas de forma oportuna y que se establezca un proceso de verificación de la programación de la cita al momento del egreso. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.4

Para acreditar lo recomendado se deberá presentar el resultado de la valoración efectuada, misma que deberá considerar los criterios técnicos y legales correspondientes; en el caso de considerarse como viable, la instrucción a los establecimientos de salud su implementación donde se detallen los responsables del proceso.

- f) Establecer las medidas de control, sobre el no registro de atenciones en el expediente de salud por parte de los profesionales en salud, de personas ausentes en la consulta externa con el objetivo de justificar producción o ausentismo. Asimismo, del recordatorio del procedimiento para la atención de violencia en todas sus manifestaciones mediante medios alternativos de atención (llamadas telefónicas). Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.5

Para acreditar lo recomendado deberá hacer entrega de las medidas de control establecidas para garantizar la confiabilidad de la información en el expediente clínico.

- g) Establecer las acciones que sean procedentes, sobre la obligatoriedad de los profesionales en salud en brindar atención integral y seguimiento en salud (física, psicológica y social) a las personas víctimas de violación, en cumplimiento a lo definido en el “Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual”. Así como, la implicación administrativa y legal del incumplimiento a lo instruido. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.6

Para acreditar lo recomendado deberá hacer entrega de la instrucción realizada.

- h) Realizar las acciones con las autoridades técnicas correspondientes en el diseño de un procedimiento; en el cual, la boleta de notificación obligatoria (VE-01), no pueda ser omitida; en el tanto, no se solucione al nivel de EDUS que la validación de notificación se encuentre asociada a la impresión por parte del profesional en salud. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.2

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado deberá presentar las acciones efectuadas; así como, la ruta de implementación donde se definan periodos, responsables y objetivos.

- i) Revisar, y de ser procedente, actualizar la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que involucran el uso racional de los recursos, los cuales estén vinculados con el “Catálogo Institucional de Riesgos” considerando los riesgos determinados en el presente informe, así como lo señalado en la “Guía Institucional de Valoración de Riesgos” de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 7.

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

Plazo de la recomendación: 9 meses a partir del recibido del informe para los puntos a, b, c, d, e, f, g, h, i.

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

- 3- En conjunto con las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, atender los siguientes aspectos:
  - a) Valorar a partir de los resultados expuestos en el presente informe, la pertinencia de la inclusión o vinculación en el Plan de Gestión Regional, el fortalecimiento de la atención de violencia en todas sus manifestaciones, con el objetivo de asegurar una atención integral, de calidad y con calidez a las personas víctimas de estos eventos. En atención, a la determinación de la violencia intrafamiliar como evento de salud pública y la participación institucional en el desarrollo de la “Política Nacional para la atención, prevención y protección contra la violencia hacia las mujeres”; en la cual, tendrá participación la Institución como prestador de servicios de salud pública. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 5.1

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

- b) Diseñar e implementar un proceso de supervisión multidisciplinario que permita determinar el desempeño y gestión de los CEINNAA Locales, en los cuales se consideren las variables definidas en los Manual de Atención de Violencia en Persona Menor de edad de la Red de Servicios de Salud y Manual de los CEINNAA. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 5.2

Para acreditar el cumplimiento a lo recomendado deberá presentar el instrumento de supervisión definido, que contenga variables, periodicidad y mecanismos de seguimiento.

- c) Valorar la conformación de un equipo regional CEINNAA multidisciplinario, en procura del fortalecimiento de la atención de violencia en perjuicio de PME, para los cuales considerar la participación de enfermería, psicología (en donde se disponga), trabajo social, epidemiología, registros y estadísticas en salud y alguna otra que se considere relevante. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 5.3

Para acreditar lo recomendado deberá presentar del resultado de la valoración realizada, en el caso de determinar la viabilidad, se deberá detallar que disciplinas conformaran el equipo y la instrucción correspondientes. En el caso, que se determine como inviable la participación, deberá presentar la justificación técnica que respalde lo concluido.

- d) Valorar la pertinencia de la modificación en la frecuencia y disponibilidad de tiempo para el desarrollo y atención de las responsabilidades de los integrantes de los CEINNAA locales, considerando no solo la demanda de casos; sino también, que en la mayoría de los centros de salud deben atender, en ese mismo tiempo los requerimientos demandados por la comisión de violencia. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.1

Para acreditar el punto d) deberá presentar el resultado de la valoración realizada, en el caso de determinar la viabilidad, se deberá aporta la instrucción correspondiente donde se detalle a los establecimientos de salud el mecanismo definido para la estimación de tiempo. En el caso, que se determine como inviable, deberá presentar la justificación técnica que respalde lo concluido; así como la estrategia para atender la demanda y el fortalecimiento en la calidad de servicios a PME víctimas de violencia.

- e) Establecer las acciones que sean procedentes para que se garantice que los servicios de Registros y Estadísticas en Salud locales, sobre la obligatoriedad del traslado de información estadística al CEINNAA Local de forma mensual, de los diagnósticos definidos para violencia y otros eventos asociados a esta (ITS, embarazo en PME, explotación sexual, trata, etc.). Asimismo, considerar la entrega de información como indicador de monitoreo por los CEINNAA Locales. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.1

Para acreditar lo recomendado deberá entregar instrucción efectuada.

- f) Diseñar una estrategia que permita garantizar que los establecimientos de salud brinden a las PME víctimas de violencia, en especial aquellas que han sufrido violencia sexual, el seguimiento integral y multidisciplinario correspondiente. Asimismo, considerar la efectividad del seguimiento como indicador de monitoreo a los CEINNAA Locales o las disciplinas que intervienen en la prestación de servicios de salud. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.3

Para acreditar lo recomendado deberá aportar el diseño e instrucción de implementación de la estrategia, describiéndose en el mismo responsables y alcance por disciplina.

- g) Diseñar un plan de capacitación a través de los CEINNAA dirigido a los profesionales en salud, sobre la obligatoriedad en la emisión de referencias al PANI, Ministerio Público, O.I.J. y servicios de apoyo según corresponda (Trabajo Social, Psicología, Salud Mental y etc); además de la confección y notificación de la boleta VE-01 ante la sospecha razonable, de un hecho de violencia en cualquiera de sus manifestaciones, en especial en aquellos casos cuando la víctima sea una persona menor de edad. Asimismo, la implicación administrativa y legal del incumplimiento a lo instruido. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.2

Para acreditar lo recomendado deberá aportar el diseño del plan, que contenga responsable, cronograma y alcance; así como, su implementación inmediata a todo el personal en las distintas disciplinas, describiéndose en el mismo responsables y alcance por disciplina.

- h) Diseñar un mecanismo de control que permita garantizar que las y los profesionales en salud, no registren atenciones en el expediente de salud de personas ausentes en la consulta externa con el objetivo de justificar producción o ausentismo. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.5

Para acreditar lo recomendado deberá aportar la instrucción y el mecanismo de control diseñado, en el cual se detalle responsable de la actividad, mecanismos de verificación y alcance.

- i) Diseñar un mecanismo de control que garantice el cumplimiento oportuno por parte de los y las profesionales en la atención integral y seguimiento en salud (física, psicológica y social) a las personas víctimas de violación, según lo establecido en el “Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual”. Lo anterior, según lo descrito en el hallazgo 6.6

Para acreditar lo recomendado deberá aportar la instrucción efectuada y el mecanismo de control diseñado, en el cual se detalle responsable de la actividad, mecanismos de verificación y alcance.

- j) Revisar y de ser procedente, actualizar la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que involucran el uso racional de los recursos, los cuales estén vinculados con el “Catálogo Institucional de Riesgos” considerando los riesgos determinados en el presente informe, así como lo señalado en la “Guía Institucional de Valoración de Riesgos” de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 7.

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

Plazo de la recomendación: 9 meses a partir del recibido del informe para los puntos a, b, c, d, e, f, g, h, i, j.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”<sup>3</sup> con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

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

## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados del presente estudio fueron comentados el 09 de octubre de 2024, de conformidad con oficio de convocatoria AI-1613-2024, con



la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, directora de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dra. Jeanina Balma Castillo Jefatura Área de Atención a las Personas, Dra. Guiselle Guzmán Saborío, Jefatura Área de Salud Colectiva, Dra. Nineth Alarcón Alba, representante del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, Dra. Karen Bonilla Salas, coordinadora del Programa de Normalización Violencia, en representación de la Dirección de Red de Servicios de Salud, el Dr. Carlos Andrés Rojas Jiménez, jefe de la gestión de Red, el Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado y el Lic. Aaron Zúñiga Barboza, encargados de asuntos de Auditoría. Por parte de la Auditoría Interna, el Msc. Olger Sánchez Carrillo, Auditor General, Lic. Edgar Avendaño Marchena, Jefatura de Área Auditoría de Salud, Licda. Francella Fallas Núñez, Jefatura Subárea Regional y Local de Salud, Licda. Karina Vargas Quintana, Asistente de Auditoría de la Subárea de Seguimiento y el Lic. Rocky Manuel Calderón Rodríguez, Asistente de Auditoría responsable del estudio.

En donde se plantean las siguientes observaciones. En relación con el hallazgo 6.2 la Dra. Guiselle Guzmán Saborío, refiere que la problemática del proceso de notificación obligatoria VE-01 no obedece a la impresión de esta, también refiere que no entiende porque se imprime las boletas si ya los sistemas se encuentran intercomunicados, lo que ocurre actualmente es que existe la posibilidad de que la ventana que se abre en el EDUS para generar la boleta VE01 de Notificación Obligatoria, se puede cerrar sin que se realice el proceso de llenado y se finalice el proceso de notificación. Esta situación, ya se está revisando con el equipo técnico del EDUS para efectuar los ajustes; sin embargo, es un proceso de desarrollo informático y lleva un tiempo para su corrección.

Sobre la recomendación 2 punto h, la Dra. Guzmán se solicita que se modifique el tema de “imprimir la boleta” ya que este no es el problema raíz de la falta de notificación VE-01, sino que se corrija el problema del sistema para que todo el equipo integral que atiende el caso pueda ser notificado mediante los mecanismos establecidos.

Sobre el punto 2.1 La Dra. Alarcón aclaró que la Política Institucional para la Atención Integral a la Adolescencia se encuentra vigente hasta el 2025, aval que fue dado por la Dirección de Planificación Institucional, pues la Junta Directiva mediante oficio le delegó la responsabilidad de dar respuesta a la solicitud de ampliación de vigencia que planteó la Gerencia Médica. Dicho aval fue dado y por tanto la Política está vigente hasta el 2025 inclusive. Se aclara además el trabajo que el PAIA está realizando en la actualidad, en conjunto con la Dirección de Planificación Institucional y la Gerencia Médica para una ampliación por 10 años más y con la elaboración de planes de acción quinquenal para su implementación y seguimiento.

La Dra. Alarcón también aclaró que el día 19 de agosto 2024 se publicó en WebMaster el “Lineamiento técnico para la detección, capacitación, valoración y atención del riesgo adolescente en los diferentes escenarios de atención de la CCSS” ya avalado por la Gerencia Médica.

La Dra. Navarro solicita la ampliación del plazo a 9 meses de la recomendación, aspecto que es validado por la Auditoría Interna.

Sobre la recomendación 3, punto g, referente al diseño del plan de capacitación, el Lic. Zúñiga Barboza, señala que se debe considerar el tema de la distribución del tiempo del personal de salud (90-10), situación que restringe la posibilidad de acceso del personal médico, principalmente el de los Servicios de Emergencias y Urgencias y limita el accionar y cumplimiento de lo solicitado a esta Dirección de Red; por lo que considera que este tema debería atenderse primero con la Gerencia Médica.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

El Dr. Rojas solicita la ampliación del plazo a 9 meses de la recomendación, aspecto que es validado por la Auditoría Interna.

Por parte de la Auditoría Interna se procede a realizar los ajustes planteados por las y los funcionarios.

Asimismo, el 15 de octubre de 2024, de conformidad con oficio de convocatoria AI-1614-2024 con Dra. Daniela Rivera Flores, Dr. Randall Céspedes Víquez y Lic. Héctor Hernández Vega, como representantes de la Gerencia Médica designados en representación del Dr. Alexander Sánchez Cabo. Por parte de la Auditoría Interna, el Lic. Edgar Avendaño Marchena, Jefatura de Área Auditoría de Salud, Licda. Francella Fallas Núñez, Jefatura Subárea Regional y Local de Salud, Licda. Karina Vargas Quintana, Asistente de Auditoría de la Subárea de Seguimiento y el Lic. Rocky Calderón Rodríguez, Asistente de Auditoría responsable del estudio.

Donde se solicitó por parte de las personas representantes de la Gerencia Médica, el programar una nueva sesión de trabajo, considerando que por un error de comunicación de ese despacho no se asignó a la persona idónea para el alcance de lo recomendado; razón por la cual, se programó nueva sesión para el 16 de octubre de 2024.

El 16 de octubre de 2024 presentes Lic. Héctor Hernández Vega, Lic. Jasón Calvo Rojas y Licda. Eunice Gómez Cartin, como representantes de la Gerencia Médica designados en representación del Dr. Alexander Sánchez Cabo. Por parte de la Auditoría Interna el Lic. Rocky Calderón Rodríguez, Asistente de Auditoría responsable del estudio. Como resultado de la sesión de trabajo la representación de la Gerencia Médica solicitó se brindara aclaración en el alcance de lo recomendado, considerando que el informe se refiere a personas menores de edad y la recomendación pareciera indicar todo lo relacionado con violencia, aspecto que se atiende.

Asimismo, se solicitó efectuar un ajuste al entregable y ampliar el plazo a 8 meses, condiciones que se aceptan y se aplican al informe.

### ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Lic. Rocky Manuel Calderón Rodríguez  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Licda. Francella Fallas Núñez  
**JEFE A.I. SUBÁREA**

Lic. Edgar Avendaño Marchena  
**JEFE ÁREA**

OSC/RJS/EAM/FFN/RMCR/ams

Referencia: ID: 122012



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincecs@ccss.sa.cr](mailto:coincecs@ccss.sa.cr)

ANEXO 1

Imagen 3

Matriz de Valoración de Riesgos

<b>MATRIZ DE RIESGO AUDITORÍA INTERNA</b>	
PROCESO	Atención de Servicios Asistenciales
MACROPROCESO	Gestion de Servicios de Salud

N°	Hallazgo.	Riesgo	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	Riesgo				Evaluación		RECOMENDACIÓN ASOCIADA AL RIESGO
				CAUSA	EFEECTO	Probabilidad (Ocurr encia)	Gravedad (Impacto)	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
1	DE LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA EN EL PLAN TÁCTICO GERENCIAL.	Respuesta inadecuada y descoordinada ante la ausencia de estrategias institucionales para el fortalecimiento de la atención	Estratégico	Falta de relevancia por parte de las autoridades institucionales del tema de violencia como evento de salud pública.	Ausencia de políticas y estrategias de fortalecimiento en la atención en salud a víctimas de violencia.	4	5	20	Grave	Recomendación 1 - Gerencia Médica
2.1	ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA.	Marco normativo para el diseño de estrategias en la atención de la adolescencia desactualizado.	Estratégico / Operativo	Falta de gestión por parte del área técnica competente para la actualización de la norma aplicable.	Ejecución de actividades que no se sujetan a las necesidades actuales de la población	5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS
2.2	DEFINICIÓN DEL INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.					5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS
3	DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL COCEINAA.	Estrategias no adecuadas a las necesidades y desafíos reales de la institución en la atención de violencia.		Instrumentos de control insuficientes para identificar la operación en los niveles locales.	Podría resultar en una toma de decisiones basada en información desactualizada o inexacta	5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS
4	REFERENTE A LA CALIDAD DEL DATO.	Información estadística registrada poco confiable y veraz		Inadecuado registro de la información estadística obedece a la falta de revisión, seguimiento y realización acciones correctivas	Toma de decisiones no sujetas a la realidad regional	5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS
5.1	DE LA INCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA EN LOS PLANES DE GESTIÓN REGIONAL.	Recursos institucionales desaprovechados por inadecuada gestión de las autoridades locales y regionales.	Operativo	Acciones insuficientes para la gestión de recursos institucionales disponibles	Falta de elementos que permitan garantizar servicios de calidad y con calidez.	5	5	25	Grave	Recomendación 3 - DRSS
5.2	DE LA SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ENLACE REGIONAL DE CEINAA.	Prestación de servicios de salud realizado de forma ineficiente	Operativo	Ausencia de mecanismos de control efectivos que permitan identificar la calidad de los servicios		5	5	25	Grave	
5.3	DE LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL REGIONAL PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA.	Criterio técnico implementado insuficiente para garantizar la calidad de servicios	Operativo	Falta de participación multidisciplinaria en la supervisión y control de la atención de los eventos de violencia	Calidad de atención comprometida para la atención de violencia	3	4	12	Relevante	
6.1	DE LA OPERACIÓN DE LOS CEINAA LOCALES.	Actividades efectuadas de forma inadecuada ante la falta de recursos.	Operativo	Tiempo insuficiente para la demanda; así como, falta de información confiable de casos atendidos.	Falta de estrategias locales para el mejoramiento de la atención de víctimas de violencia	4	5	20	Grave	
6.2	DEL INCUMPLIMIENTO AL PROCESO DE ATENCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE VIOLENCIA (REFERENCIAS, BOLETAS VE-01)	Servicios de salud otorgados de forma inadecuada .	Operativo	Ausencia de mecanismos de supervisión y control de la calidad de servicios otorgados.	Deterioro en el estado físico, psicológico y social de la persona víctima de violencia.	5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS y Recomendación 3 DRSS
6.3	DE LA FALTA DE SEGUIMIENTO A LAS PME VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.					5	5	25	Grave	Recomendación 3 - DRSS
6.4	DEL FLUJO O MECANISMOS DE TRASLADO DE PERSONAS PARA EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA EXTERNA, DERIVADAS DE INTERCONSULTAS (IC).					5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS
6.5	DEL REGISTRO DEL DETALLE DE ATENCIONES EN EDUS A PERSONAS USUARIAS AUSENTES.					Información estadística registrada, no cumple con estándares de calidad	Estratégico / Operativo	Inadecuado registro de la información estadística obedece a la falta de revisión, seguimiento y realización acciones correctivas	Toma de decisiones no sujetas a la realidad	5
6.6	DEL INCUMPLIMIENTO AL PROTOCOLO INTERINTENCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (CONOCIDO COMO PROTOCOLO DE 72HRS).	Servicios de salud otorgados de forma inadecuada .	Operativo	Ausencia de mecanismos de supervisión y control de la calidad de servicios otorgados.	Deterioro en el estado físico, psicológico y social de la persona víctima de violencia.	5	5	25	Grave	Recomendación 2 - DDSS y Recomendación 3 DRSS