



ASALUD-0073-2024

18 de noviembre de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el periodo 2024.

Los resultados de la evaluación evidencian la necesidad de mejorar la planificación y control de actividades médicas, la gestión de sustitución y la utilización de los cupos disponibles en la Consulta Externa, así como maximizar la utilización de los recursos institucionales, entre otros factores que repercuten de manera directa la accesibilidad y calidad de los servicios de salud de ese cantón.

Es importante destacar que el cumplimiento de programas orientados a mejorar los indicadores de salud como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama y próstata, presentan debilidades de gestión y de capacidad resolutive de esa área de salud; por el envejecimiento de la ciudadanía, aparición de pluripatologías, y el autocuidado relacionado con la responsabilidad de las personas de llevar a cabo acciones individuales que permitan fortalecer el bienestar integral, como es la alimentación saludable, la actividad física, eliminación del tabaco y alcoholismo.

Con base en la revisión de expedientes de salud, esta Auditoría evidenció limitaciones en cuanto al seguimiento de pacientes con HTA y DM que han presentado complicaciones médicas derivadas de estas patologías, tales como: infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente vascular cerebral (AVC) los cuales, por su condición clínica de alto riesgo cardiovascular, deberían mantener un seguimiento y control estricto por parte de su EBAIS. En ese sentido, las autoridades médicas de la unidad no han establecido acciones específicas que permitan revisar de manera periódica ni sistemática, los registros clínicos de las atenciones brindadas a estos pacientes, a efectos de verificar la calidad del proceso médico asistencial.

De igual forma, se determinaron debilidades en el proceso de seguimiento y control de usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, así como en el registro de información relevante en la atención de usuarios con cáncer de próstata, a partir de la revisión de expedientes de salud, siendo además que, no existen mecanismos de control establecidos que permitan verificar que la atención a estas pacientes se efectúe bajo principios de calidad y eficiencia por parte de los EBAIS.

Por otra parte, se determinaron debilidades en la gestión técnica y administrativa del Servicio de Urgencias, las cuales no contribuyen a generar un ambiente de control que permita fortalecer y mejorar la atención de usuarios, así como garantizar que la prestación del servicio se brinde bajo principios de oportunidad, calidad y eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

En relación con los servicios de laboratorio clínico, farmacia y Radiología, se requiere por parte de las autoridades de esta Área de Salud realizar esfuerzos para complementar y apoyar la prestación de los servicios de salud mediante un mejor acceso a la población, fortaleciendo su eficiencia y efectividad en su oferta de servicios, considerar que el cantón de Santa Cruz, dispone de una amplia zona costera y además, con una gran cantidad de personas adultas mayores, mujeres y niños, adultos con ECNT, que en ocasiones presentan limitaciones para poder trasladarse hasta los servicios de salud y dar seguimiento a sus enfermedades.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Así mismo, el informe de auditoría identificó deficiencias en la gestión técnica y operativa de los servicios de nutrición, trabajo social, psicología, odontología y enfermería. Se destaca la falta de supervisión adecuada, debilidades en la administración del SIAC, y problemas en la documentación y registro de actividades, lo que compromete la eficiencia, transparencia y calidad de la atención. La falta de participación en espacios interinstitucionales y comunales, así como la deficiente colaboración con el Ministerio de Salud y la Junta de Salud, refleja una carencia de liderazgo y dirección estratégica, afectando la calidad y eficacia de los servicios de salud pública.

En el servicio de odontología, se observan problemas en la gestión administrativa y técnica, además de infraestructura inadecuada en los consultorios, impactando negativamente la calidad del servicio y la seguridad de los pacientes, al respecto debe considerarse que es una infraestructura de reciente construcción, por lo que las labores de mantenimiento preventivo y correctivo, deben de llevarse a cabo con la diligencia requerida para evitar un deterioro acelerado de la misma, tema que será abordado en otro producto de auditoría. Por otro lado, en el servicio de enfermería, la ausencia de un diagnóstico situacional, un programa de educación continua y un plan de supervisión, junto con una comunicación deficiente, están afectando la calidad del cuidado y la eficiencia operativa.

La falta de participación en espacios interinstitucionales y comunales, así como la deficiente colaboración con el Ministerio de Salud y la Junta de Salud, refleja una carencia de liderazgo y dirección estratégica, afectando la calidad y eficacia de los servicios de salud pública.

Por lo anterior, se emitieron 15 recomendaciones dirigidas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y al Área de Salud Santa Cruz, relacionadas con el fortalecimiento de la red de servicios de salud en temas como control y seguimiento de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama y próstata; con el mejoramiento de los indicadores de gestión en la Consulta Externa; la gestión técnica del servicio de Urgencias, del Laboratorio Clínico, Farmacia, Odontología y Enfermería, entre otros aspectos de control interno.



ASALUD-0073-2024

18 de noviembre de 2024

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LAS GESTIONES REALIZADAS PARA LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DEL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ U.E. 2531**

ORIGEN DEL ESTUDIO

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

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las normas que regulan las actividades de promoción y prevención de la salud en el Área de Salud Santa Cruz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la gestión de dirección del área de salud, relacionados con la asignación y aprovechamiento de recursos disponibles, así como la coordinación entre los diferentes servicios.
- Verificar el cumplimiento de metas institucionales relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), cáncer de mama y próstata en el Área de Salud.
- Evaluar la disponibilidad y aprovechamiento de los recursos institucionales destinados en la Consulta Externa en medicina general y especializada, así como la accesibilidad y oportunidad en la atención de los usuarios.
- Verificar la eficacia operativa del servicio del servicio de Urgencias, en cuanto a tiempos de respuesta, la adecuación de los recursos humanos y materiales, niveles de coordinación entre los equipos médicos y la satisfacción del paciente.
- Evaluar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de Laboratorio Clínico, Farmacia y Radiología e Imágenes Médicas.
- Evaluar la gestión administrativa de los servicios de nutrición, trabajo social, psicología, odontología y enfermería en el establecimiento de salud.

ALCANCE

La auditoría contempló la revisión y análisis de las acciones ejecutadas en el Área de Salud Santa Cruz, relacionadas con la gestión médico-administrativa en los procesos sustantivos del primer nivel de atención. Así como la eficacia, eficiencia y acceso en la prestación de servicios de salud, en la atención médica coberturas de atención integral, productividad, servicios de apoyo, gestión de servicios de especialidades no médicas, gestión de juntas de salud, y servicios de bienes y servicios, correspondiente al periodo 2023 y primer semestre 2024, extendiéndose cuando 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:
 - ✓ Expediente Digital Único en Salud (EDUS).
 - ✓ Plan Presupuesto 2023 y primer semestre 2024 del Área de Salud Santa Cruz.
 - ✓ Actividades mensuales por EBAIS (agendas médicas).
 - ✓ Lista de Espera para atención en especialidades de consulta externa, según región, establecimiento de salud, servicio y especialidad.
- Entrevistas y/o solicitud de información a los siguientes funcionarios de la Red de Servicios de Salud Chorotega:
 - ✓ Dr. Warner Picado Camareno, director de Red.
- Entrevistas y/o solicitud de información a los siguientes funcionarios del Área de Salud Santa Cruz:
 - ✓ Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director médico.
 - ✓ Licda. Jenny Sibaja Mora, Administradora.
 - ✓ Dra. Sonia Chin Cheng, jefe Servicio de Farmacia.
 - ✓ Dra. Marcela Vallejos Noguera, jefe Servicio de Laboratorio Clínico.
 - ✓ Dra. María Mayela Ramírez Chavarría, jefe Servicio de Enfermería.
 - ✓ Licda. Karen Dinarte Espinoza, jefe Registros Médicos y Estadística de Salud.
 - ✓ Dra. Karla Yaninna Montes Montes, coordinadora Atención Primaria.
 - ✓ Dr. Gustavo Sánchez Briceño, coordinador Servicio de Urgencias.
 - ✓ Dr. Jhonny Ruiz Guevara, coordinador Primer Nivel de Atención.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292, del 4 de setiembre de 2002.
- Reglamento de Juntas de Salud.
- Normas del Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, febrero 2009.



- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, agosto 2014.
- Norma Nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama¹.
- Manual de Organización de las Áreas de Salud, enero 2002.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención.
- Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria Primer Nivel de Atención, febrero 2003.
- Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial².
- Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2³.
- Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030⁴.
- La Readecuación y Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud.

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”.

HALLAZGOS

1. SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES CON HTA Y DM QUE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES MÉDICAS DERIVADAS DE ESTAS ENFERMEDADES.

Se determinó que en el primer nivel de atención existen limitaciones para un adecuado seguimiento y control óptimo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), que han presentado complicaciones médicas derivadas de estas patologías, tales como: infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente vascular cerebral (AVC) los cuales, por su condición clínica de alto riesgo cardiovascular, deberían mantener un seguimiento y control estricto por parte de su EBAIS.

Adicionalmente, la población de Santa Cruz presenta un incremento en los diagnósticos de esas enfermedades, especialmente en personas jóvenes (hombres entre los 30 y 34 años, mujeres entre los 25 y 29). La incidencia de esas patologías, en parte, es producto de hábitos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, alimentación poco sana, falta de ejercicio físico y otros afines al autocuidado de la salud.

De acuerdo con la “Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud” entre el 2019 y 2023, se obtuvo que el control óptimo en personas con Hipertensión Arterial se encuentra por debajo del promedio regional e institucional, lo cual representa un mayor reto especialmente en adultos mayores, cuyo grupo representa una mayor vulnerabilidad social, económica y de salud. A continuación, se refleja la tendencia anual.

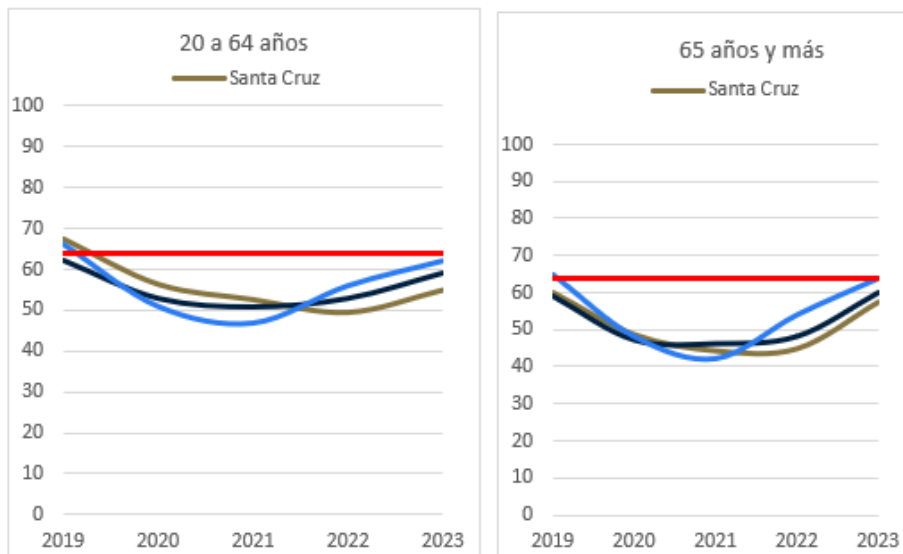
¹ Ministerio de Salud 2020.

² Caja Costarricense de Seguro Social 2009.

³ Caja Costarricense de Seguro Social 2009.

⁴ Ministerio de Salud 2021.

**GRÁFICO 1 Y 2
CONTROL ÓPTIMO DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
PERIODO 2019-2023**

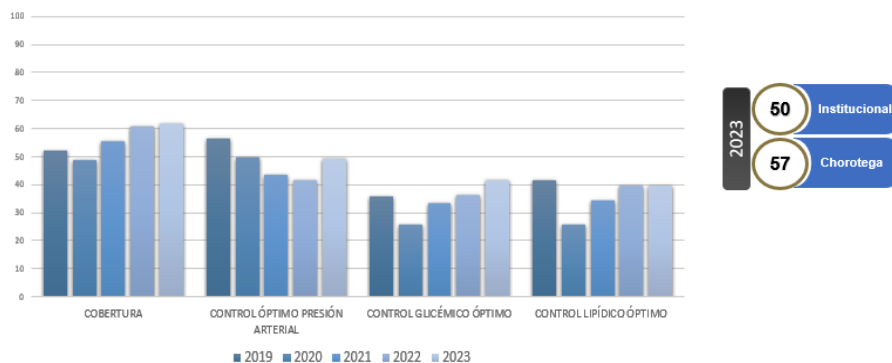


Fuente: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019-2023.

En el cuadro anterior se observa que la línea roja es la meta institucional, y por debajo de ella se encuentran los porcentajes de cumplimiento de los diferentes Ebais, que componen el Área de Salud, lo cual refleja la importancia que se adopten acciones para mejorar la salud de estos pacientes en cuanto a la hipertensión arterial.

En el caso de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, los resultados han sido limitados en los últimos cinco años, en cuanto el control óptimo de la presión arterial, el glicémico y lipídico, aunque se observaron mejoras para en el 2023.

**GRÁFICO 3
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
PERIODO 2019-2023**



Fuente: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019-2023.

En el gráfico anterior, se observa que la meta institucional fue definida en un 50%, y la Región Chorotega está en un 57%, no obstante, el Área de Salud, presenta un control óptimo de la diabetes alrededor de un 40%.

También, se evidenció un incremento en la cantidad de personas atendidas en la Consulta Externa-Medicina General del Área Salud Santa Cruz, con diagnósticos de Hipertensión Arterial (código I10X) y Diabetes Mellitus (código E11), porcentaje que sobrepasa el promedio institucional según se detalla a continuación:

**CUADRO 1
COMPORTAMIENTO ATENCIONES MEDICINA GENERAL, HTA Y DM
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
PERIODO 2019-2023**

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consultas totales | 79.780 | 66.186 | 78.580 | 88.086 | 85.968 |
| HTA | 23.177 | 11.751 | 22.310 | 27.351 | 30.021 |
| DM | 9.068 | 4.941 | 8.926 | 9.207 | 10.948 |
| HTA+DM | 32.245 | 16.692 | 31.236 | 36.558 | 40.969 |
| Porcentaje Santa Cruz | 40 % | 25 % | 40 % | 42 % | 48 % |
| Porcentaje institucional | 25% | 22% | 25% | 28% | 30% |

Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Según el detalle anterior, la cantidad de personas con diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en el 2023, correspondió a un **48 %** de las consultas totales en la Consulta Externa-Medicina General, con una tendencia de incremento durante los últimos cinco años (excepto el 2020 por pandemia), mientras que en ese mismo año el promedio institucional fue del **30 %**.

Además, las atenciones por HTA aumentaron un 50 % en personas entre los 25 a 45 años, mientras que en DM incrementó un 46 % en usuarios de 40 a 44 años.

Inclusive, se obtuvo que mujeres entre los 25 y 29 años presentaron un incremento del **85 %** con diagnósticos de HTA, es decir, pasó de 56 a 104 personas entre el 2019 y 2023, mientras que en hombres con edades entre los 30 a 34 años pasó de 61 a 116 personas con un **90 %**, lo cual sobrepasa los porcentajes de prevalencia nacional.

Tampoco, las autoridades médicas de la unidad tienen establecido realizar de manera sistemática y periódica, revisión de las anotaciones clínicas registradas en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), a efectos de verificar la calidad de esos registros e identificar oportunidades de mejora en el abordaje y seguimiento de este tipo de pacientes.

De conformidad con información suministrada por medio de correo electrónico del 5 de mayo de 2024 por la Licda. Diana Gorgona Chaves, supervisora Registros y Estadísticas de Salud de la Dirección de Red Integrada de Prestación de

Servicios de Salud Chorotega, con base en la revisión del “Cubo Consulta Externa-Cardiovascular-Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud”, una vez que el sistema elimina pacientes repetidos dejando un valor único por persona, para el 2023 el Área de Salud Santa Cruz registró un total de 3498 pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2 (código CIE-10 identificado como E11) y 10995 pacientes con Hipertensión Arterial (código CIE-10 identificado como I-10).

Esta Auditoría procedió a efectuar revisión retrospectiva de las atenciones médicas registradas en el expediente digital único en salud (EDUS-SIES), de un grupo de pacientes diagnosticados con HTA

y/o DM que han sufrido las complicaciones previamente indicadas⁵, identificándose lo siguiente en relación con el seguimiento y control médico:

- Diabetes mellitus no controlada (HbA1C⁶ altas) se documentó en 7 usuarios.
- Presión arterial no controlada se documentó en 7 usuarios.
- Ausencia de referencia a Nutrición y/o Medicina Familiar, se documentó en 6 casos, sin que se registre en EDUS justificación, a pesar de tratarse de pacientes con comorbilidades como obesidad y dislipidemia.
- En 4 pacientes se evidenció la ausencia constante de exámenes de laboratorio, sin que se registrara en el EDUS los motivos o justificación.
- Se identificó un paciente con HTA y factor de riesgo tabaquismo, el cual sufrió un IAM a la edad de 59 años en setiembre de 2020 y que fue referido a Clínica de Cesación de Fumado hasta abril de 2024.
- Se identificó un paciente con HTA de 70 años, el cual presentó un IAM el 29 de marzo de 2023, sin embargo, en el EDUS se registra una única cita de control en ese año el 19 de diciembre, mientras que para este año también registra una única cita de control el 16 de mayo. Aunado a lo anterior, a partir de la revisión efectuada al expediente de salud, se visualiza que se trata de un adulto mayor, viudo, el cual vive solo, con pensión del Régimen No Contributivo.

Es importante recordar que, según datos del Ministerio de Salud, en el año 2019 se estimó en nuestro país una proporción de defunciones debido a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de 80.73%, dentro de las cuales destacan patologías como la HTA y la DM y sus complicaciones, como las principales causas.

Otro aspecto por considerar es que en la tercera encuesta de “Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular” (2018), se identificó claramente una alta prevalencia en la población general, de condiciones como sobrepeso, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus e HTA.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud⁷, establece en el artículo 31: De la completitud e integridad del registro Clínico, lo siguiente:

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

Las Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial⁸, indican que el objetivo del tratamiento en la HTA es reducir la morbilidad y mortalidad mediante la combinación de la reducción de las cifras de PA (idealmente a la meta establecida), así como la modificación y control de otros factores de riesgo. Para lograr este objetivo, se requieren cambios en los comportamientos

⁵ Muestreo no probabilístico a discreción del evaluador, para un total de 15 expedientes.

⁶ La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses. Esta prueba se utiliza sola o en combinación con otras pruebas para hacer diagnóstico y también para ver cómo se está manejando la diabetes. <https://medlineplus.gov/spanish/a1c.html>

⁷ Aprobado en el artículo 4° de la sesión 8954 de Junta Directiva de la CCSS, celebrada el 29 de enero de 2018.

⁸ Caja Costarricense de Seguro Social 2009.

de riesgo, intervenciones no farmacológicas o tratamiento farmacológico según corresponda; siendo el control y seguimiento médico fundamentales.

Por su parte, la Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2⁹, establece como parte de las metas de tratamiento que debe alcanzar una persona diabética, es procurar tener una Hemoglobina Glicosilada menor a 7%. En ese sentido, indica que el objetivo general del tratamiento es el control glicémico óptimo, el cual está basado en tres pilares fundamentales que son el tratamiento médico, la actividad física y la alimentación saludable.

El Dr. Jhonny Ruiz Guevara, coordinador de Consulta Externa del Área de Salud Santa Cruz, indicó¹⁰ a esta Auditoría en relación con el seguimiento y control por parte de los EBAIS de esa unidad, a pacientes con HTA y DM que han presentado complicaciones médicas derivadas de estas enfermedades lo siguiente:

“Lo que se dispone son de datos que se extraen de los Dashboard de la institución y los datos que se aportan como proceso de evolución y seguimiento de los evaluadores de EPSS.

Si es importante anotar que los pacientes que presentan estas patologías se encuentran en control en un segundo nivel de atención, sin embargo, no se les cancelan sus citas de control en los EBAIS, incluso el médico tratante del EBAIS es quien valora la frecuencia de la cita, de forma que se disponga de control oportuno.

No obstante lo anterior, mediante revisión efectuada se determina que hay pacientes que no están siendo abordados por un médico especialista para el control de su patología.

En cuanto a la revisión sistemática y periódica de las anotaciones clínicas registradas en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), a efectos de verificar la calidad de esos registros e identificar oportunidades de mejora en el abordaje y seguimiento de los pacientes con HTA y DM que han presentado complicaciones de estas enfermedades, el Dr. Ruiz Guevara manifestó:

“(…) se realizan cuando se da seguimiento por parte de los compañeros de EPSS, en los monitoreos trimestrales, o bien, cuando el área de salud lo requiere.

Es importante anotar que la apertura de un expediente para verificar la calidad de nota médica se encuentra muy limitado y se requiere de autorización por parte de Dirección Médica para apertura de los mismos dada la privacidad que se debe tener con los datos”.

Como parte de las actividades efectuadas para generar educación en las personas sobre la incidencia de enfermedades crónicas y la necesidad del autocuidado, el Dr. Ruiz Guevara manifestó que han efectuado “ferias de la salud” y “Se hacen acciones conjuntas con la Municipalidad donde se participa en charlas de Nutrición, se ejecutan acciones de promoción de la salud, inclusive hay planes educativos en el área de salud”.

De igual forma, entre las actividades orientadas a mejorar los indicadores de salud, esa jefatura comentó textualmente:

⁹ Caja Costarricense de Seguro Social 2009.

¹⁰ Entrevista 29 de julio de 2024.



“En PAP se están fortaleciendo las campañas con recursos propios de la institución. Con HTA y DM se trabaja con ferias de la salud, actualmente se encuentran programadas para Marbella, Tamarindo y otra para la sede de área durante el fin de año.

Se dificulta suspender la consulta externa para que los médicos brinden charlas o efectúen actividades de promoción de la salud. Se dispone de una clínica de pie diabético para ayudar a los pacientes DM, se cuenta con una técnica de electro que agiliza la atención de usuarios que requieren prioridad en crónicos”.

Las debilidades en cuanto al desarrollo del proceso administrativo por parte de las jefaturas médicas, específicamente en aspectos de supervisión y control, así como omisión por parte de los profesionales en salud responsables de la atención directa a los pacientes, respecto a la aplicación de la norma establecida, han propiciado que no se realice en algunos usuarios de alto riesgo cardiovascular con HTA y DM, un seguimiento y abordaje en acorde a sus necesidades en salud.

El proceso de Evaluación de Prestación de Servicios de Salud (EPSS) desarrollado por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, realiza revisión y/o monitoreo de expedientes de salud de usuarios en centros médicos de la institución, sin embargo, dicha revisión se fundamenta en criterios de evaluación establecidos por esa instancia que no necesariamente toman en cuenta o analizan de manera integral e integrada todos los procesos de prestación de los servicios de salud que se brindan a la población en el primer nivel de atención, por lo que resulta necesario que en el Área de Salud realicen sus propias revisiones a efectos de identificar debilidades y oportunidades de mejora en el desarrollo local de los procesos de atención, fortalecer el ambiente de control, así como la rendición de cuentas, a fin de favorecer la salud de los pacientes.

Si bien una parte importante del manejo de patologías como la HTA y DM, consiste en una considerable cuota de autocuidado por parte de los pacientes, también las intervenciones oportunas en salud como el seguimiento y control médico periódico, educación personalizada, revisión y/o ajuste de esquemas de tratamientos, entre otros, son fundamentales, a fin de procurar un control efectivo de los niveles de glucosa y presión arterial; los cuales al no ser los adecuados, incrementan el riesgo de que los pacientes desarrollen complicaciones derivadas del mal control de estas patologías, tales como infartos de miocardio y accidentes vasculares cerebrales, entre otros.

Entre los principales motivos que limitan cumplir con mejores condiciones de salud en la población, se encuentra el crecimiento poblacional versus la limitada oferta de servicios institucionales, especialmente en el primer nivel de atención; el envejecimiento de las personas; pluripatologías o aparición de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente, y el autocuidado relacionado con la alimentación saludable, actividad física, eliminación del tabaco y alcoholismo, aunado al cumplimiento de manera responsable de los tratamientos médicos.

Se debe reiterar que el abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles no es un asunto de competencia exclusiva de la Institución, ya que requiere de una coordinación y articulación de diversas instituciones y sectores, a efecto promover estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

En ese sentido, las intervenciones en salud y manejo óptimo de estos pacientes en el primer nivel de atención por parte de los EBAIS deben procurar reducir el inicio de las complicaciones de estas enfermedades, así como la atención oportuna y óptima de las mismas una vez establecidas, las cuales tienen un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como el costo para la institución derivadas de la atención de estas.

Además, limitaciones en el abordaje oportuno de enfermedades crónicas repercuten directamente en los servicios de Urgencias y Emergencias, en las listas de espera de Consulta Externa especializada y quirúrgica, así como en la calidad de vida de las personas.

2. SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

Se determinaron debilidades en el proceso de control y seguimiento en el Área de Salud Santa Cruz, a usuarias con sospecha o que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, siendo además que no se dispone por parte de la jefatura, de mecanismos para verificar que la atención médica efectuada en los EBAIS a estas usuarias se realice bajo principios de calidad y eficiencia.

Esta Auditoría procedió a efectuar revisión retrospectiva de las atenciones médicas registradas en el expediente digital único en salud (EDUS-SIES), de un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama o con sospecha de esa patología¹¹, identificándose lo siguiente en relación con el seguimiento y control médico por parte del EBAIS:

- Se identificaron dos pacientes con cáncer de mama a edades tempranas, las cuales fueron valoradas por Consejo Genético Oncológico, emitiéndose una serie de indicaciones técnicas que deberían ser implementadas en el seguimiento a estas pacientes y sus familiares en primer grado, sin embargo, en las notas médicas de atenciones en el EBAIS no se consignaron acciones específicas para atender dichas indicaciones.
- Se identificó un caso de paciente de 46 años, adscrita al EBAIS 27 de abril, la cual fue valorada el 20/11/23 por masa en mama izquierda >2cm, con más de dos años sin mamografía (MMG), la cual se le solicitó ese día, sin embargo, no se visualiza en EDUS en notas médicas posteriores (21/02/24, 22/05/24) la revisión de esta ni el seguimiento a dicha condición. Esta paciente además tiene antecedentes de cáncer de mama y ovario en hermanas y tías.
- Se identificó un caso de paciente de 37 años adscrita al EBAIS Santa Bárbara, que fue referida en enero 2021 a Clínica Mama del Hospital La Anexión (HLA) por masa en mama izquierda, no se registran en EDUS consultas de seguimiento por parte del EBAIS a nódulo en mama. La paciente mantuvo control en Clínica de Mama y se diagnosticó fibroadenoma el cual fue resecado el 11/09/23, fue dada de alta el 14/06/24 al ser la biopsia negativa por cáncer.
- Se identificó un caso de paciente de 41 años adscrita al EBAIS Ortega, la cual el 05/07/23 inicio control en Cirugía General en el Hospital México (HM) por deformidad en mama izquierda de 3 semanas de evolución (sin registro de referencia), se realizó BAG y se confirmó con Carcinoma Ductal Infiltrante. Mantiene control en oncología del HM y Hospital Enrique Baltodano Briceño (HEBB). Sin embargo, no se registran en EDUS atenciones en su EBAIS en 2021, 2022, 2023 y 2024.
- Se identificó un caso de paciente de 36 años adscrita al EBAIS Cabo Velas, la cual inició control en Clínica Mama HLA el 20/10/21 por sospecha cáncer de mama (sin registro de referencia). Fue referida al HM y se diagnosticó carcinoma ductal infiltrante. Mantiene control en Oncología HEBB. Sin embargo, no se registra en EDUS atenciones en su EBAIS en 2021, 2022, 2023 y 2024.

¹¹ Muestreo no probabilístico a discreción del evaluador, para un total de 15 expedientes.

- Se identificó un caso de usuaria de 58 años adscrita al EBAIS Cabo Velas, que no se registra en EDUS atenciones en su EBAIS en 2022 ni solicitud de MMG previa, la cual el 12/07/23 fue atendida en su EBAIS con referencia de médico privado con diagnóstico de cáncer de mama, no se describe resultado de MMG o US en nota médica, fue referida a Cirugía General del HM. Inició control Oncología Quirúrgica del HM el 14/07/23. Mantiene control en oncología HM y HEBB.
- Se identificó caso de usuaria de 57 años adscrita al EBAIS Lagunilla, la cual el 02/02/23 en consulta en su EBAIS se le solicitó MMG pues la última era desde 2019. El 27/07/23 se registra en EDUS atención (consulta administrativa) Cirugía General HLA en la que se indica US mama del 27/07/23 con BIRADS 5, se refirió a HM. Inició control Cirugía General HM el 01/08/23. Consultas previas en EBAIS 04/04/22 y 13/10/22 en las que no se le solicitó MMG a pesar de que la Auxiliar de Enfermería registró en preconsulta que la última MMG fue en 2019, así como PAP pendiente. Mantiene control en oncología HM y HEBB.
- Se identificó un caso de paciente de 55 años del EBAIS Corobicí, con antecedente familiar de cáncer de mama en hermana. No se registra en EDUS atenciones en su EBAIS en 2021, en 2022 registra dos consultas el 09 y 19 diciembre, en la última se registró que tenía MMG en marzo 2023, no se documentó que se haya realizado examen mamas. En consulta del 18/07/23 en su EBAIS se documentó examen mamas y se revisó MMG con un resultado BIRADS 4, por lo que fue referida a Oncología HM. Mantiene control en oncología HM y HEBB.
- Se identificó a paciente de 66 años adscrita al EBAIS Cabo Velas, quien consultó al EBAIS el 12/05/23 y fue referida a Oncología HEBB por historia cáncer de mama y pulmón diagnosticados en Perú para continuar control. Sin registros en EDUS de atenciones previas. El 06/09/23 consultó en EBAIS pues no la habían atendido en oncología, se le refirió nuevamente y no se indicó cita control. El 05/01/24 fue valorada Oncología HEBB, se registró que se actualizarían estudios y control en 3 meses. No se registran en EDUS consultas posteriores de seguimiento en EBAIS ni en oncología.
- Se identificó a usuaria de 62 años adscrita al EBAIS Buenos Aires, la cual tiene antecedente de cáncer de mama en 2017. No registra en EDUS consultas en EBAIS en 2021 ni 2022. Consultó 06/06/23 a su EBAIS por depresión y se retomó control en Medicina General. Mantiene control Oncología HM.

Si bien, durante la revisión efectuada de los expedientes de salud, se constató que la mayor parte de las usuarias fueron referidas a clínica de mama y/o mantienen controles en servicios como Oncología del Hospital México o el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, esta Auditoría considera que el haber **referido a estas pacientes a otro nivel de atención, no exime al primer nivel de atención del Área de Salud Santa Cruz, de su responsabilidad de brindar una adecuada y efectiva atención integral e integrada, a efectos de mantener un seguimiento, control y monitoreo estricto de estas usuarias, en razón de tratarse de población vulnerable y de alto riesgo debido a su condición de salud.**

La Norma Nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama¹², indica la importancia de la atención integral de esta patología, considerando el seguimiento médico y manejo de las complicaciones, con base en los determinantes individuales y familiares, teniendo como objetivo que se garantice el acceso, la calidad, la igualdad y la equidad en la atención, y teniendo en cuenta, las actividades relacionadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

¹² Ministerio de Salud 2020.

La Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030, en el apartado 2 -Calidad de los servicios de salud-, establece textualmente:

“Este enfoque consiste en buscar satisfacer las necesidades de salud de las personas, tomando como base las mejores prácticas y la evidencia científica y poniendo atención en las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Se refiere, además, a procesos de mejoramiento continuo en las acciones relacionadas con el campo de la salud, a evitar la desconfianza de los usuarios y a la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. Involucra, por lo tanto, elementos como la calidez, la oportunidad y el acceso equitativo”.

El Dr. Jhonny Ruiz Guevara, coordinador de Consulta Externa del Área de Salud Santa Cruz, indicó¹³ a esta Auditoría en relación con las acciones de seguimiento y control, así como identificación de usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama lo siguiente:

“Con respecto a los registros lo que se tiene es cumplimiento de indicador de EPSS, igualmente los médicos de EBAIS dejan citas programadas a las pacientes con sospecha de malignidad para seguimiento.

Las referencias a clínica de mamas del HLA se pueden evidenciar en la lista de referencias digitales. Como tal no se lleva un registro de las pacientes referidas a la Clínica de mama”.

Aunado a lo anterior, el Dr. Ruiz Guevara indicó que, no se dispone por parte de esa coordinación, de mecanismos para verificar que la atención médica efectuada en los EBAIS a estas usuarias se realice de manera adecuada.

La situación descrita, evidencia deficiencias en el seguimiento y control médico a usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama por parte de los médicos de los EBAIS del Área de Salud Santa Cruz, además de debilidades en las actividades de control y supervisión que deben ejercer las jefaturas médicas respectivas, como parte del ambiente de control, a efectos de garantizar la atención de las usuarias bajo principios de calidad y eficiencia.

La ausencia de seguimiento y control o debilidad en el mismo, débil por parte del primer nivel de atención (EBAIS) a usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, puede afectar el abordaje bajo principios de oportunidad, calidad y eficiencia, aspecto que puede conllevar a la institución a afectar su imagen, tener que afrontar procesos medicolegales, así como un deterioro en la salud de las usuarias y sus familias.

3. SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PROSTATA

Se determinaron debilidades en el registro de información en el expediente digital único en salud (EDUS) en pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el Área de Salud Santa Cruz, tales como; la fecha en que se realizó el primer tacto rectal, fecha del primer resultado del antígeno prostático específico (APE), registro de que se haya realizado tacto rectal en la primera cita en medicina general, así como el registro de la referencia a urología.

¹³ Entrevista 29 de julio de 2024.

Aunado a lo anterior, se identificó que no se cuenta con mecanismos de supervisión establecidos por las jefaturas médicas del centro, a efectos de que pueda verificar que la atención médica brindada en los EBAIS a estos pacientes se realice bajo principios de calidad y eficiencia.

Esta Auditoría procedió a efectuar revisión retrospectiva de las atenciones médicas registradas en el expediente digital único en salud (EDUS-SIES), de un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata¹⁴, identificándose lo siguiente:

- En todos los casos se consignó el diagnóstico de tumor maligno de próstata, no así para todos se identificó el registro en la nota médica de la fecha del primer tacto rectal, pues solo en el 60% se consignó lo señalado (9 casos).
- Con respecto al registro de la fecha de primer resultado del antígeno prostático específico solo el 40% se identificó en el EDUS (6 casos).
- En 3 casos no se observó que se haya registrado la realización del tacto rectal en la primera cita en medicina general (20%).
- En el 73% de los casos (11 pacientes) no se observó el registro de la referencia al tercer nivel, sin embargo, el 100% de los pacientes objeto del muestreo dispusieron de control en el servicio de urología del hospital del Hospital La anexión, y en la mayoría de los casos continúan en control en la especialidad, además de control en especialidades como oncología o radioterapia según sea el caso.

El Reglamento del Expediente Digital Único en Salud¹⁵, establece en el artículo 31: De la completitud e integridad del registro Clínico, lo siguiente:

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

El Dr. Jhonny Ruiz Guevara, coordinador de Consulta Externa del Área de Salud Santa Cruz, indicó¹⁶ a esta Auditoría en relación con el seguimiento y control a pacientes con cáncer de próstata lo siguiente:

“Se realiza tamizaje de cáncer durante la consulta en los EBAIS y se cumple con lo estipulado para detección de cáncer de próstata, es decir aplicación del lineamiento que incluye tacto rectal y APE (...). También como parte de tamizaje en expediente EDUS en el énfasis de Adulto

Mayor se solicita la indicación de antígeno prostático y la realización de tacto rectal, procesos que en reunión de médicos se instruye a cumplir.

¹⁴ Muestreo no probabilístico a discreción del evaluador, para un total de 15 expedientes revisados en EDUS.

¹⁵ Aprobado en el artículo 4° de la sesión 8954 de Junta Directiva de la CCSS, celebrada el 29 de enero de 2018.

¹⁶ Entrevista 29 de julio de 2024.



Se realiza la revisión de referencias digitales referidas a urología, para cumplir con los requisitos de referencia establecidos, los mismos son revisados por médico de Medicina Familiar y la Jefatura de Primer Nivel de Atención. Revisión de expediente de salud como tal no se realiza”.

Las debilidades identificadas por esta Auditoría evidencian falta del debido cuidado por parte de los profesionales en medicina, en cuanto al adecuado registro de información relevante en el expediente de salud (EDUS) relacionada con la atención de los usuarios, así como la ausencia de acciones de control y seguimiento por parte de las jefaturas médicas del centro para su comprobación.

El registro inadecuado de información en el expediente de salud, relativo a la atención médica brindada a los pacientes, propicia un debilitamiento en la completitud y calidad de los registros de salud, aspecto que podría afectar los mecanismo de comunicación entre los diferentes establecimientos en la red de servicios de salud, respecto a disponer de información precisa sobre la condición clínica de la persona atendida, pudiendo afectar además, la continuidad de la atención y el seguimiento médico de los pacientes mediante servicios integrados y oportunos.

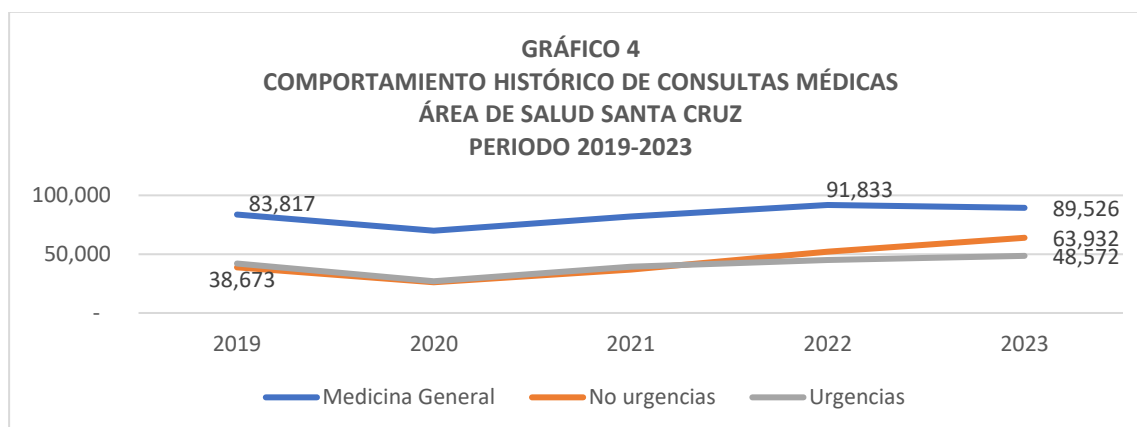
4. CAPACIDAD PRODUCTIVA Y GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA

Se evidenció la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive y productiva del Área de Salud Santa Cruz, debido al incremento en la demanda de usuarios que recurren a la Consulta Externa-Medicina General, la medicina especializada y servicio de Urgencias, así como el control interno a efecto de maximizar el aprovechamiento de los recursos institucionales, tales como las horas médicas contratadas, consultorios médicos, los cupos disponibles, la gestión de sustitución, policonsulta y otros relacionados con la accesibilidad de los asegurados, según se detalla a continuación:

4.1 COMPORTAMIENTO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS

Se efectuó un comparativo entre la cantidad de atenciones otorgadas en la Consulta Externa-Medicina General y el servicio de Urgencias, específicamente clasificados como “No Urgentes”, a efectos de conocer el comportamiento en la demanda de los servicios de esa área de salud. Al respecto, se obtuvo que en el servicio de Urgencias se otorgaron 63.032 atenciones “no urgentes” del 2023, que equivalen al 71 % de las 85.526 otorgadas en la Consulta Externa-Medicina General.

Esas atenciones “no urgentes” originadas principalmente por infecciones en vías respiratorias, dorsalgias, dolor de abdomen entre otras dolencias, que eventualmente podrían ser abordadas en los respectivos EBAIS de adscripción, presentaron una tendencia constante de incremento desde el 2019, según se visualiza en el siguiente gráfico.



Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Derivado del crecimiento en la cantidad de consultas de morbilidad brindadas en el servicio de Urgencias, se revisó la procedencia de los usuarios según adscripción, comprobándose que la mitad de esa población corresponden a los EBAIS centralizados: Corobicí, Tulitas, Santa Cecilia y Buenos Aires, con menor demanda de pacientes que residen en lugares más alejados del distrito central de Santa Cruz.

Cabe indicar que las atenciones “no urgentes” se dieron principalmente durante el primer y segundo turno. En este sentido, se evidencia una posible demanda insatisfecha de usuarios que recurren al servicio de Urgencias como medida alterna a la aparente imposibilidad de optar por un cupo en la Consulta Externa-Medicina General de los respectivos EBAIS de adscripción. No obstante, existen otros factores que deben ser considerados como la educación y concientización de los usuarios hacia el uso adecuado de los servicios médicos, visible en temas como la policonsulta (aspecto analizado más adelante).

4.2 CAPACIDAD PRODUCTIVA EN LA CONSULTA EXTERNA

Medicina General:

Esta Auditoría efectuó un análisis de los resultados obtenidos en la Consulta Externa-Medicina General, en relación con la cantidad de consultas otorgadas por EBAIS y la productividad mínima esperada del Área de Salud Santa Cruz.

Al respecto, se obtuvo que esa área de salud durante el 2023 brindó 85.675 atenciones en Medicina General, distribuidas en 13 EBAIS, la cual se comparó con el cálculo efectuado por esta Auditoría, de 3 consultas mínimas y 4 máximas por hora, para un total de 7.8 horas productivas durante los días hábiles del año. Los resultados reflejaron que cuatro EBAIS se encontraban por debajo del mínimo de productividad esperada, según el siguiente detalle:

CUADRO 2
ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD CONSULTA EXTERNA-MEDICINA GENERAL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
PERIODO 2023

| EBAIS | Atenciones brindadas | Productividad estimada mínima | Condición productiva |
|--------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Tulitas | 7.078 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Buenos Aires | 6.697 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Santa Cecilia | 6.379 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Corobicí (*) | 12.455 | 11.654 | Mayor a lo esperado |
| Ortega | 4.967 | 5.827 | Menor a lo esperado |
| Lagunilla | 5.551 | 5.827 | Menor a lo esperado |
| Cartagena 1 | 6.184 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Cabo Velas | 6.161 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Santa Barbara | 6.275 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| 27 de Abril | 6.654 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Cuajiniquil | 4.848 | 5.827 | Menor a lo esperado |
| Villareal | 6.633 | 5.827 | Mayor a lo esperado |
| Cartagena 2 | 5.793 | 5.827 | Menor a lo esperado |
| Total: | 85.675 | 81.578 | |
| Diferencia: | | 5 % | |

Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

(*) El cálculo del EBAIS de Corobicí se efectuó con base en dos médicos disponibles.

De acuerdo con los resultados anteriores, el Área de Salud Santa Cruz sobrepasó en un 5 % la productividad mínima esperada de 81.578 consultas, sin embargo, cuatro de ellos: Ortega, Lagunilla, Cuajiniquil, Cartagena 2, no alcanzaron el mínimo esperado de al menos tres consultas por horas para 5.827 atenciones durante el año, aspecto analizado más adelante.

Así mismo, se analizó el cumplimiento de la directriz DRSS-GR-0812/GM-13108-2023, del 8 de setiembre de 2023, relacionada con la “programación de citas en la Consulta Externa de los Equipos Básicos de Atención Primaria”, la cual debe responder a un mínimo del 90 % en atención directa, el restante 10 % debe ser destinado a la atención de otras actividades como promoción, prevención, comisiones, capacitación, educación continua y demás.

Específicamente, de las horas diarias contratadas entre enero y abril de 2024, menos los tiempos de alimentación, da como resultado 647,4 horas disponibles y 582,6 horas (el 90 %) destinadas a la atención directa de usuarios, sin embargo, solo 3 de los 13 EBAIS cumplieron con ese indicador: Tulitas, Santa Cecilia y Villareal.

Además, se analizaron las agendas médicas de los EBAIS Lagunilla, Ortega, Cartagena 1, Cuajiniquil y Cartagena 2, a efectos de obtener los tiempos destinados en escenarios justificables como horas programadas en traslados a puestos de visita periódica, comisiones y reuniones, lo cual permitió demostrar un incremento en el porcentaje de utilización del tiempo programado entre el 97 y 99 %, excepto en el EBAIS Ortega a un 90 %, es decir, presenta un limitado aprovechamiento del tiempo contratado y destinado a la Consulta Externa.

CUADRO 3
CUMPLIMIENTO DEL TIEMPO CONTRATADO EN ATENCIÓN DIRECTA A USUARIOS
CONSULTA EXTERNA-MEDICINA GENERAL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
ENERO-ABRIL 2024

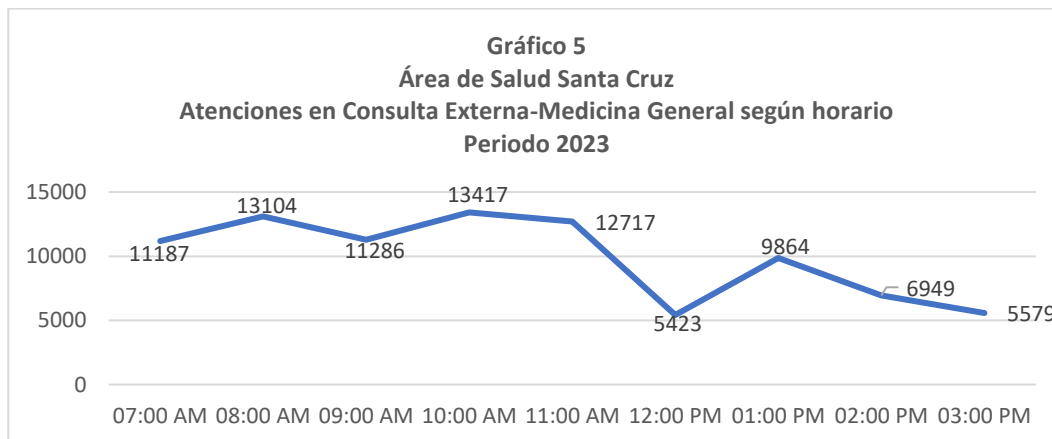
| EBAIS | Horas programadas C.E. | % cumplimiento programado C.E. | % cumplimiento con escenarios justificables |
|---------------|------------------------|--------------------------------|---|
| Tulitas | 583,25 | 90 % | N/A |
| Buenos Aires | 553,75 | 86 % | 99 % |
| Santa Cecilia | 594,50 | 92 % | N/A |
| Corobicí* | 1.140,50 | 88 % | N/A |
| Ortega | 434,50 | 67 % | 90 % |
| Lagunilla | 468,25 | 72 % | 97 % |
| Cartagena 1 | 554,50 | 86 % | 99 % |
| Cabo Velas | 544,75 | 84 % | N/A |
| Santa Barbara | 561,25 | 87 % | N/A |
| 27 de Abril | 576,75 | 89 % | N/A |
| Cuajiniquil | 420,25 | 65 % | 99 % |
| Villareal | 590,25 | 91 % | N/A |
| Cartagena 2 | 576,50 | 89 % | 99 % |

Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

(*) El cálculo del EBAIS de Corobicí se efectuó con base en dos médicos disponibles.

De la revisión anterior, se obtuvo que la mayor cantidad de actividades que afectan la atención directa de usuarios corresponde a los tiempos de traslado a puestos de visita periódica, en algunos de ellos se destina hasta tres horas diarias (ida y regreso), con la consecuente afectación de la productividad en comparación con los lugares donde el equipo permanece durante todo el día en la sede del EBAIS.

Con el propósito de identificar otros aspectos que repercuten con la capacidad productiva de esa área de salud, se revisaron las atenciones otorgadas según horario, evidenciándose un comportamiento descendente en la cantidad de atenciones médicas por hora, a partir del mediodía, según se aprecia en el siguiente gráfico.



Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Según se observa en el gráfico anterior, entre las 10:00 am y 11:00 am se otorgaron 13.417 consultas, mientras que entre las 2:00 pm y 3:00 pm disminuyó a casi la mitad de las atenciones, mientras que en la última hora (3:00 pm) se efectuaron apenas 5.579 consultas.



Así mismo, se analizó los motivos de disminución de la consulta a partir del mediodía, para lo cual se revisó la programación de las actividades mensuales, así como las consultas generadas por hora y por médico de los EBAIS Cuajiniquil, Lagunilla, Cartagena 2 y Buenos Aires, donde consta de manera reiterada la asignación de tiempos de traslado.

Inclusive, se dan casos donde la última consulta se otorgó entre las 11:00 am y 1:00 pm, especialmente cuando se efectúan giras a los puestos de visita periódica, lo cual evidencia la necesidad de mejorar el aprovechamiento de los recursos institucionales durante las visitas comunales.

Durante las giras a los puestos de visita periódica se atendieron en promedio entre 16 y 18 pacientes por día, mientras que la programación mínima con un horario de 7:00 am a 4:00 pm fue entre 24 y 32 pacientes.

Medicina especializada:

También, esta Auditoría efectuó un análisis de los resultados obtenidos en la Consulta Externa en las especialidades médicas de Medicina Familiar, Ginecología y Pediatría, entre enero y abril de 2024, todas por debajo del mínimo de productividad esperado.

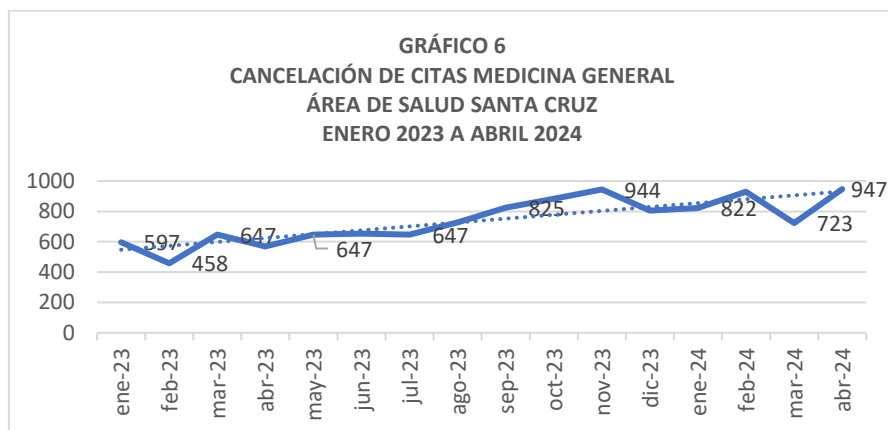
Al respecto, se estimó que, durante ese periodo, cada especialidad médica debió haber otorgado un mínimo de 1.942 atenciones, sin embargo, en Medicina Familiar se otorgaron 818 consultas, en Ginecología 522 y Pediatría brindaron 1.192, razón por la cual se revisó la programación mensual de esos profesionales y se comparó con la cantidad de pacientes atendidos por hora, citas canceladas, perdidas y cupos no utilizados.

De lo anterior, se obtuvo que en reiteradas ocasiones se dio la atención de únicamente un paciente por hora o inclusive no se atendió a ningún usuario, por motivo de citas perdidas, canceladas y cupos no utilizados, especialmente en la especialidad de Pediatría.

4.3 CITAS CANCELADAS:

Existen dos modalidades para la cancelación de citas, una por parte del paciente cuando no va a asistir a la consulta programada y otra por gestión del funcionario de Registros y Estadística en Salud (REDES), por motivos previsibles o imprevisibles como reuniones del personal, capacitaciones, incapacidades, entre otros.

En este sentido, entre enero 2023 y abril de 2024, se evidenció un incremento constante en las citas canceladas, cuyo comportamiento ha mantenido la misma tendencia, tanto a nivel nacional como en el Área de Salud Santa Cruz. En el siguiente gráfico se aprecia la situación local:



Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Al respecto, durante el primer cuatrimestre del 2024, se cancelaron 3.421 citas, lo cual tiene un efecto directo en la utilización y aprovechamiento de los cupos disponibles.

De igual forma, se analizó el comportamiento de esas cancelaciones por parte de los usuarios y se obtuvo que las personas que más han cancelado citas se encuentran entre los 20 y 30 años. Algunos cancelaron entre 4 y 7 veces las citas obtenidas en la Consulta Externa-Medicina General

Aunque no consta por parte del Área de Salud Santa Cruz un análisis sobre los principales motivos de cancelaciones, argumentan haber visualizado un incremento en el ausentismo durante las actividades cívicas de ese cantón.

4.4 AUSENTISMO Y GESTIÓN DE SUSTITUCIÓN

Entre enero y abril de 2024, se originaron 3.754 **citas perdidas** en la Consulta Externa-Medicina General y 409 en Medicina Especializada, derivado de que los pacientes no asistieron a la cita. La mayor cantidad de citas perdidas correspondió a personas entre 15 y 44 años, aunque se evidenciaron 470 casos (un 13 %) por adultos mayores de 70 años.

CUADRO 4
CITAS PERDIDAS CONSULTA EXTERNA-MEDICINA GENERAL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
ENERO A ABRIL 2024

| Rango edad | Citas perdidas | Porcentaje |
|----------------|----------------|--------------|
| 0 a 14 años | 626 | 17 % |
| 15 a 44 años | 1.402 | 37 % |
| 45 a 69 años | 1.256 | 33 % |
| Más de 70 años | 470 | 13 % |
| Total | 3.754 | 100 % |

Fuente: elaboración propia con base en cubos de EUDS.

De igual forma, se obtuvo que la mayor cantidad de citas perdidas correspondió a personas que residen en el distrito central de Santa Cruz, a excepción de algunos casos como adultos mayores con residencia en áreas costeras y otros lugares de mayor vulnerabilidad socioeconómica y de accesibilidad, según la siguiente distribución:

**CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN CITAS PERDIDAS-MEDICINA GENERAL
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
ENERO A ABRIL 2024**

| DISTRITO | TOTAL, CITAS | % CITAS PERDIDAS | MAYORES 70 AÑOS | % ADULTOS MAYORES |
|----------------|--------------|------------------|-----------------|-------------------|
| Santa Cruz | 1.565 | 42 % | 186 | 40 % |
| Tamarindo | 393 | 10 % | 28 | 6 % |
| 27 de Abril | 334 | 9 % | 48 | 10 % |
| Tempate | 302 | 8 % | 37 | 8 % |
| Diriá | 290 | 8 % | 58 | 12 % |
| Cabo Velas | 215 | 6 % | 23 | 5 % |
| Cartagena | 210 | 6 % | 29 | 6 % |
| Bolsón | 197 | 5 % | 23 | 5 % |
| Otros lugares | 248 | 7 % | 38 | 8 % |
| Totales | 3.754 | 100 % | 470 | 100 % |

Fuente: elaboración propia con base en cubos de EUDS.

Según se observó, el 42 % de esas citas perdidas correspondió a usuarios del distrito central de Santa Cruz, seguido de Tamarindo con un 10 % y 27 de Abril (un 9 %).

Lo anterior adquiere mayor relevancia al considerar que las personas mayores de 70 años, quienes representan un mayor reto para la seguridad social debido a factores de vulnerabilidad social y económica, perdieron la cita programa, específicamente un 40 % de ellos residen en el casco central de Santa Cruz, mientras que el restante 60 % se encuentra disperso en otros distritos, algunos de esos lugares con problemas en las vías de comunicación terrestres, tales como Bolsón, 27 de Abril y demás. Inclusive, se obtuvo que cinco usuarios con más de 80 años estuvieron ausentes en la cita médica entre dos y tres ocasiones, durante el mismo periodo; dos de ellas fallecieron en mayo de 2024.

Por parte del Área de Salud Santa Cruz, no se obtuvo un análisis sobre los motivos de ausentismo a las citas programadas, aunque presumen que algunos casos se dan por la falta de concientización hacia los servicios de salud, la facilidad de recurrir al servicio de Urgencias sin cita previa, dificultad de desplazamientos por medio de transporte público y otros factores. Sin embargo, la falta de un abordaje local de esa problemática podría limitar el desarrollo de acciones tendentes a garantizar un mayor aprovechamiento de los recursos, así como captación y seguimiento de los usuarios, en especial, de poblaciones con mayor vulnerabilidad socio económica.

Otro aspecto de relevancia es la gestión de sustitución que corresponde a la reasignación de los cupos de pacientes ausentes al no presentarse o cancelar la cita. En términos generales, el porcentaje de citas sustituidas en Medicina General fue del 65 % y en Medicina Especializada un 23 %, ambos inferiores al porcentaje establecido a nivel institucional, entre el 85 % y 100 %, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las acciones locales de control y supervisión que permitan maximizar el uso de los recursos disponibles.

Adicionalmente, se comprobó que durante ese mismo periodo se dieron 747 recargos, donde varios de esos casos podrían corresponder a un registro erróneo por parte del personal de Registros y



Estadística de Salud (Redes), por cuanto, el usuario que se presentó a la consulta sin una cita programada fue incluido como un recargo, a pesar de que a esa misma hora u horas antes, se habían generado cupos por pacientes ausentes.

4.5 CUPOS NO UTILIZADOS

Los cupos no utilizados corresponden a los que, estando disponibles para la atención médica de usuarios, no fueron asignados ni ocupados por pacientes. En la región Chorotega durante el 2023, se generaron 20.668 cupos no utilizados en Medicina General, con un costo de ₡551.649.588,00 y en el Área de Salud Santa Cruz se dejaron de utilizar 639 cupos por ₡17.055.549,00.

La mayor cantidad de cupos no utilizados (un 25 %) corresponde al EBAIS Ortega, seguido de Santa Bárbara (un 13 %). Sin embargo, se evidenció que 106 cupos fueron de los EBAIS Buenos Aires, Corobicí, Santa Cecilia y Tullitas y del Área de Salud; todos ubicados en la sede administrativa, los cuales podrían haber sido eventualmente asignados a pacientes con clasificación blanca (no urgentes) del servicio de Urgencias que fueron atendidos durante el primer y segundo turno.

Debemos reiterar que en el numeral “1.1 Comportamiento en la demanda de servicios” se indicó que en el servicio de Urgencias se atendieron 659 personas clasificadas como “no urgentes” y adscritas al EBAIS Ortega, razón por la cual, no se justifica la mayor cantidad de cupos no utilizados en la Consulta Externa-Medicina General correspondan a ese EBAIS.

Cabe agregar, que uno de los principales aspectos que externa la población, es la falta de accesibilidad a los servicios de salud, razón por la cual no se justifica la subutilización de los recursos institucionales.

4.6 POLICONULTA Y PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN

La policonsulta se puede considerar como la atención reiterada de un mismo paciente en los servicios médicos institucionales, entiéndase Consulta Externa, servicios de Urgencias o Emergencias y obedece a una conducta que debe ser evaluada por el nivel local, de acuerdo con los requerimientos del usuario

Al respecto, se identificó que, entre enero de 2023 y abril de 2024, al menos 522 pacientes fueron atendidos entre 20 y 207 veces en el servicio de Urgencias, mientras que 48 usuarios recibieron entre 20 y 56 atenciones en la Consulta Externa-Medicina General, la mayoría de ellos no habían sido atendidos por un médico especialista en Medicina Familiar del Área de Salud Santa Cruz. A continuación, se detallan algunos casos:

CUADRO 6 ATENCIONES POR PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE URGENCIAS

**ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
ENERO 2023 A ABRIL 2024**

| Usuario | EBAIS adscripción | Edad | Atenciones en Urgencias | Atenciones en Consulta Externa- Medicina General | Atenciones Medicina Familia ASSC |
|--------------|----------------------|------|----------------------------|--|--|
| Paciente 1 | Corobicí | 45 | 207 | 7 | 0 |
| Paciente 2 | Santa Cecilia | 36 | 149 | 1 | 1 |
| Paciente 3 | Corobicí | 64 | 133 | 3 | 0 |
| Paciente 4 | Tulitas | 71 | 124 | 11 | 0 |
| Paciente 5 | Corobicí | 40 | 109 | 14 | 0 |
| Paciente 6 | Corobicí | 65 | 109 | 5 | 0 |
| Paciente 7 | Tulitas | 22 | 106 | 0 | 0 |
| Paciente 8 | Corobicí | 51 | 99 | 4 | 1 |
| Paciente 9 | Corobicí | 42 | 96 | 4 | 1 |
| Paciente 10 | Corobicí | 45 | 93 | 9 | 0 |
| Paciente 11 | Santa Cecilia | 73 | 93 | 9 | 0 |
| Paciente 12 | Corobicí | 36 | 86 | 11 | 0 |
| Paciente 13 | Buenos Aires | 43 | 83 | 3 | 0 |
| Paciente 14 | 27 de Abril | 47 | 82 | 18 | 0 |
| Paciente 15 | Corobicí | 62 | 82 | 5 | 0 |
| Paciente 16 | Corobicí | 91 | 79 | 4 | 1 |
| Paciente 17 | Santa Cecilia | 47 | 78 | 5 | 0 |
| Paciente 18 | Buenos Aires | 31 | 76 | 2 | 0 |
| Paciente 19 | Santa Cecilia | 42 | 73 | 5 | 4 |
| Paciente 20 | Lagunilla | 81 | 70 | 6 | 5 |
| Total | | | 2.027 | 126 | 13 |

Fuente: Elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Por lo anterior, se verificó si los pacientes con mayor cantidad de consultas en Urgencias habían sido atendidos en su EBAIS de adscripción, específicamente Consulta Externa-Medicina General, inclusive en la consulta especializada de Medicina Familiar.

Los motivos de consulta de los pacientes con mayor cantidad de atenciones, aunque es variado, obedecen en su mayoría por infecciones en vías respiratorias, así como problemas asociados a hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras.

4.7 LISTA DE ESPERA EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

Se determinó que el Área de Salud Santa Cruz registraba a marzo de 2024, una lista de espera de pacientes que requerían atención especializada en Medicina Familiar, Ginecología y Pediatría, con plazos promedios de espera entre los 109 y 214 días, según consta el documento: "Lista de Espera para atención en especialidades de consulta externa, según región, establecimiento de salud, servicio y especialidad", según la siguiente distribución.

**CUADRO 7
LISTA DE ESPERA POR ESPECIALIDAD
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ
MARZO DE 2024**



| Especialidad | Total de citas | Tiempo promedio de espera | Tiempo máximo espera |
|---------------------------------|----------------|---------------------------|----------------------|
| Medicina Familiar y Comunitaria | 529 | 214 | 290 |
| Ginecología | 66 | 144 | 192 |
| Pediatría | 117 | 109 | 237 |
| Total | 712 | | |

Fuente: Lista de espera, C.C.S.S.

El mayor plazo de espera corresponde a Medicina Familiar y Comunitaria con 290 días, seguido de Pediatría con 237 días.

En lo referente al acceso a los servicios de salud, la Contraloría General de la República, indicó mediante el informe "Auditoría operativa sobre la eficiencia y eficacia de los servicios de salud brindados por los EBAIS" 2021, que "la mayoría de los encuestados (57,6%) manifestaron que no es fácil obtener una cita para asistir al EBAIS y no dan suficientes cupos por día (69,4%), lo cual representa una limitante para la población al acceso de los servicios de salud".

El Manual para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa en el Marco de un Plan de Atención Oportuna, define:

“8.2. Proceso de consulta externa

Corresponde a todas aquellas actividades requeridas para que un usuario acceda a la atención ambulatoria solicitada a los servicios de salud de consulta externa según la oferta de los diferentes centros. Siendo las Jefaturas de Servicio junto con la Jefatura de Consulta Externa (ver figura de proceso 1. Aval de la agenda de los especialistas), quienes definen la

planificación y organización de las consultas, adoptando medidas concretas que permitan optimizar la oferta debido a la demanda existente, tomando en cuenta la realidad en el establecimiento de salud (personal, recursos, problemática específica, entre otros).

Cualquier programación de agendas que no se realice de esta forma desmejorará la gestión de las agendas del establecimiento de salud.

Las actuaciones comprenden tres grandes ejes:

- *Analizar las posibilidades de mejora en la Consulta Externa.*
- *La gestión de la demanda.*
- *La gestión del plazo promedio de espera”.*

De acuerdo con el Plan Presupuesto 2023, está en proceso la dotación de al menos tres EBAIS más de los 13 ya conformados, a efecto de reforzar sectores como Villareal y Cabo Velas, cuya sobre población tiene una incidencia directa en la prestación de los servicios de salud.

En relación con la consulta especializada, en el Plan Presupuesto 2023 se justificó que alcanzaron porcentajes de cumplimiento “satisfactorios durante el año 2023”, sin embargo, identificaron que “existe un problema de ausentismo que debe ser analizado por parte de las especialidades y realizar acciones necesarias para su disminución; si es importante anotar que parte de este ausentismo se

debe a condiciones propias de los usuarios, como disponibilidad de transporte para acudir a sus citas, condiciones económicas, falta de interés por falta del usuario, etc”, aspectos que deberían ser analizados y establecer estrategias para su abordaje

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director médico del Área de Salud Santa Cruz, comentó que “dos veces al año (por semestre) se hace la evaluación del plan presupuesto” como parte del proceso de planificación, control y evaluación de la unidad a su cargo, el cual a criterio de esta Auditoría, no es suficiente en virtud de la necesidad de mejorar los procesos sustantivos de la unidad a su cargo, desde la planificación de actividades hasta la implementación de acciones que permitan maximizar el uso de los recursos institucionales, así como garantizar una mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud.

De igual forma, el Dr. Jhonny Ruiz Guevara, jefatura de Consulta Externa, mencionó que está a cargo de otras actividades como la atención de pacientes, recepción de incapacidades, abordaje de quejas de la Contraloría de Servicios, seguimiento a las consultas de los EBAIS, confección de recetas, reprogramación de citas, atención de asuntos de las especialidades médicas y no médicas, actividades de Rayos X y electrocardiogramas, entre otras que limita ejercer un mayor control y supervisión del servicio a su cargo, así como disponer de análisis tipo “FODA” donde se haya documentado la situación actual de la Consulta Externa, o bien, de un análisis para determinar la capacidad productiva y rendimientos del área de salud.

Además, el Dr. Ruiz, indicó que en su lugar elaboraron el “Informe distribución tiempo programado Consulta Externa por EBAIS”, donde analizaron el cumplimiento del 90 % del tiempo destinado a la atención directa entre otras revisiones con base en “cuadros estadísticos” proporcionados por REDES, no así de información digital y actualizada por medio Dashboard en Power BI u otros, que permita monitorear y controlar los rendimientos en medicina general y especializada, para la oportuna toma de decisiones.

Por otra parte, la Licda. Karen Dinarte Espinoza, jefe de Registros y Estadística de Salud, REDES, nombrada en ese puesto desde el 1º de abril de 2024, comentó que en ocasiones los profesionales en ciencias médicas presentan de manera tardía la programación de actividades, lo cual limita la planificación y control de agendas.

En relación con la gestión de sustitución de pacientes, la Licda. Dinarte Espinoza manifestó que “Para mitigar el ausentismo se hacen llamadas una semana antes de la cita en especialidades no médicas, y los mensajes de texto vía app de EDUS” y para garantizar un mayor aprovechamiento de los cupos disponibles externó que “Es necesario efectuar una revisión de las agendas para determinar los motivos. En el caso del EBAIS Ortega, es donde hay mayor cantidad de cupos no utilizados, debido a la poca población y por época de zafra (diciembre a marzo) las personas generalmente no llegan a consulta. Es una población de difícil acceso”.

Derivado de la revisión efectuada por esta Auditoría, en el Área de Salud Santa Cruz no han logrado garantizar una gestión razonable, eficiente y efectiva de la utilización de los recursos institucionales asignados, en lo relacionado con las horas contratadas, la gestión de sustitución, cupos disponibles, entre otros descritos anteriormente.

Lo descrito conlleva a demostrar que los mecanismos de planificación, control y supervisión de la gestión la Consulta Externa no han sido efectivos, lo cual se traduce en lista de espera en las especialidades médicas; en una mayor dificultad de acceso a los servicios de salud por parte de

usuarios nuevos, mientras que en los pacientes de control se visualiza un impacto en la cantidad reiterada de atenciones, la saturación del servicio de Urgencias, así como un eventual detrimento en la calidad de vida de las personas.

5. VISITAS DOMICILIARES DE LOS ASISTENTES TÉCNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ATAP

Se determinó un limitado cumplimiento en las actividades efectuadas por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria, ATAP, en el escenario domiciliario. Específicamente, el Área de Salud Santa Cruz se encuentra entre las tres unidades de la región Chorotega con el menor porcentaje de visitas efectivas.

La cobertura en visita domiciliar del Área de Salud Santa Cruz fue del 52 % del 100 % de viviendas estimadas durante el 2023. A partir del 2020 y por motivo de la pandemia, se priorizó el proceso de vacunación de personas; a junio de 2024 se estaba atendiendo el sarampión y la influenza.

En el “Informe anual de PPL (Plan presupuesto) de 2023 Enfermería”, se indicó textualmente:

“Aunque ha mejorado la modalidad de visita presencial, no se logra cumplir con la meta, esto se debe a los funcionarios ATAP se mantienen con diversas actividades, por lo cual, se realizan las visitas de prioridad entre otras. Aunado aumentaron casos de Dengue a partir de los cuales, por día, había hasta 15 casos nuevos en promedio. Además, los casos de TB (tuberculosis) y tratamientos profilácticos de los cuales deben ser supervisados estrictamente para la toda diaria. También la vacunación en los diferentes escenarios, barridos por caos de Dengue y otras enfermedades de reporte obligatorio, etc”.

De acuerdo con el cuadro 28 “Visitas en el escenario domiciliario realizadas por el ATAP por total, visitas efectivas, no efectivas, seguimiento y personas atendidas según Red Integrada de Servicios y Establecimiento de Salud, 2023”, el Área de Salud Santa Cruz se encuentra entre las tres unidades de la región Chorotega con el menor porcentaje de visitas efectivas en el escenario domiciliario.

El Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria Primer Nivel de Atención, define la visita Domiciliar como “un pilar fundamental en la Estrategia de Atención Primaria, la cual es un reto para Enfermería en el país, planificarla y dar seguimiento a su cumplimiento, favoreciendo de este modo, el mejoramiento en los índices de salud de la población en general”.

En ese manual de establecen requisitos en el desempeño del personal de atención primaria, específicamente, “La labor del Asistente Técnico de Atención Primaria, es de gran importancia, porque se promueve y mantiene acciones de baja complejidad, en Promoción y Prevención de la Salud, que benefician al usuario familia y comunidad que están bajo su responsabilidad, en coordinación con el (la) profesional en Enfermería”.

De acuerdo con la Dra. Yanina Montes Montes, Coordinadora de Atención Primaria del Área de Salud Santa Cruz, entre las principales dificultades para cumplir con las visitas programadas, están las siguientes:

- Movilización de personas extranjeras en zonas costeras como Villareal y Cabo Velas, inclusive algunas viviendas no están registradas en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF).

- Campañas de vacunación por COVID-19, Sarampión, Influenza, Dengue y otros. Se atendieron más de 5.000 casos por barridos de dengue. Además, se debe dar seguimiento a pacientes por casos como Tuberculosis, donde se generan contactos positivos.
- Existen zonas de alto riesgo por inseguridad.
- En Cabo Velas se dispone de dos ATAP para una población de 11.000 habitantes.
- Dificultad de cupos en los EBAIS para la referencia de pacientes que son captados durante la visita domiciliar.

Cabe indicar que un limitado cumplimiento en las visitas domiciliarias, limita la oportuna captación, control y seguimiento de poblaciones en riesgo, tales como; adultos mayores, personas con reducida capacidad de movilización, pacientes con enfermedades crónicas, entre otros usuarios que carecen de posibilidad de acceder a los servicios de salud mediante la Consulta Externa de los EBAIS.

De igual forma, se espera que los pacientes captados durante esa visita sean referidos y atendidos en los respectivos EBAIS de adscripción, a efecto de mantener un control y seguimiento en la salud de esas personas.

6. GESTIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Se determinó debilidades en la gestión técnica y administrativa del Servicio de Urgencias, lo anterior por cuanto no se dispone de un manual de organización y funcionamiento del servicio, no se lleva a cabo la clasificación de pacientes (triage¹⁷) durante el tercer turno, así mismo, no se ha efectuado la asignación formal de funciones y actividades al médico coordinador del servicio, se omite un registro de los médicos capacitados en cursos de soporte básico y avanzado, así como ausencia de sistemas de control o supervisión que permitan garantizar el buen desarrollo de las actividades diarias.

En ese sentido, se determinó que el Dr. Gustavo Sánchez Briceño tiene a cargo la coordinación del Servicio de Urgencias desde el 6 de noviembre de 2023, la cual fue comunicada¹⁸ por el Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, sin embargo, es hasta el 8 de julio de 2024 (8 meses después y durante la elaboración de la presente evaluación) que mediante el oficio ASSC-DM-0314-2024, se comunicó al Dr. Sánchez Briceño las tareas, funciones y actividades a realizar como coordinador del Servicio de Urgencias por parte de la Dirección Médica.

Por otra parte, es importante indicar que, a la fecha de realización del trabajo de campo del presente estudio, el Dr. Sánchez Briceño ocupa una plaza rotativa¹⁹ en tres turnos, aspecto que según lo indicado por el funcionario dificulta su trabajo como coordinador del servicio para atender labores administrativas, incluidas la supervisión y control de actividades efectuadas por los médicos, teniendo además que combinar su jornada de trabajo con la atención de pacientes.

Aunado a lo anterior, se evidenció que el servicio no dispone de un manual de organización y funcionamiento en el cual se definan y establezcan líneas de coordinación y comunicación, actividades sustantivas a realizar, incluidos los principales procesos y subprocesos, entre otros. En ese sentido, únicamente se dispone de un documento denominado: "Normas de cumplimiento interno

¹⁷ Es la primera actividad de gestión clínica, que permite recibir y clasificar al usuario según el grado de urgencia. Desde el punto de vista técnico el utilizar un sistema de priorización (triage), tiene como objetivo primordial determinar la gravedad de los pacientes con el fin de brindar la atención más rápida y eficaz al paciente que lo requiere de manera inmediata.

¹⁸ Oficio DM-ASSC-2531-0512-11-2023 del 6 de noviembre de 2023, remitido a las jefaturas de servicio y médicos del Área de Salud Santa Cruz.

¹⁹ Plaza N°43118 según Acción de Personal UP-2531-513613-2022, la cual indica horario rotativo según necesidades del servicio.

para Médicos que laboran en Servicio Urgencias ASSC²⁰ emitido a inicios de este año, protocolo para aplicación de gentamicina²¹, atención de pacientes acompañados por fuerza pública-GAO-OIJ²², protocolo para la atención y abordaje de víctimas de agresión sexual²³.

En cuanto al proceso de clasificación de pacientes (triage), se verificó que durante el tercer turno este no se realiza por parte de personal médico, siendo el auxiliar de enfermería de la preconsulta quien, con base en su criterio, comunica a alguno de los médicos de turno para que el paciente sea atendido con prioridad. En caso de que el auxiliar de enfermería no considere o no logre determinar que se trata de una emergencia, los pacientes son llamados y atendidos por los médicos del tercer turno según su orden de llegada. Por otra parte, la coordinación del servicio no dispone de información documentada referente a revisiones o monitoreos de los tiempos promedio de clasificación y atención de usuarios en el servicio.

Además, se constató que no se cuenta con un registro documentado de los profesionales en medicina que laboran en el servicio, que hayan sido capacitados en cursos tales como soporte cardiaco básico, soporte cardiaco avanzado, RCP neonatal, soporte pediátrico avanzado (PALS) o soporte vital avanzado en obstetricia (ALSO), así como el Curso de Reanimación y Emergencias Cardiovasculares (CREC) entre otros.

Finalmente, se determinó que la coordinación del servicio no dispone de mecanismos de control para efectuar labores de supervisión del personal médico que labora en el Servicio de Urgencias, que incluyan entre otros, el cumplimiento de horarios, producción individual, trato al usuario, calidad en las anotaciones en el EDUS, entre otros.

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Página 12 y 42, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”.

“(…) TRIAGE

Se debe revisar la aplicación institucional del Sistema de clasificación CTAS, ya que todavía se identifican algunos centros que no lo están utilizando, pese a la capacitación respecto de estos desde el periodo 2013. (…). Los centros que no cuentan aun el sistema de Triage CTAS deberán implementarlo y documentar los resultados.”

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Recomendaciones finales, página 44, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”, señala:

“(…) se recomienda que los médicos no especialistas que laboran en los servicios de Emergencias/Urgencias sean capacitados por la institución, según los parámetros que esta defina (...), para el abordaje inicial de los pacientes críticos. Para esto sugerimos que los médicos realicen cursos institucionales como el CREC (Curso de Reanimación y Emergencias Cardiovasculares) y pasantías en los Hospitales que pertenezcan a su RED donde haya Médico Emergenciólogo, con el fin de que adquieran las destrezas necesarias (...).”

El Dr. Gustavo Sánchez Briceño, coordinador del Servicio de Urgencias indicó²⁴ en cuanto a la gestión del servicio lo siguiente:

²⁰ Avaladas por la Dirección Médica el 11 de enero de 2024 y comunicadas el 12 de enero de 2024.

²¹ ASSC-DM-URG-0019-2024 del 19 de junio de 2024.

²² ASSC-DM-URG-0005-2024 del 18 de marzo de 2024.

²³ Abril 2024.

²⁴ Entrevista del 22 de julio de 2024.

“Deseo aclarar que mi plaza es rotativa; y dentro de las múltiples funciones asignadas, también soy operativo; por lo tanto, tengo que dar atención directa al usuario. Esto me hace difícil dar informes por escrito al menos mensualmente, pero si le informo al director Médico el avance o situaciones que se presentan cuando se dan reuniones de jefaturas (...). Como tal no se cuenta con manual de organización y funcionamiento del servicio.

(...) El personal si está disponible para triage en primer y segundo turno. Durante el tercer turno no se tiene establecido un médico exclusivo para clasificación, lo que se hace es que la enfermera que está en triage apoya en la valoración según su criterio, lo cual no queda registrado en EDUS, y comunica a uno de los médicos de consultorio en caso de considerar que un paciente debe ser atendido con prioridad”.

En cuanto a la existencia o disposición de información documentada referente a revisiones o monitoreos de los tiempos promedio de clasificación y atención de usuarios en el servicio, el Dr. Sánchez Briceño manifestó:

“A la fecha no se ha realizado revisiones o monitoreos para determinar estos tiempos. Hasta hace 2 semanas tanto a la Dirección Médica como a este servidor, nos asignaron la herramienta de DASBOARD para valorar tiempo y productividad. Antes no tenía como hacerlo.

No se tienen identificados los tiempos promedio de clasificación de los pacientes en cada turno. Es algo en lo que se piensa trabajar y que hay que retomar en conjunto con la jefatura de REDES (...).”.

En lo referente a la existencia de un registro documentado de los profesionales en medicina que laboran en el servicio, que hayan sido capacitados en cursos como soporte cardiaco básico, soporte cardiaco avanzado, RCP neonatal, soporte pediátrico avanzado (PALS) o soporte vital avanzado en obstetricia (ALSO), así como el Curso de Reanimación y Emergencias Cardiovasculares (CREC) entre otros, el Dr. Sánchez Briceño indicó:

“No se tiene levantado un inventario de los funcionarios que hayan realizado los cursos de soporte, sin embargo, si tengo conocimiento de cuales médicos han sido capacitados. Es un trabajo que hay que realizar”.

En cuanto a disposición de mecanismos de control para efectuar labores de supervisión del personal médico que labora en el servicio, que incluyan entre otros, el cumplimiento de horarios, producción individual, trato al usuario, calidad en las anotaciones en el EDUS, entre otros, se indicó por parte del Dr. Sánchez Briceño lo siguiente:

El cumplimiento de horarios es a través de mi persona al menos cuando estoy en el servicio, haciendo recorridos y visitando a los colegas. La producción individual no la tengo establecida, no se tiene establecido revisión de anotaciones en EDUS, únicamente se revisan en caso de una inconformidad planteada por los usuarios. En cuanto a la revisión del trato al usuario se da gracias a reportes de Contraloría de Servicios, así como en los recorridos que realizo. No se dispone de registros documentales de estas actividades”.



La situación descrita se da por el débil seguimiento y control ejercido por las autoridades del centro médico, respecto a la gestión técnica y administrativa del servicio de urgencias. Aunado a lo anterior, la figura del coordinador al tener que realizar funciones asistenciales (atención de pacientes) durante su jornada de trabajo, ve limitado el tiempo que puede dedicar a funciones administrativas que permitan impactar y fortalecer de manera positiva la gestión del servicio.

La gestión de un servicio de urgencias por parte de un médico coordinador, cumpliendo al mismo tiempo funciones asistenciales, sin el debido acompañamiento y supervisión por parte de la Dirección Médica, incrementa el riesgo de que se brinden servicios asistenciales inadecuados, no estandarizados, ni acordes a la actualidad médica, poniendo en riesgo la salud de los usuarios y eventualmente exponiendo a la institución a posibles demandas y perjudicando la imagen institucional.

El apoyo y respaldo de la Dirección Médica del centro a la coordinación del servicio es fundamental, a efectos de que la gestión de este se realice bajo principios de oportunidad, calidad y eficiencia; y que además ese acompañamiento contribuya a que los colaboradores del servicio y otras estructuras del centro médico favorezcan el desarrollo eficiente y efectivo de la gestión del servicio de urgencias.

7. GESTION DE LOS SERVICIOS DE APOYO LABORATORIO CLÍNICO, FARMACIA Y RADIOLOGÍA E IMAGANES MÉDICAS

Se identificaron oportunidades de mejora en la gestión administrativa de los servicios de la Laboratorio Clínico, Farmacia y Radiología, relacionados en cuanto a fortalecer el proceso de atención y acceso de la población a esos servicios. A continuación, se presentan los principales hallazgos:

7.1 ACCESO PARA TOMA Y ENTREGA DE MUESTRAS DE LOS SERVICIOS LABORATORIO CLÍNICO EN LOS EBAIS DESCONCENTRADOS

Se determinó que la toma y entrega de muestras para exámenes de Laboratorio Clínico, no se realiza en las sedes de EBAIS desconcentrados, este proceso se encuentra centralizado en la sede del Área de Salud Santa Cruz, lo cual implica que los usuarios de las diferentes comunidades deban trasladarse largas distancias hasta esa unidad para recibir el servicio de laboratorio, con el consecuente costo adicional para los asegurados.

Lo anterior se determinó con base en las visitas realizadas a las sedes de EBAIS de esa Área de Salud, considerando, además, la relevancia de este proceso debido a que el total de la población adscrita de este establecimiento de salud es de 87.079 habitantes aproximadamente, de los cuales un 70% (60 mil habitantes) están adscritos a 10 EBAIS desconcentrados y un 30% (27 mil habitantes) son atendidos en 4 EBAIS centralizados en la sede del Área de Salud.

La Readequación y Fortalecimiento del Modelo de Atención, tiene definido tres principios fundamentales la Universalidad, Solidaridad y la Equidad para conservar la identidad del Sistema de Salud y Seguridad Social Costarricense, para este caso es importante recordar la equidad como un elemento esencial en este nuevo modelo de atención, que se enfoca en cumplir las siguientes dos metas:

“(…)

a- Reducir los niveles existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional con la pretensión y minimizarlas o evitarlas.

b- Asegurar la igualdad de oportunidades al acceso en la atención integral en salud, oportuna, eficiente de buena calidad para iguales necesidades de los usuarios (...).”

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director Médico del Área Salud Santa Cruz, sobre este tema indicó²⁵ que:

“(...) durante la gestión del Dr. Retana, se brindaron servicios en algunos EBAIS del Área de Salud, sin embargo, posterior a algunas consideraciones técnicas o dificultades en el momento de este proceso como tiempos de traslados, y afectaciones en el manejo, necesidad de personal y seguridad de las muestras.

Actualmente, esta Dirección comprende la necesidad que existe para que la población adscrita a EBAIS desconcentrados para mejorar el acceso a los servicios de y que estos servicios se acerquen a esas poblaciones, por lo que esta Dirección está anuente a realizar las valoraciones para de forma paulatina y segura avanzar en este proceso por medio de la implementación de esta necesidad.”

Además, la Dra. Marcela Vallejos Noguera, jefe de Servicio de Laboratorio Clínico de esa misma Área de Salud, indicó²⁶ sobre este asunto que:

“Las principales razones administrativas que han limitado poder realizar esta toma de muestra en los EBAIS desconcentrados ha sido que actualmente no se dispone del recurso humano suficiente para realizar ese proceso, además, está el tema de productividad, la cual está establecida en la atención de una demanda de 100 pacientes por hora, por un periodo de 3 horas lo que estimaría una producción de 300 pacientes atendidos por día, y si consideramos

desplazarse a los EBAIS desconcentrados esa atención de pacientes esperada se estaría disminuyendo un 50%, este tema fue revisado, en su momento, mediante un estudio del primer trimestre en el año 2019 y 2022 en los EBAIS de Cartagena y Santa Barbara.

Esta disminución estaría asociada a factores como tiempo de traslado, condiciones de sistema de base de datos, ausentismo, cupos limitados. Además, se debería de tener una cadena de frío adecuada y una entrega oportuna para que no haya afectación a las muestras.”

Según se desprende de lo indicado por parte de la Dra. Vallejos Noguera, los motivos por que cuales el servicio de laboratorio está centralizado en la sede del Área, se fundamentan principalmente en factores de maximizar la producción y de organización, no obstante, existen otros factores de índole social y de acceso de la población, que no han sido considerados por las autoridades del centro médico.

Existen poblaciones adscritas a EBAIS del Área de Salud Santa Cruz, con distancias mayores de la sede de Área, a las analizadas en su momento por el Área de Salud (Cartagena y Santa Barbara) como ejemplo tenemos a las poblaciones de San Juanillo, Ostional y Marbella que se encuentran a una distancia de 60km, 59km y 43 km de la sede respectivamente, además, de poblaciones de

²⁵ Entrevista escrita del 29 de julio 2024.

²⁶ Entrevista escrita del 12 de julio 2024.



Tempate y Portegolpe localizadas a 38km y 40 km respectivamente de la sede, entre otras²⁷, que deben recorrer estos kilómetros para la toma y entrega de muestras solicitadas para exámenes de laboratorio clínico.

Aunado a lo anterior, también se debe indicar que varias de estas poblaciones distantes presentan una limitada oferta de transporte público, además, de las necesidades económicas, así como una conformación de una cantidad importante de personas adultas mayores, niñas, niñas y madres solteras y personas con ECNT, esta última característica es uno de los indicadores epidemiológicos de relevancia en esta población.

La importancia del acceso de Laboratorio Clínico en la prestación de servicios de salud se sustenta, principalmente en su peso clínico, pues es, sin duda, la herramienta diagnóstica más usada, estando presente en el 80% de las decisiones clínicas, es por eso por lo que aquella población que no tenga un acceso a estos servicios podría presentar problemas de salud ante una inadecuada atención o bien afectar la posibilidad de mantener niveles óptimos en algún padecimiento crónico.

La situación descrita genera que las personas adscritas a los EBAIS desconcentrados de esa área de salud, deban incurrir en gastos extraordinarios de transporte, alimentación, entre otros para poder acceder a un examen de laboratorio clínico como parte del diagnóstico de la enfermedad, lo cual va en detrimento de los asegurados con dificultad física de movilización, con limitados recursos económicos, así como adultos mayores que no dispongan de un acompañamiento o que viven en lugares de difícil acceso, tal como se evidenció con el tema de ausentismo a las citas programadas de la Consulta Externa.

Cabe indicar que es responsabilidad de la institución, adaptar e implementar los cambios organizacionales, de recurso humano, infraestructura y equipamiento, para que los servicios de salud sean adaptados a las necesidades particulares y específicas de los usuarios y pacientes, a efecto de que sean brindados con la debida eficiencia y eficacia, según se desprende de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, resolución 03681 del 7 de marzo de 2008.

7.2 CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES PARA LA ENTREGA DE RECETAS Y MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA DE LA SEDE DEL ÁREA DE SALUD

Se determinó que el servicio de Farmacia de la sede del Área de Salud no brinda atención para que pacientes puedan entregar recetas a partir de las 2:00 pm y retirar medicamentos prescritos en la Consulta Externa después de las 5:00 pm.

Lo anterior, a efectos de que a partir de esas horas el personal debe enfocarse únicamente en la atención de pacientes procedentes del servicio de urgencias de esa misma Área de Salud. Actualmente el horario de Servicio Farmacia es el siguiente:

- Recepción-solicitud recetas Subsecuentes y entrega de medicamentos copia: L-V: 7 am a 2 pm, V: 7 am a 1 pm
- Entrega de Medicamentos: L-J de 7 am a 5 pm, V: 7 am a 4 pm

La Ley 8238, sobre los Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, en su artículo 2º-derechos señala que las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a:

27 Datos tomados del documento "Propuesta Creación de plazas, Gerencia Médica Área de Salud Santa Cruz III Tracto, Agosto 2021

“(…)

- c) *Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.*
- d) *Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.*
- e) *Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas (...).”*

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indicó²⁸ que:

“Esta Dirección Médica esta consiente de esta necesidad para que la población tenga acceso para ampliar la atención en farmacia sobre la entrega de medicamentos y entrega de recetas de personas que se les imposibilite poder realizar esa gestión en el horario de 7am a 5pm, se harán las valoraciones correspondientes (...).”

La Dra. Sonia Ching Chen, jefe del Servicio de Farmacia del Área de Salud Santa Cruz, indicó²⁹ respecto a este tema que:

“La razón técnica y administrativa sería la necesidad de recurso humano, ya que después de las 5pm solo queda en el servicio un profesional y un técnico I, lo que implica tener que atender el servicio de urgencias que en ese turno laboran 6 médicos brindando atención.

A inicios del 2022, se indicó la necesidad de este servicio se ampliará el horario de entrega, sin embargo, no hubo respuesta concreta (...).”

Mediante el oficio ASSC.FARMA-0117-09-2023 del 7 de septiembre del 2023, la Dra. Ching Chen, solicitó al Dr. José Enrique Retana Arias, en ese momento Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, la posibilidad de aprobar algunas acciones, con el fin de mejorar los Servicios de Salud y por ende la atención en la institución, entre los que se encontraba la autorización, para el pago de tiempos extraordinario, a fin de aumentar la productividad y cumplir con los tiempos de atención, y la continuidad del Servicio de Farmacia, la propuesta era ampliar la atención hasta las 10pm de lunes a viernes.

Es así como mediante el oficio DM-ASSC-2531-0476-10-2023 del 25 de octubre del 2023, el Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director Médico ai, brindó respuesta al oficio emitido por la Dra. Ching Chen, en el que le solicita gestionar por los mecanismos definidos en ese momento tanto, el pago de tiempo extraordinario, como la solicitud de recurso humano para ampliar la atención en ese servicio, debido a lo anterior, no se obtuvo evidencia documental sobre las acciones realizadas por la jefatura del Servicio de Farmacia para atender la necesidad solicitada.

Respecto a esta situación, se evidencia que las acciones realizadas por las autoridades de este establecimiento de salud no han sido suficientes para lograr que se pueda mejorar la atención continua de los usuarios en horarios después de las 5 pm, para que los pacientes puedan entregar recetas y retirar medicamentos de consulta externa posterior a esa hora.

²⁸ Entrevista escrita 29 de julio 2024

²⁹ Entrevista escrita del 16 de julio 2024.

Disponer de los medicamentos prescritos por los médicos tratantes en el menor tiempo posible, es vital para el manejo de padecimientos agudos o crónicos, aspecto que contribuye en mejoras de la salud de la población.

Además, se mejoraría la atención y continuidad en los servicios de farmacia en la sede, debido a limitaciones índole laboral de pacientes que trabajan fuera del cantón central, adultos mayores o menores de edad que necesitan de algún familiar que trabaja pueda retirar los medicamentos, aunado a que se evitaría las aglomeraciones que se presentan en la sala de espera de este servicio principalmente en horas de la mañana y al medio día debido a estas razones.

7.3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA DE METAS DE PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS

Se determinó la necesidad de mejorar el proceso de planificación en la estimación de metas de producción del servicio de manera más acertada a la realidad, debido a que se identificaron diferencias entre las metas programadas en el Plan Presupuesto y la producción real en el 2023 y durante el primer semestre 2024, según se puede observar en el siguiente cuadro:

**CUADRO 8
INDICADORES DE PRODUCCIÓN SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS, 2023
ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ, JULIO 2024**

| Año | Producción Cantidad de Placas (Estudios) Rayos X Área de Salud Santa Cruz | | |
|--|---|---------------|---------------|
| | Programada | Ejecutada | Diferencia |
| 2023 | | | |
| Consulta Externa General y Especializada | 5.460 | 13.512 | 12.147 |
| Urgencias | 1.360 | 3.826 | 3.186 |
| Medicina Empresa y Mixta, Red de Servicios | 900 | 786 | -561 |
| Total | 7.720 | 18.124 | 10.404 |

Fuente: Coordinador Servicio y Cubos REDES

Según se observa en la información del cuadro anterior, se presentaron diferencias importantes entre las metas operativas de la producción esperada y las ejecutada en el 2023, destaca los casos de la cantidad de placas en consulta externa y urgencias con una diferencia de 50% aproximadamente más en las ejecutadas y para el caso de medicina empresa y mixta, así como las que provienen de la red de servicios la diferencias fue menor a los programado.

**CUADRO 9
INDICADORES DE PRODUCCIÓN SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS,**

PRIMER SEMESTRE 2024. ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ, JULIO 2024

| Periodo | Producción Placas Rayos X Área de Salud Santa Cruz | | |
|--|---|-------------------------|---------------|
| | Programada 1 semestre | Ejecutada 1 semestre | Diferencia |
| Primer semestre 2024 | | | |
| Consulta Externa General y Especializada | 6000 | 5.494 | -506 |
| Urgencias | 5000 | 2.535 | -2.465 |
| Medicina Empresa y Mixta, Red de Servicios | 1300 | 380 | -920 |
| Total | 12.300 | 8.409 | -3.385 |

Fuente: Coordinador Servicio y Cubos REDES

Con respecto al primer semestre 2024, en los tres indicadores se ejecutó una menor producción que la estimada para ese periodo, lo que podría significar que el servicio no utilizó la totalidad de su capacidad instalada al servicio de los usuarios, ya que hubo una diferencia de 3.385 estudios planificados que no se realizaron.

La Ley General de Control Interno, en su Artículo 12.- sobre Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) *Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades (...).*

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indicó³⁰ que:

“Esta situación se presenta debido a la forma en que se estimó la producción del servicio, la cual se realizó con el histórico de producción del año 2022. La producción de ese año se registró manualmente y contabilizando todas las imágenes que se realizaba a cada uno de los pacientes que asistían a ese servicio. Para este año la jefatura de Registros Médicos tomó la decisión de extraer la información de producción de los cubos de consulta externa, de tal forma que esta herramienta extraer un registro de pacientes y no de cantidad de imágenes por lo que su dato se estima a un promedio de tres imágenes por paciente, lo que resulta en una manera distinta de obtención del dato de producción y por lo consiguiente un resultado discordante a como originalmente se programó (...).”

Por su parte, el Dr. Jhonny Ruiz Guevara, coordinador Primer Nivel de Atención de esa Área de Salud, indicó³¹ que en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas:

“Se tiene identificada la demanda del servicio y la programación respondió a la capacidad instalada y comportamiento histórico de los últimos 2 años (...).”

³⁰ Entrevista escrita del 29 de julio 2024.

³¹ Instrumento de Control Interno del 11 de junio 2024.

Además, mencionó que:

“Se tiene establecidos controles por medio de la agenda SIAC y su evidencia se documenta en los informes de producción semestrales que registros médicos aporta para el informe del plan presupuesto. Importante anotar que la técnica de radiología dispone del beneficio de la no marca (...).”

Según lo anterior, se demuestra la problemática que se ha tenido al momento de establecer la producción esperada de placas o estudios en este servicio desde hace aproximadamente 2 años, sin embargo, las acciones para lograr ajustar, definir y precisar la capacidad de la oferta, no han sido efectivas y oportunas por parte de las autoridades del Área de Salud, aunado a una debilidad en los mecanismos de control, supervisión y seguimiento a esta actividad por parte de las autoridades del centro de salud.

La situación evidenciada, no contribuye en poder satisfacer la demanda de servicios a los pacientes ante la falta de claridad para definir la capacidad instalada de este servicio, por otra parte, se estaría ante el riesgo de una inadecuada optimización de los recursos disponibles, poca eficiencia y además de un incumplimiento reiterativo de las metas operativas del servicio.

7.4 SUBUTILIZACIÓN DE EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS

Se identificó equipo de Ultrasonido marca General Electric, modelo LOGIQ P9, activo 1422881 en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Área de Salud Santa Cruz subutilizado, lo anterior se determinó durante recorrido efectuado el 4 de junio 2024, según se muestra seguidamente

Imagen 1
Ultrasonido



Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el Capítulo I, apartado 1.2 “Objetivos de Control Interno”, lo siguiente:

“(...) El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

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. (...)

Además, aclara en el glosario que eficiencia de las operaciones se define como:

“...Aprovechamiento racional de los recursos disponibles en el desarrollo de las operaciones institucionales, en procura del logro de los objetivos, asegurando la optimización de aquéllos evitando dispendios y errores...”

El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indicó³² que:

“Con respecto al equipo de ultrasonido, este fue suministrado en concordancia a lo establecido en el plan funcional de la nueva sede de Área y donde también se definió la disposición de la dotación de un radiólogo, sin embargo, en la puesta en marcha del edificio no se dotó de la plaza para ese profesional. Y este equipo ya fue reportado ante la gerencia respectiva como subutilizado, además, estamos iniciando un proceso para solicitar la plaza de servicio social de médico especialista en imágenes Médicas, además al hospital la Anexión se le solicitará la lista de espera de pacientes de Santa Cruz para plantear ante gerencia médica la solicitud de recursos.”

Ante la disposición de este equipo de ultrasonido, sin un uso optimizado, la Dirección Médica asume la responsabilidad de gestionar acciones para que no solo se dote de una profesional que radiología, sino además se accionen y busquen otras alternativas regionales para que el mismo sea utilizado para beneficio de los pacientes de esa Área de Salud.

Disponer de un equipo de Ultrasonido, sin una adecuada utilización al servicio de los pacientes, estaría afectando aún más la posibilidad de que los pacientes tengan acceso a estos tipos de procedimientos, que según información de Servicio de REDES del hospital La Anexión existe un total de 2167 usuarios adscritos al Área de Salud Santa Cruz en espera de una cita para Ultrasonido, en ese hospital, teniendo que esperar en promedio 499 días de espera, aunado a que el desuso del equipo y falta de mantenimiento podría generar algún daño a equipo máxime que su garantía venció en octubre 2023.

8. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO INTEGRAL (CONSULTA NO MÉDICA)

Esta Auditoría identificó debilidades y oportunidades de mejora en la gestión técnica y operativa de los servicios de nutrición, trabajo social y psicología, los cuales ofrecen atención integral en salud a la población del área de salud de Santa Cruz, según lo descrito a continuación:

8.1 GESTIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA

Se evidencian debilidades en las actividades de supervisión y control. Los responsables de los servicios de nutrición, trabajo social y psicología han manifestado que no reciben supervisión directa por parte de la dirección médica del establecimiento de salud en relación con las actividades sustantivas y la gestión que llevan a cabo. En cuanto a la gestión técnica, se observaron debilidades en el cumplimiento de sus actividades.

³² Entrevista escrita del 29 de julio 2024.



Respecto al servicio de nutrición, no se han identificado ni analizado los problemas alimentarios y nutricionales prioritarios en el área de salud, ya que no se ha elaborado el Componente Alimentario Nutricional (CAN). Esta omisión impide la realización de proyectos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y vigilancia nutricional que respondan adecuadamente a los problemas identificados en el CAN.

Además, los informes de la Supervisión Regional de Nutrición revelan deficiencias en las anotaciones y registros que realizan los profesionales de nutrición en el módulo del Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Por su parte, el servicio de trabajo social no dispone de un documento formal que identifique los principales problemas sociales de la población. Los informes de la Supervisión Regional de Trabajo Social revelan debilidades en el diseño y formulación de los proyectos, según la guía establecida en la normativa institucional para su elaboración. También, destacan la necesidad de fortalecer la calidad técnica de las anotaciones en el expediente de salud y en otros registros sociales, así como de mantener el análisis de los procesos de seguimiento que se brinda a las situaciones sociales atendidas tanto en consulta como en atención social.

En el servicio de nutrición, no se elabora un plan remedial a partir de los hallazgos y recomendaciones emitidos en los informes de la supervisión regional. En el servicio de trabajo social, se determinó que el registro de elegibles está desactualizado. Además, el servicio de psicología no cuenta con un documento formal que identifique los principales problemas psicológicos de la población, ni con un plan operativo anual que guíe el desarrollo de las actividades y metas establecidas.

8.2 LISTA DE ESPERA, AUSENTISMO Y GESTIÓN DE CITAS EN LOS SERVICIOS DE APOYO

De acuerdo con la lista de espera al corte de marzo de 2024, el tiempo promedio de espera para una consulta en el servicio de nutrición es de aproximadamente 9 meses (273 días). Para el servicio de trabajo social, el tiempo de espera es de 8 meses (239 días) y para el servicio de psicología, de 6 meses (188 días). Según la Dra. Jimena Pomares Méndez, nutricionista del área de salud de Santa Cruz, al 22 de mayo de 2024, había un total de 888 referencias recibidas que aún no habían sido revisadas, lo cual incrementaría aún más la lista de espera. Los profesionales encargados de estos servicios señalaron que no cuentan con una estrategia formal y oficial para la gestión y reducción de la lista de espera. Tampoco se han llevado a cabo reuniones con la Dirección Médica ni con las autoridades regionales para abordar este tema.

En cuanto al ausentismo de los pacientes a sus citas, los indicadores muestran que los porcentajes obtenidos, tanto en 2023 como en el primer cuatrimestre del presente año, ubican a estos servicios en la “Zona de Riesgo”. Esto significa que la proporción de citas perdidas en relación con las citas otorgadas representa un problema significativo en la gestión. Según la normativa, un ausentismo menor al 10% se considera “Normal”, entre el 10% y el 50% se considera “Zona de Riesgo”, y más del 50% se clasifica como “Zona de Alto Riesgo”. En este caso, los porcentajes de ausentismo en estos servicios oscilan entre el 14% y el 32% en los periodos ya mencionados.

Asimismo, la gestión de citas perdidas está por debajo del valor objetivo definido por la normativa institucional, que establece que debe estar entre el 85% y el 100%. En el caso del servicio de nutrición, tanto en 2023 como en el primer cuatrimestre del presente año, el porcentaje alcanzado no superó el 10%. El servicio de trabajo social registró un promedio del 16%, mientras que el porcentaje del servicio de psicología estuvo por debajo del 28%. Cabe mencionar que los profesionales de salud a cargo de estos servicios señalaron no disponer con estrategias implementadas y oficializadas para reducir el ausentismo en las citas y asegurar la sustitución efectiva de los pacientes ausentes.

Por último, los datos estadísticos extraídos de los sistemas de información institucionales revelan la existencia de cupos no utilizados en las agendas de los profesionales en salud.

8.3 GESTIÓN DE CITAS Y AGENDAS

Los profesionales de salud han señalado problemas en el manejo y administración de las agendas en el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) por parte del personal de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REDES). Entre los inconvenientes presentados se encuentran:

- Programación de consultas sin pacientes citados.
- Registro de pacientes subsecuentes en cupos destinados a primeras consultas, y viceversa.
- Deficiencias en la gestión para la confirmación y recordatorio de citas.
- Cambios y movimientos de agenda sin realizar.
- Dificultad para reprogramar citas.
- Problemas en la programación según el tipo de atención, entre otros.

Las principales causas de estas situaciones incluyen la falta de capacitación del personal de REDES en la gestión de las agendas, problemas de comunicación, y la falta de interés, proactividad y empatía hacia los usuarios.

8.4 EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

Se determinaron deficiencias en la evidencia documental que demuestre la realización y cumplimiento de las actividades administrativas o complementarias programadas para los profesionales en la agenda del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC). En el caso específico del servicio de trabajo social, esta auditoría evidenció que hay actividades programadas sin respaldo documental que demuestre la participación o realización por parte del Lic. Joao Carlo Briceño Bonilla, jefe del servicio de trabajo social del área de salud de Santa Cruz.

Este órgano de control realizó una prueba utilizando una muestra de 187 horas en actividades complementarias (como comisiones, reuniones, supervisiones y capacitaciones) durante el primer cuatrimestre de 2024. De estas 187 horas, solo se pudieron justificar y demostrar 51 horas, lo que corresponde al 27% del total. Este hallazgo pone de manifiesto una importante falta de seguimiento y control en la documentación y verificación de las actividades programadas, lo que puede afectar la transparencia y eficacia de la gestión técnica y administrativa del servicio.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud define lo siguiente para el proceso de dirección y conducción:

“Es el responsable final de la dirección y conducción de los procesos sustantivos y administrativos del Área de Salud. Elabora el diagnóstico general de salud y define las políticas y las acciones estratégicas que promueven la prestación óptima de los servicios a la población. Planifica y controla la consecución y la utilización de los recursos, evalúa el resultado global de la gestión en los diferentes servicios y su impacto en la población. Establece los lineamientos generales y el desarrollo de la planificación estratégica del Área de Salud, de acuerdo con las políticas institucionales vigentes.

Es el responsable directo de promover y de planificar la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios que se realizan. Coordina las diferentes comisiones internas del

Área de Salud (Equipo de Apoyo Gerencial, Equipo de Apoyo Técnico, Consejo de Área) y de la participación activa de la comunidad (Junta de Salud, Comités pro-ayuda específica: construcción y ampliación de infraestructura, adquisición de equipo).

Atiende objetivos específicos en programas de interés institucional como, por ejemplo: la disminución de colas, mejoramiento de la calidad y ampliación de la cobertura de los servicios ambulatorios, disminución del plazo para otorgar citas en la atención ambulatoria, entre otros aspectos.”

Las deficiencias en la gestión técnica y operativa de los servicios de nutrición, trabajo social y psicología se originan en varios factores clave. La falta de supervisión directa por parte de la dirección médica y la falta de estrategias formalizadas para la gestión de listas de espera y reducción del ausentismo contribuyen significativamente. Además, debilidades en la administración del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) por parte del personal de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REDES), junto con deficiencias en la documentación y registro de actividades, agravan la situación. Estos problemas se ven agravados por la insuficiente capacitación del personal de REDES, problemas de comunicación interna, un aparente desinterés generalizado y falta de proactividad del personal en la gestión de agendas y atención a los pacientes.

Las debilidades de supervisión por parte de la dirección médica y la ausencia de estrategias formalizadas para la gestión de listas de espera y la reducción del ausentismo provocan demoras prolongadas en la atención de los pacientes, afectando negativamente la satisfacción y confianza de los usuarios en el sistema de salud. Debilidades en la administración del SIAC por parte del personal de REDES, junto con las deficiencias en la documentación y el registro de actividades, complica la evaluación y el monitoreo de los servicios, comprometiendo la transparencia y la rendición de cuentas. Además, la insuficiente capacitación del personal, los problemas de comunicación interna y la falta de proactividad contribuyen a una gestión ineficiente y descoordinada, resultando en una atención fragmentada y de menor calidad. En conjunto, estos factores disminuyen la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, generando un impacto negativo en la salud y el bienestar de la población atendida.

9. GESTIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA.

Se identificaron oportunidades de mejora en la gestión administrativa y técnica del servicio de odontología en el área de salud de Santa Cruz, así como problemas relacionados con la infraestructura y el mobiliario en los consultorios odontológicos de los Ebais periféricos. Las áreas por fortalecer incluyen la supervisión, el control del personal y los procesos. La Dra. Shirley María Angulo Angulo, coordinadora del servicio, informó que no se realizan supervisiones documentadas ni monitoreos al personal en sus actividades diarias. Asimismo, mediante inventario realizado el 3 de junio 2024, se determinaron productos vencidos como; óxido de zinc y resina de composición fotocurable y otros que estaban por vencer, determinándose que al efecto no se realiza el acta de desecho correspondiente para los insumos descartados.

Los informes de la Supervisión Regional de Odontología reflejan deficiencias en el llenado de información en los expedientes de salud, la gestión de las agendas y la sustitución de pacientes ausentes a sus citas.

El servicio presentó un ausentismo catalogado como "normal" en 2023 y en el primer cuatrimestre de 2024, aunque cercano al límite para ser considerado zona de riesgo, con un constante 10%. Según

la normativa, un ausentismo menor al 10% se considera normal, entre el 10% y el 50% zona de riesgo, y más del 50% zona de alto riesgo. La gestión de citas perdidas estuvo por debajo del valor objetivo institucional, con un 60% en 2023 y un 54% en el primer cuatrimestre de 2024, cuando el rango establecido es entre 85% y 100%. En ambos periodos, se observó un número significativo de cupos no utilizados, con 1259 en 2023 y 241 en el primer cuatrimestre de 2024.

La evaluación del plan anual operativo del Servicio de Odontología mostró que, de los 5 indicadores de gestión definidos, 1 presenta un sobrecumplimiento (mayor al 100%), 2 tienen un cumplimiento aceptable (entre 90% y 99%), y 2 tienen un cumplimiento parcial (entre 80% y 89%). Los indicadores específicos fueron: número de consultas odontológicas de primera vez, con un 84%, debido a una mayor cantidad de consultas subsecuentes otorgadas; número de consultas odontológicas subsecuentes, con un 112%; y número de embarazadas con atención odontológica preventiva de primera vez en el año, con un 88%.

Durante un recorrido realizado por esta Auditoría a los Ebáis desconcentrados y de acuerdo con el oficio ASSC-DM-ODONT-0016-2024 del 20 de junio de 2024, firmado por la Dra. Angulo Angulo y dirigido a la dirección médica del área de salud Santa Cruz, se identificaron diversas problemáticas y necesidades en los recintos odontológicos. En el Ebáis de Cartagena, se requiere la reparación del cielo raso, ventanas, puertas, aire acondicionado, y se detectaron escritorios y muebles oxidados, además de la necesidad de una bodega para insumos.

Por su parte, en el Ebáis de Santa Bárbara, los escritorios y muebles están en mal estado, el aire acondicionado y las sillas necesitan reparación, el cielo raso está deteriorado, y se requiere una pesa para la toma de signos vitales. En el Ebáis 27 de Abril, los escritorios y muebles también están en mal estado, el aire acondicionado no funciona correctamente y la iluminación está dañada. La Dra. Angulo Angulo informó que cada uno de estos aspectos ha sido reportado al servicio de ingeniería y mantenimiento para su atención.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud establece como funciones de la dirección y administración del establecimiento de salud las siguientes:

“Controlar y evaluar a nivel macro, los proyectos estratégicos, la productividad, la eficacia y la eficiencia de la gestión, con base en los indicadores de resultados de los procesos sustantivos de apoyo directo e indirecto al usuario, con el propósito de lograr el mejoramiento continuo y la calidad en la prestación de los servicios de salud.”

“Dirigir y conducir los procesos técnico-administrativos de Servicios Generales (vigilancia y limpieza, ropería, transportes y mantenimiento) de manera eficiente y eficaz, con base en los lineamientos vigentes y el desarrollo de una óptima administración de los recursos, con el propósito de otorgar el soporte a los procesos sustantivos y cumplir efectivamente con los objetivos establecidos.”

Las posibles causas de estos problemas incluyen una supervisión y monitoreo inadecuados por parte del personal directivo, una planificación insuficiente de los recursos y la falta de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo para la infraestructura y el mobiliario. Además, la limitación de recursos financieros y logísticos puede haber contribuido a la acumulación de deficiencias no abordadas de manera oportuna.



La ausencia o deficiencia en la adopción de hábitos y prácticas que aseguren el cumplimiento y la supervisión efectiva de las regulaciones y procedimientos establecidos podría estar afectando la eficiencia operativa y la calidad del servicio.

Las deficiencias identificadas en la gestión administrativa y técnica del servicio de odontología en el área de salud de Santa Cruz, junto con los problemas de infraestructura y mobiliario en los consultorios odontológicos de los Ebáis periféricos, pueden tener múltiples efectos adversos. La falta de supervisión y monitoreo adecuados puede conducir a una disminución en la calidad de la atención odontológica, aumentando el riesgo de errores en los tratamientos y en la gestión de los expedientes de salud.

Además, la presencia de productos vencidos y la ausencia de actas de desecho pueden comprometer la seguridad de los pacientes y el cumplimiento de las normativas sanitarias. Las deficiencias en la gestión de citas y el alto número de cupos no utilizados generan ineficiencias operativas, afectando la capacidad del servicio para atender adecuadamente a la población. Asimismo, el mal estado de la infraestructura y el mobiliario deteriorado impactan negativamente en el ambiente de trabajo del personal y en la experiencia de los pacientes, lo que puede resultar en una mayor insatisfacción y desconfianza hacia el servicio de salud.

Estas condiciones también pueden aumentar el riesgo de accidentes laborales y afectar la motivación del personal. En conjunto, estos problemas pueden repercutir negativamente en la imagen del servicio de odontología y limitar su capacidad para cumplir con los objetivos institucionales y las expectativas de la comunidad.

9.1 GESTIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ.

Se evidenciaron debilidades en la gestión administrativa del servicio de enfermería, en aspectos claves como la planificación, organización, ejecución, control y evaluación. Asimismo, se han detectado oportunidades de mejora en la gestión técnica en la atención primaria. A continuación, el detalle de los aspectos evidenciados:

9.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Se evidenció deficiencias en la gestión administrativa del servicio de Enfermería del Área de Salud de Santa Cruz. Durante la evaluación, no se encontraron elementos fundamentales como el Diagnóstico Situacional del Servicio de Enfermería, un cronograma de reuniones administrativas, ni un Programa de Educación Continua debidamente estructurado.

Además, se observó la ausencia de un plan de supervisión detallado que incluya objetivos claros, métodos específicos y una periodicidad definida para las supervisiones necesarias que garanticen la calidad del servicio de enfermería. Tampoco se documentaron actividades de supervisión directa, como la verificación del uso adecuado del uniforme o la aplicación de instrumentos para evaluar la satisfacción del usuario interno y externo.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los Tres Niveles de Atención indica en lo referente al Programa de Educación en Servicio I, II y III NIVEL lo siguiente:



“Estándar N° 10: Enfermería cuenta con un programa de educación en servicio que contribuye a mantener personal capacitado, en relación con las necesidades identificadas. Este programa fortalece la gestión de Enfermería, por medio de la actualización de habilidades y competencias.”

El mismo cuerpo normativo dispone en el estándar IX- Plan de Supervisión escrito, sistemático y continuo para medir la cantidad y calidad de la Gestión de Enfermería:

“Estándar N° 9: Existe un plan escrito de supervisión sistemático y continuo, que define las actividades para lograr y controlar la cantidad y calidad de la Gestión de Enfermería”.

Asimismo; en relación con la justificación del estándar señala:

“Un Plan escrito de supervisión sirve para desarrollar en forma ordenada, actividades que promueven una Gestión de Enfermería de calidad y con el grado de eficacia y eficiencia deseado”.

Por otra parte, el Manual de Procedimientos para la Supervisión de Enfermería en los tres niveles de atención señala:

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

La misma norma indica para el llenado del instructivo de llenado del instrumento de supervisión de gestión de enfermería, la verificación de los siguientes aspectos:

- Verificar la existencia de un diagnóstico situacional del servicio y plan de trabajo que responda al mismo.
- Comprobar la existencia del programa de educación continua para todo el personal de Enfermería.
- Verificar la existencia del plan anual de supervisión de Enfermería. (Debe contemplar objetivos, metas, seguimiento, indicadores).
- Verificar en Libros de Actas u otra evidencia que la Jefatura de Enfermería, realiza visitas a los diferentes sectores y servicios de Enfermería de los establecimientos de acuerdo con las necesidades del servicio.
- Revisar la existencia del cronograma de reuniones para el personal de Enfermería.
- Revisar informe del análisis de instrumentos aplicados para medir el la gestión y el grado de satisfacción de los usuarios con la prestación de los servicios de Enfermería.
- Consultar la forma en que la jefatura de Enfermería verifica el uso correcto del uniforme según norma. (Observación en el orden del uniforme del personal en supervisión directa).

Lo anterior puede atribuirse a una falta de liderazgo y dirección efectiva dentro del servicio de enfermería, así como a la ausencia de políticas y procedimientos claros para guiar la gestión y supervisión del personal. Además, la posible carencia de recursos adecuados, tanto humanos como materiales, y la falta de capacitación continua pueden haber contribuido a estas deficiencias.

Las deficiencias en la gestión del servicio de enfermería, como la falta de planificación, supervisión y educación continua pueden resultar en una atención desorganizada e ineficiente, afectando la calidad del cuidado a los pacientes. La ausencia de visitas y supervisiones documentadas permite que los problemas operativos pasen desapercibidos. La falta de comunicación y evaluación de la satisfacción de los usuarios impide mejoras continuas y el no verificar el uso del uniforme afecta la percepción profesional. Estas deficiencias repercuten en eficiencia y la calidad de en la prestación de los servicios de salud que se brindan a la población.

9.3 GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se identificaron oportunidades de mejora en el cumplimiento de las metas de vacunación, la efectividad de las visitas realizadas por los ATAP y la supervisión del personal, las cuales afectan la calidad del servicio y la cobertura en la atención primaria. A continuación, el detalle:

Bajo Cumplimiento en el Indicador de Vacunación contra el VPH: El indicador "número de vacunas contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años" presentó un cumplimiento del 60.6% según la evaluación del Plan-Presupuesto 2023, lo que refleja un desempeño por debajo de las metas establecidas.

Eficacia de las Visitas Domiciliares de los ATAP:

Las visitas efectivas realizadas por los Asistentes Técnico de Atención Primaria (ATAP) alcanzaron solo el 21%, mientras que las visitas no efectivas fueron el 24% y las de seguimiento el 54%. De acuerdo con la normativa, se espera un mayor peso en las visitas efectivas.

Supervisión de los ATAP: En el año 2023, se realizaron únicamente 4 supervisiones directas y 4 indirectas a los 27 funcionarios ATAP, y para el primer cuatrimestre del 2024, se realizaron 6 supervisiones directas y ninguna indirecta.

El Manual de Gestión de la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el asistente técnico de atención primaria, define dentro de las funciones y responsabilidades administrativas del profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria, las siguientes:

“(…) Consolida y supervisa la programación diaria y anual del personal ATAP a su cargo y monitorea su cumplimiento según indicadores del programa.

(…) Contribuye al desarrollo de estrategias para el logro de metas y aumento de cobertura de las actividades desarrolladas por el ATAP en los diferentes escenarios.

(…) Planifica las metas de supervisión del personal en su área de desempeño, mediante instrumentos institucionales oficiales y conserva las evidencias correspondientes.”

El Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar Primer Nivel de Atención, sobre los indicadores de resultado en el punto 7.2.10.1.1, señala:

“El dato del volumen de producción por tipo visita, orienta a la toma de decisiones sobre la utilidad del tiempo del ATAP, cuyo balance siempre deberá reflejar un mayor peso en las actividades relacionadas con la visita efectiva, una producción que oriente a lo contrario

llamaría al análisis específico de las clasificaciones de las visitas de seguimiento y visitas no efectivas, para argumentar eventuales bajas de coberturas de visita domiciliar por la situación epidemiológica, o para un reorganización de la estrategia de visitas, hacia una que garantice una optimización del recurso, dirigida hacia su actividad sustantiva la cual es la visita domiciliar efectiva”.

Dentro de las posibles causas de las debilidades señaladas se pueden considerar una falta de planificación y seguimiento adecuado a estas actividades, así como escasa capacitación y una supervisión insuficiente que no permite un control adecuado del desempeño del personal.

El bajo cumplimiento del indicador de vacunación contra el VPH afecta negativamente la cobertura y protección de la población objetivo, aumentando el riesgo de infecciones por el virus del papiloma humano. La baja eficacia en las visitas domiciliarias de los ATAP reduce la calidad de la atención primaria y limita la detección y seguimiento de problemas de salud en la comunidad. La insuficiente supervisión de los ATAP afecta la capacidad de monitoreo y control de la calidad del servicio, permitiendo que persistan deficiencias operativas y de desempeño.

10. PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y COMUNAL DEL ÁREA DE SALUD

Se identificaron deficiencias significativas en la participación de los representantes del Área de Salud Santa Cruz en los espacios interinstitucionales y en el ámbito comunal.

En primer lugar, se ha observado una falta de involucramiento y colaboración interinstitucional, ya que la representación del área de salud ante el Ministerio de Salud no está participando de manera efectiva en las reuniones y coordinaciones relacionadas con temas de salud pública. Además, se ha identificado una nula relación y colaboración con la Junta de Salud, puesto que el facilitador asignado por la dirección médica del área de salud no está cumpliendo con las responsabilidades estipuladas en la normativa institucional, como lo ha señalado la presidenta de dicho ente auxiliar.

El impacto combinado de estas deficiencias podría estar incidiendo en la calidad del servicio de salud y en la eficacia de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que la falta de coordinación y de participación en espacios clave impide una respuesta integral a los desafíos de salud comunitarios, afectando la capacidad para implementar y monitorear adecuadamente las intervenciones necesarias.

Esta Auditoría se reunió con representantes del Ministerio de Salud del Área Rectora de Salud de Santa Cruz, con el propósito de conocer la participación de la CCSS, específicamente del área de salud Santa Cruz, en las actividades y comisiones lideradas por el ente rector. En este sentido, la Licda. Carmen Lidia Gutiérrez Álvarez y la Licda. Cinthia Chavarría Cabalceta, encargadas del componente de promoción de la salud, manifestaron lo siguiente:

“Consideramos que el equipo de trabajo representante de la CCSS debe mejorar la comunicación y coordinación interna con respecto a su participación en la red institucional. La CCSS no está articulando acciones de promoción de la salud en el plan integral que se dispone para el desarrollo de las acciones en este componente.”

La participación del Área de Salud de Santa Cruz ha sido muy pasiva. Cuando se organiza alguna actividad y que la CCSS tiene una colaboración importante en el tema, la intervención de este actor no ha sido el esperado.

La Caja participa de las reuniones que son programadas para coordinar la red interinstitucional, sin embargo, el involucramiento en ocasiones ha sido nula o muy limitada. Cada institución debe llevar su propuesta de actividades para ser incluidos en el plan general, no obstante, el área de salud ha estado ausente de dichas propuestas.

Hemos visto dificultades para que el representante de la CCSS se incorpore a las actividades y/o sesiones que son realizadas fuera de las instalaciones del área de salud, a pesar de que se estera de lo dispuesto y se comunica formalmente la realización de los eventos.

Consideramos conveniente que la CCSS nos presente e informe sobre el Plan Institucional de Promoción de la Salud, con el propósito de tener conocimiento de las líneas de acción y así ver la posibilidad de alinear las actividades con el plan interinstitucional, para poder maximizar los recursos y tener un mayor impacto en la comunidad.

Es necesaria una participación más activa, donde la CCSS se involucre en el desarrollo de las actividades programadas a nivel local, en conjunto con las otras instituciones que participan en la red.

Hemos percibido una mayor integración -por parte del área de salud- cuando la Licda. Andrea Duarte Cabalceta, Trabajadora Social, participa de la gestiones y comisiones que son lideradas por este Ministerio de Salud.

Una mayor participación de la CCSS en las actividades que se realizan se vería reflejado en un mayor impacto del componente de promoción de la salud en la población.”

Por su parte, la Sra. Marjorie Obando Vargas, presidenta de la Junta de Salud, señaló lo siguiente:

“La Junta de Salud acordó solicitarle, el 13 de febrero de 2024, por parte de esta Junta la sustitución del facilitador a la dirección de Administración Médica. Esto debido a que no contamos con la presencia del señor Briceño Bonilla, en los procesos de acompañamiento de la Junta de Salud, lo anterior de acuerdo con el Reglamento de Juntas de Salud.”

El Manual de Organización de las Áreas de Salud establece como uno de sus objetivos específicos el involucrar a los actores sociales del área, en actividades que propicien la construcción social de la salud, por medio de la estrategia de participación social. Además, entre las funciones de dirección está el desarrollar mecanismos para fortalecer la coordinación intersectorial, mediante la integración y la promoción con otras instituciones, con el propósito de lograr una mejor utilización de los servicios prestados y resolver adecuadamente la problemática de salud de la comunidad.

El artículo 11 del Reglamento de Juntas de Salud establece que la “Relación entre los miembros de Juntas de Salud y la Caja Costarricense De Seguro Social. La relación resultante entre las Juntas de Salud y los establecimientos de salud respectivos será de colaboración, auxiliaridad, respeto mutuo y como proceso garante de la participación social”.

Lo evidenciado por esta Auditoría resalta una omisión en las responsabilidades del director del establecimiento de salud. Como líder, el director tiene la responsabilidad de asegurar una participación y efectiva en la coordinación interinstitucional, lo cual no se está cumpliendo según lo evidenciado. Además, la falta de cumplimiento normativo y la nula relación con la Junta de Salud reflejan una deficiencia en la supervisión y en la implementación de mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

Las deficiencias en la participación de los representantes del área de salud de Santa Cruz en espacios interinstitucionales y comunales podrían generar descoordinación en la implementación de políticas de salud pública y reducir la eficacia de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La falta de colaboración con el Ministerio de Salud y la Junta de Salud limita la integración de esfuerzos y el uso óptimo de recursos. Esta situación afecta negativamente la calidad de los servicios de salud y el impacto positivo en la comunidad, como señalaron representantes del Ministerio y la presidenta de la Junta de Salud.

11. DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS SERVICIOS QUE CONFORMAN LA OFERTA DE SERVICIOS DEL ÁREA DE SALUD.

Del estudio efectuado, se evidenció que la administración del Área de Salud Santa Cruz, presenta oportunidades de mejora en cuanto a la supervisión, coordinación, evaluación y seguimiento de las funciones y acciones ejecutadas por cada uno de los servicios que conforman la oferta de servicios de esa unidad.

Producto de la revisión y análisis de documentos solicitados en los servicios evaluados, no se localizaron instrumentos o herramientas de supervisión y control, mediante los cuales se corroborará la planificación de actividades ejecutadas de conformidad con el Plan anual operativo de cada servicio y por ende del Área de Salud.

En algunos de los hallazgos desarrollados en el presente informe se señaló como causas, por ejemplo:

- ✓ Se destaca la falta de supervisión adecuada, debilidades en la administración del SIAC, y problemas en la documentación y registro de actividades, lo que compromete la eficiencia, transparencia y calidad de la atención.
- ✓ Las debilidades en cuanto al desarrollo del proceso administrativo por parte de las jefaturas médicas, específicamente en aspectos de supervisión y control.
- ✓ La situación descrita, evidencia deficiencias en el seguimiento y control médico a usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama por parte de los EBAIS del Área de Salud Santa Cruz, además de debilidades en las actividades de control y supervisión que deben ejercer las jefaturas médicas respectivas, como parte del ambiente de control, a efectos de garantizar la atención de las usuarias bajo principios de calidad y eficiencia.
- ✓ No consta por parte del Área de Salud Santa Cruz un análisis sobre los principales motivos de cancelaciones de citas médicas.
- ✓ Por parte del Área de Salud Santa Cruz, no se obtuvo un análisis sobre los motivos de ausentismo a las citas programadas.
- ✓ Considera esta Auditoría que “dos veces al año (por semestre) del plan presupuesto” como parte del proceso de planificación, control y evaluación de la unidad a cargo de la Dirección, no es suficiente en virtud de la necesidad de mejorar los procesos sustantivos de la unidad a

su cargo, desde la planificación de actividades hasta la implementación de acciones que permitan maximizar el uso de los recursos institucionales, así como garantizar una mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud.

En la Ley General de Control Interno, específicamente lo señalado en el artículo 12 sobre los deberes de supervisión por parte del jerarca y de los titulares subordinados, se establece:

La misma norma en cuanto a la importancia de la Supervisión constante indica:

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 2.1 “Ambiente de control” indican lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer un ambiente de control que se constituya en el fundamento para la operación y el fortalecimiento del SCI, y, en consecuencia, para el logro de los objetivos institucionales. A los efectos, debe contemplarse el conjunto de factores organizacionales que propician una actitud positiva y de apoyo al SCI y a una gestión institucional orientada a resultados que permita una rendición de cuentas efectiva (...)”.

En la norma 4.9 del Manual de Normas Generales de Control Interno para la Contraloría General de la República y las entidades y órganos sujetos a su fiscalización, se lee:

“La dirección superior y los funcionarios que ocupan puestos de jefatura deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de los procesos, transacciones y operaciones de la institución, con el propósito de asegurar que las labores se realicen de conformidad con la normativa y las disposiciones internas y externas vigentes”.

Si bien es cierto la Dirección, Administración y Jefaturas de servicios han presentados debilidades en cuanto a los temas antes señalados y es necesario tomar acciones importantes para fortalecer la dirección, conducción, supervisión y control de las actividades asignadas y cumplimiento de la planificación anual de cada uno de los servicios y del Área de salud como tal.

Preocupa más aún, la débil gestión de dirección, supervisión y seguimiento por parte de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, Chorotega, en el fiel cumplimiento de las funciones asignadas desde la Dirección, Administración, como de cada una de las instancias técnicas que conforman esa Dirección de Red.

Lo anterior fue corroborado al revisar y analizar cada uno de los informes de supervisión de los años 2022, 2023 y primer semestre del 2024, ya que en algunos de esos informes se han señalado debilidades en disciplinas que por tres años consecutivos se han mantenido en el tiempo, situación que evidencia débiles acciones de control y seguimiento a fin de detectar posibles irregularidades y corregirlas oportunamente.

Asimismo, se comprobó que otras actividades de supervisión fueron realizadas por una instancia que no dispone del criterio técnico para detectar posibles errores o irregularidades y por ende proponer posibles soluciones y dar seguimiento a las mismas, tal es el caso del área de ingeniería y mantenimiento que fue supervisado por la Administración de la Dirección de Red Integrada.

Es criterio de esta Auditoría, que aparte de realizar acciones tendentes a desarrollar e implementar controles internos robustos que garanticen la detección y corrección oportuna de errores y desviaciones por parte de la Dirección y Administración del Área de Salud, se hace necesario fortalecer los aspectos de coordinación, supervisión y seguimiento por parte de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, Chorotega, con el propósito de garantizar un control constante del desempeño del Área de salud evaluada, lo cual contribuye a determinar fortalezas y áreas donde se requiere mejora, buscando propiciar cambios positivos en los procesos desarrollados, siempre en procura de la mejora constante de la prestación de servicios de salud y el logro de los objetivos institucionales.

La ausencia de conducción, dirección, supervisión y seguimiento por parte de los superiores en la administración pública puede generar una serie de efectos negativos que impactan la eficiencia y eficacia del funcionamiento normal del centro médico evaluado, lo cual limita la posibilidad identificar errores en la gestión y consecuentemente limita la oportuna toma de decisiones, y con ello garantizar el logro de los objetivos organizacionales con la mayor eficiencia, eficacia y en apego a las disposiciones normativas.

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

Esta Auditoría evidenció que la Dirección Médica del Área de Salud Santa Cruz, aunque tiene identificados algunos riesgos relacionados con recurso humano, sistemas de información y atención de pacientes, no se consideraron otros asociados con la planificación, gestión de actividades y ambiente de control, según se detallará más adelante.

Entre los riesgos identificados por el Área de Salud Santa Cruz, se encuentran los siguientes:

- RH-02 "Recurso humano limitado", se refiere a la carencia del recurso humano tanto técnico como especializado en el servicio, departamento o área a su cargo, considerando la inopia de personal.
- TI-01 "Interrupción en los sistemas informáticos y de comunicación", con referencia a la caída o interrupción de los sistemas informáticos utilizados.
- EX-01 "Ausentismo de los usuarios" sobre la ausencia de los usuarios a los servicios programados prestados por la Institución.
- RH-03 "Ausentismo de los funcionarios", relacionado con la ausencia de los usuarios a los servicios programados prestados por la Institución.

Sin embargo, de los resultados obtenidos en la presente evaluación, no se contemplaron los siguientes riesgos asociados a los hallazgos identificados:

- OP-03: Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades: Se refiere a la falta de actividades de control y supervisión, lo cual puede darse en casos como: no contar con controles para una actividad, contar con controles deficientes, que no existan responsables asignados para realizar supervisión, entre otros.

- OP-05: Inadecuada gestión de la planificación: Se refiere a aquellos eventos que afectan una gestión correcta de las etapas de planificación que conlleva errores en las metas, incorrecta vinculación con el presupuesto y la relación entre los diferentes niveles (operativo, táctico y estratégico).
- SS-06: Psicosociales: Se refiere a las condiciones y características de la institución relacionadas con el ámbito psicosocial que incluyen la estructura organizativa, gestión administrativa, cultura, clima laboral, procedimientos, métodos y sistemas de trabajo, así como las condiciones externas a la organización y las características, capacidades y necesidades individuales de la persona trabajadora, las cuales en una interrelación dinámica de percepciones y experiencias influyen en la salud, la satisfacción y el desempeño. Como, por ejemplo: Organización del trabajo: jornada (duración, pausas laborales, trabajo por turnos, tipo de reconocimiento, distribución de funciones, tipo de liderazgo, relaciones interpersonales
Contenido de la tarea: grado de variedad (monótonos, repetitivos); falta de posibilidad de toma de decisiones, nivel de responsabilidad, clima laboral.

Por lo anterior, se hacen de conocimiento a ese servicio, los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sean valorados y se establezcan las actividades de control que se estimen pertinentes. En relación con la gestión de riesgos, la Ley General de Control Interno define, en el artículo 14 “Valoración del riesgo”, lo siguiente:

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

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

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

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

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

Así también en relación con el Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional detalla:

“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.

Considera este órgano fiscalizador que los mecanismos utilizados por los centros de salud y las autoridades institucionales para la definición de los riesgos identificados en cuanto a la gestión en el monitoreo, supervisión y control de las actividades, inadecuada gestión de la planificación, ausentismo de usuarios y el ausentismo de funcionarios, 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.

No tener identificados los riesgos expuestos en este hallazgo, impide a la administración disponer de controles que le permitan minimizar la probabilidad de ocurrencia y gestionarlos adecuadamente, en caso de que ocurran, razón por la cual, una inadecuada gestión riesgos incide en la oportunidad de emitir alertas oportunas 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 evaluación evidenciaron limitaciones para el seguimiento de pacientes con HTA y DM que han presentado complicaciones médicas derivadas de estas patologías, tales como: infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente vascular cerebral (AVC) los cuales, por su condición clínica de alto riesgo cardiovascular, deberían mantener un seguimiento y control estricto por parte de su EBAIS, en ese sentido las autoridades médicas de la unidad no tienen establecidas acciones específicas que permitan revisar de manera periódica ni sistemática, los registros clínicos de las atenciones brindadas a estos pacientes, a efectos de verificar la calidad del proceso médico asistencial.

Con base en la revisión efectuada de expedientes de salud de usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, esta Auditoría evidenció debilidades en el proceso de seguimiento y control de estas por parte del primer nivel de atención (EBAIS), aunado a lo anterior, no existen mecanismos de control establecidos que permitan verificar que la atención a estas pacientes se efectúe bajo principios de calidad y eficiencia.

Por otra parte, de la revisión de expedientes de salud de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, este Órgano de Control y Fiscalización identificó debilidades en el registro de información tales como la fecha en que se realizó el primer tacto rectal, fecha del primer resultado del antígeno prostático específico (APE), registro de que se haya realizado tacto rectal en la primera cita en medicina general, así como el registro de la referencia a urología. En ese sentido, se determinó que no se cuenta con mecanismos de supervisión establecidos en el centro que permitan verificar que la atención médica brindada en los EBAIS a estos pacientes se realice bajo principios de calidad y eficiencia.

En este sentido, la gestión de esa área de salud ha sido limitada en garantizar de manera razonable la utilización de los recursos institucionales, tanto en medicina general como especializada, y no ha sido efectiva en permitir una mayor accesibilidad de los servicios de salud a través de la programación de actividades médicas, la gestión de sustitución y la utilización de los cupos disponibles en la Consulta Externa, entre otros factores relacionados con la planificación, control y supervisión de los procesos sustantivos del nivel local.

No obstante, el cumplimiento de programas orientados a mejorar los indicadores de salud y la calidad de vida de las personas están limitados por la capacidad resolutoria de los EBAIS con mayor número poblacional; por el envejecimiento de la ciudadanía, aparición de pluripatologías, y especialmente el autocuidado relacionado con la responsabilidad de las personas de llevar a cabo acciones individuales que permitan fortalecer el bienestar integral, como es la alimentación saludable, la actividad física, eliminación del tabaco y alcoholismo.



Lo anterior implica la salud no es responsabilidad exclusiva de Institución, sino de todos(as), por tanto, es prioritario reforzar el trabajo interinstitucional e intersectorial a efecto promover estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

Por otra parte, se determinaron debilidades en la gestión técnica y administrativa del Servicio de Urgencias, las cuales no contribuyen a generar un ambiente de control que permita fortalecer y mejorar continuamente la atención de usuarios en ese servicio, así como garantizar que la atención en el mismo se esté dando bajo principios de oportunidad, calidad y eficiencia en el uso de los recursos.

El apoyo de los servicios de laboratorio clínico, farmacia y radiología, en el diagnóstico y terapia de las diferentes patologías son de vital importancia para el complemento de la atención médica integral, lo evidenciado en el estudio muestra la necesidad imperante para que las autoridades de este centro médico lideren acciones para mejorar y fortalecer el acceso de estos servicios a las poblaciones, de manera que permiten contribuir de una forma más eficiente en la recuperación, seguimiento y atención de las diferentes de enfermedades.

Las deficiencias en la gestión técnica y operativa de los servicios de nutrición, trabajo social y psicología en el área de salud Santa Cruz revelan la necesidad urgente de mejorar la supervisión, implementar estrategias formalizadas y fortalecer la capacitación y comunicación del personal. La falta de supervisión directa, debilidades en la administración del SIAC, y las deficiencias en la documentación y registro de actividades están comprometiendo la eficiencia, transparencia y calidad de la atención brindada. Abordar estos problemas es esencial para restaurar la confianza de los usuarios, mejorar la eficiencia del sistema de salud y garantizar una atención integral y de calidad que responda adecuadamente a las necesidades de la población.

El presente estudio revela deficiencias en la participación de los representantes del área de salud de Santa Cruz en espacios interinstitucionales y comunales. La falta de involucramiento y colaboración efectiva con el Ministerio de Salud y la Junta de Salud podría llevar a una descoordinación en la implementación de políticas y programas de salud pública, disminuyendo la calidad de los servicios y la eficacia de las intervenciones de promoción y prevención de enfermedades. Esta situación refleja una carencia de liderazgo, dirección estratégica y mecanismos de supervisión, que son esenciales para el funcionamiento eficiente del sistema de salud. Para mitigar estos problemas, es imperativo fortalecer la participación y la colaboración interinstitucional, así como establecer mecanismos efectivos de rendición de cuentas. Solo a través de estas acciones se podrá garantizar una respuesta integral y coordinada a los desafíos de salud comunitarios, mejorando así el impacto positivo en la comunidad.

La evaluación del servicio de odontología en el área de salud de Santa Cruz ha revelado oportunidades de mejora en la gestión administrativa y técnica, así como problemas en la infraestructura y el mobiliario de los consultorios odontológicos de los Ebáis periféricos. La falta de supervisión y monitoreo adecuados y el mal estado de las instalaciones afectan la calidad del servicio, la seguridad de los pacientes y la eficiencia operativa. Estos problemas podrían comprometer la satisfacción de los pacientes y la motivación del personal.

Esta auditoría refleja debilidades en la gestión del servicio de enfermería, en cuanto a la necesidad de implementar mejoras sustanciales en la planificación, supervisión, y evaluación del servicio.

En conclusión, los hallazgos desarrollados en el presente informe muestran la necesidad de fortalecer los aspectos de dirección, conducción, supervisión, control y seguimiento tanto por el Área de Salud evaluada con por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, Chorotega, ya que se determinó la falta de claridad en los objetivos, debilidades en la ejecución de tareas, y limitaciones para alcanzar los resultados deseados. Sin estos elementos cruciales, se dificulta la toma de decisiones estratégicas, se incrementa el riesgo de errores y se pierde la capacidad de corregir desviaciones a tiempo. Por lo tanto, es imperativo establecer mecanismos sólidos y efectivos que aseguren una gestión adecuada y un monitoreo continuo para lograr el éxito, optimizar los recursos, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud y lograr los objetivos institucionales.

RECOMENDACIONES.

AL DR. WARNER PICADO CAMARENO, DIRECTOR DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA O QUIEN OCUPE SU LUGAR.

1. De conformidad con los resultados obtenidos y tomando en cuenta que a esa Dirección de Red, se le han definido labores de supervisión y control de las Unidades adscritas, considerar los hallazgos señalados en este informe y otros criterios que esa dirección defina, para que se elabore una metodología de evaluación que permita continuar fortaleciendo los indicadores de salud de la población, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, asimismo, se mejore la gestión y el aprovechamiento de los recursos asignados a las Áreas de Salud en el cumplimiento de los objetivos y metas definidas.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación, esa Dirección de Red Integrada, aporte la metodología y las acciones que se estarían impulsando para su implementación y la periodicidad con que se estarían aplicando, con sus plazos y responsables.

Plazo de cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento.

AL DR. WARNER PICADO CAMARENO, DIRECTOR DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA Y AL DR. LUIS ALONSO MATARRITA RODRÍGUEZ, DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO.

2. Considerando que en el Área de Salud Santa Cruz se registró en el 2023 un total de 3.489 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) y 10.995 pacientes con Hipertensión Arterial (HTA), identificándose debilidades en el seguimiento y control óptimo de los pacientes, ante la falta de acciones concretas por parte de la DRIPSS Chorotega y la Dirección del Área de Salud en la atención del tema, llevar a cabo en conjunto y se forma coordinada con la Dirección Médica de esa Área de Salud, según corresponda, un plan de acción para que se efectúe un abordaje de los pacientes con HTA y DM, para tales efectos considerar entre otros aspectos los siguientes, de conformidad con el hallazgo 1:
 - Determinar e identificar individualmente, la cantidad actual de usuarios registrados con diagnóstico de HTA y DM correspondientes al Área de Salud Santa Cruz.
 - Determinar e identificar individualmente cuales de estos usuarios han sido atendidos durante 2024 en el primer nivel de atención en seguimiento de control a su HTA y/o DM.

- Aquellos usuarios en los que se verifique que no han sido atendidos en el primer nivel de atención en seguimiento de control a su HTA y DM, establecer estrategias para agendar la respectiva cita de control en el EBAIS respectivo.
- Complementariamente a lo anterior, establecer una estrategia para brindar seguimiento y un control efectivo a usuarios con HTA y/o DM, que presentan mayores complicaciones de la enfermedad (como por ejemplo infarto de miocardio, AVC, nefropatía, amputaciones, entre otras), efectuar revisiones periódicas (plazo a definir y número de casos a revisar) de las atenciones en salud brindadas en ese primer nivel y documentar los resultados obtenidos de la estrategia aplicada y las acciones correctivas impulsadas para la atención efectiva de estos usuarios, incluyendo las necesidades en capacitación o refrescamiento al personal en el cumplimiento de las guías de hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Realizar y documentar como parte del abordaje integral a estos pacientes, el apoyo y valoración por parte de disciplinas como trabajo social, psicología, nutrición, medicina familiar y comunitaria, entre otras, así como establecer alianzas estratégicas con instituciones y actores claves de la comunidad como la Municipalidad, Ministerio de Salud, IMAS, distintas iglesias, ONG's e incluso empresas privadas, que permitan fomentar en la población de Santa Cruz la adopción, desarrollo y consolidación de estilos de vida saludables.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación esa Dirección de Red Integrada en conjunto con esa Dirección Médica, deberán aportar el plan de acción en el que se establezcan las acciones específicas a desarrollar, mecanismos de implementación y seguimiento, para atender los elementos expuestos, establecer plazos y responsables.

Plazo de cumplimiento: 9 meses posteriores al recibido del presente documento.

AL DR. LUIS ALONSO MATARRITA RODRÍGUEZ, DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD SANTA CRUZ O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO.

3. Con base en lo evidenciado en el hallazgo 2, desarrollar una estrategia mediante la cual se pueda brindar un seguimiento y control efectivo a las usuarias con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, para tales efectos considerar entre otros aspectos que estime oportuno:
 - a) Disponer de un registro documentado de usuarias referidas a clínica de mama y oncología por sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, actualizado periódicamente (plazo a definir por ejemplo mensual), lo anterior a efectos de dar seguimiento a la asignación y asistencia de la usuaria a la cita inicial de control, así como el seguimiento por parte de su EBAIS.
 - b) Efectuar revisiones periódicas (plazo a definir y número de casos a revisar) de las atenciones en salud brindadas en el primer nivel a usuarias, con el propósito de determinar el cumplimiento de la normativa en cuanto a solicitud y realización de la mamografía, considerando además para dicha revisión el registro de usuarias referidas por sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, con el fin de retroalimentar a los médicos de los EBAIS sobre oportunidades de mejora en el seguimiento y control periódico de las pacientes.

- c) Establecer las medidas de control para que el personal médico del primer nivel de atención cumpla en forma efectiva con la Norma Nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama, así también valorar la conveniencia de realizar capacitaciones sobre esta temática y/o que alguno de los profesionales en medicina realice pasantías en clínica de mama.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación esa Dirección Médica deberá aportar la información documentada mediante la cual se pueda verificar el cumplimiento de la estrategia requerida, considerando los aspectos señalados, así como las disposiciones institucionales en materia de acceso y confidencialidad de la información.

Plazo de cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento.

4. En relación con las debilidades en el registro de información en el expediente digital único en salud (EDUS), identificadas en la revisión de expedientes de salud de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata según lo descrito en el hallazgo 3, así como la ausencia de mecanismos de control y supervisión para garantizar el adecuado registro, considerar entre otros aspectos los siguientes:

- Que el personal médico cumpla con la obligación y responsabilidad de asegurar que la información registrada en el EDUS sea completa, íntegra y suficiente para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios con sospecha o diagnóstico de cáncer de próstata, considerando entre otros, el apego a los protocolos, guías clínicas y/o lineamientos establecidos por la institución según corresponda.
- Establecer revisiones periódicas (definir el plazo y número de casos a revisar) de las atenciones en salud brindadas en el primer nivel a usuarios con sospecha o diagnóstico de cáncer de próstata, con el propósito de determinar el cumplimiento de la normativa en cuanto al registro en las notas médicas de la realización del tacto rectal, el registro de solicitud y revisión de la prueba de antígeno prostático específico y su posterior seguimiento o referencia a urología, según corresponda el debido seguimiento de estos casos.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación esa Dirección Médica deberá aportar la información documentada mediante la cual se verifique el cumplimiento de los aspectos señalados anteriormente, considerando las disposiciones institucionales en materia de acceso y confidencialidad de la información. Adicionalmente, este órgano de Fiscalización y Control definirá a criterio, el cumplimiento de la recomendación en forma definitiva, de conformidad con la razonabilidad del avance de las acciones ejecutadas.

Plazo de cumplimiento: 6 meses posteriores al recibido del presente documento.

5. Ejecutar acciones locales que permitan fortalecer los indicadores de salud de la población y a la vez maximicen el aprovechamiento de los recursos institucionales de conformidad con lo expuesto en los hallazgos 4, 5 y 12 del presente informe, para lo cual considerar entre otros aspectos, los siguientes:

- Maximizar el aprovechamiento del tiempo contratado y destinado a la Consulta Externa-Medicina General y Especializada, especialmente durante las giras a los puestos de visita periódica, así como en el uso de cupos disponibles.

- Ejecutar acciones para reducir el ausentismo y mejorar la gestión de sustitución. De igual forma, analizar el comportamiento de los recargos, los cuales podrían corresponder a sustitución de citas.
- Establecer controles y supervisiones sobre las horas no utilizadas en la atención directa de usuarios, a efecto de maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles.
- Valorar la ampliación de jornadas ordinarias de trabajo o modificación de horarios de funcionamiento de los centros asistenciales, de acuerdo con las necesidades de la población, y la disponibilidad de recurso humano y financiero.
- Evaluar de manera constante la recurrencia de pacientes (policonsulta) en la Consulta Externa y el servicio de Urgencias.
- Fortalecer la visita domiciliar como estrategia de atención primaria para el acercamiento de los individuos, familias y comunidad al sistema de salud, así como para la captación temprana de enfermedades, especialmente en grupos de mayor riesgo, por su vulnerabilidad social y económica.
- Priorizar el uso de tecnologías en salud a efectos de disponer de información digital y actualizada que permita monitorear y controlar los procesos sustantivos en la Consulta Externa, servicio de Urgencias y demás, para la oportuna toma de decisiones.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá presentar un plan de trabajo con la definición de fechas de ejecución y responsables, en el cual se establezcan las acciones tendentes a fortalecer los aspectos descritos en cuanto a la Consulta Externa, servicio de Urgencias, visitas domiciliarias, alianzas interinstitucionales e intersectoriales, así como control y supervisión de las actividades sustantivas de la unidad.

Plazo de cumplimiento 6 meses a partir del recibo del presente informe.

6. Con el propósito de fortalecer la gestión técnica y administrativa del servicio de urgencias, considerando los aspectos evidenciados en el hallazgo 6 del presente, establecer un plan de acción, (estableciendo objetivos, acciones a realizar, plazos y responsables) en el cual se establezca entre otros que estime pertinente lo siguiente:
 - Realizar un análisis técnico documentado en el cual se establezca la conveniencia de que el funcionario responsable de la coordinación del servicio labore en una plaza rotativa en tres turnos de trabajo o que en su defecto labore en una plaza con horario en jornada ordinaria, así como definir la cantidad promedio de horas al día que tendrá para realizar labores administrativas propias del servicio.
 - Establecer de manera documentada las tareas, actividades, funciones y mecanismos de control que deberán ser realizados por la coordinación del servicio, que permitan garantizar un uso eficiente de los recursos disponibles, incluyendo las actividades y periodicidad con que esa Dirección Médica dará seguimiento y supervisará el trabajo efectuado. Como parte de las acciones a definir, deberá revisarse los alcances y suficiencia de lo indicado en el oficio ASSC-DM-0314-2024 del 8 de julio de 2024³³.

³³ Oficio mediante el cual el Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director Médico del Área de Salud Santa Cruz, comunicó al Dr. Sánchez Briceño las tareas, funciones y actividades a realizar como coordinador del Servicio de Urgencias.

- Implementar el proceso de clasificación de pacientes (triage) en el tercer turno de trabajo, así como garantizar que el mismo se realice de manera adecuada y eficiente en cada turno de trabajo, para lo cual deberán establecerse los tiempos promedio razonables de clasificación y atención de usuarios en el servicio, así como disponerse de información documentada referente a revisiones o monitoreos de estos para garantizar su cumplimiento y/o implementar acciones de mejora.
- Realizar un plan de capacitación para que los profesionales en medicina que laboran en el servicio dispongan de cursos tales como; soporte cardiaco básico, soporte cardiaco avanzado, RCP neonatal, soporte pediátrico avanzado (PALS) o soporte vital avanzado en obstetricia (ALSO), así como el Curso de Reanimación y Emergencias Cardiovasculares (CREC).
- Establecer mecanismos de control para efectuar labores de supervisión del personal médico que labora en el Servicio de Urgencias, que incluyan entre otros, el cumplimiento de horarios, producción individual, trato al usuario, calidad en las anotaciones en el EDUS, entre otros que se estime pertinentes.

Para garantizar el cumplimiento de la recomendación se debe presentar como un primer aspecto de cumplimiento, el plan de acción estableciendo al menos objetivos, acciones a realizar, plazos y responsables. Adicionalmente, este órgano de Fiscalización y Control definirá a criterio, el cumplimiento de la recomendación en forma definitiva, de conformidad con la razonabilidad del avance de las acciones ejecutadas.

Plazo de cumplimiento: 8 meses posteriores al recibido del presente documento.

7. En conjunto con la jefatura de Laboratorio Clínico de esa Área de Salud, realizar las valoraciones que sean necesarias para que, de forma planificada y paulatina, se garantice el acceso de los servicios de laboratorio clínico en las sedes de EBAIS desconcentrados a sus poblaciones adscritas, según el hallazgo 7.1.

Para estos efectos y mientras se asigne mayores recursos, se deberá considerar entre otros, los siguientes factores de riesgos:

- ✓ Poblaciones alejadas de la sede del Área de Salud.
- ✓ Perfil epidemiológico sobre enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Limitaciones en la oferta de transporte público.
- ✓ Implementación de un sistema de agenda de citas de Laboratorio en la sede de Área de Salud.
- ✓ Condiciones de la planta física de la sede de EBAIS.

Para el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar el resultado de las valoraciones realizadas, así como el cronograma para la puesta en marcha del plan para brindar estos servicios de laboratorios en la sede de EBAIS.

Plazo de cumplimiento 6 meses.

8. En conjunto con la jefatura de Farmacia, valorar las acciones necesarias para garantizar la continuidad de los servicios de farmacia posterior a las 4pm en la sede del Área de Salud, con el fin de que los pacientes puedan entregar recetas y retirar medicamentos de consulta externa en medicina general y especializada, según los recursos disponibles. Lo anterior con base en lo expuesto en el hallazgo 7.2.

Para el cumplimiento de esta recomendación se deberá informar sobre las gestiones realizadas para garantizar la disponibilidad de estos servicios durante el tiempo según los intereses de los pacientes y de la institución.

Plazo de cumplimiento 3 meses.

9. De conformidad con el hallazgo 7.3, en conjunto con la jefatura del Área de Registros Médicos y el coordinador de Primer Nivel de Atención, proceder a revisar e implementar acciones tendientes a mejorar los siguientes procesos en el servicio de Radiología de esa Área de Salud, en cuanto, a la planificación de metas operativas, organización y programación de agendas de citas y tipo de procedimiento, supervisión y control de actividades técnicas y administrativas.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar un informe documentado sobre el plan de acción y responsables para la atención de cada uno de los aspectos indicados.

Plazo de cumplimiento 3 meses

10. De conformidad con el hallazgo 7.4 proceder a realizar las coordinaciones necesarias para gestionar ante la Gerencia Médica, los recursos necesarios para disponer de forma prioritaria de un profesional para aprovechar el Ultrasonido marca General Electric, modelo LOGIC P9, placa 1422881, o por el contrario valorar que sea distribuido a otro centro de salud para maximizar su utilización.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar un informe documentado sobre las acciones implementadas para aprovechar el equipo médico en la atención de pacientes.

Plazo de cumplimiento 3 meses.

11. Con el apoyo técnico de la Dirección Integrada de Red de Servicios de Salud Chorotega Implementar un plan de acción³⁴ integral para abordar las deficiencias identificadas en la gestión técnica y operativa de los servicios de nutrición, trabajo social y psicología en el área de salud de Santa Cruz (hallazgo 8). Este plan debería incluir -al menos- las siguientes acciones:

- **Fortalecimiento de la Supervisión:** Establecer un sistema de supervisión directa y continua por parte de la dirección médica para garantizar el cumplimiento de las actividades programadas y la calidad de los servicios prestados.
- **Mejora en la gestión técnica y administrativa:** Identificar las deficiencias técnicas y administrativas en cada servicio y desarrollar un plan específico para abordar y solucionar las deficiencias detectadas. Este plan debe incluir acciones detalladas, responsables designados

³⁴ Documento formal que establece una serie de pasos o actividades específicas que deben llevarse a cabo para lograr un objetivo determinado. Este plan generalmente incluye detalles sobre quién es responsable de cada tarea, los plazos para completarlas, los recursos necesarios y los criterios de éxito.

y plazos definidos para garantizar una mejora efectiva y sostenida en la gestión de los servicios.

- **Desarrollar acciones** para la gestión de listas de espera y la reducción del ausentismo, asegurando que se prioricen adecuadamente las necesidades de los pacientes y se optimicen los tiempos de atención.
- **Capacitación del Personal de REDES:** Implementar programas de capacitación continua para el personal de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REDES) sobre la administración del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) y la correcta programación de las actividades, con el fin de mejorar la eficiencia y precisión en la gestión de citas y registros.
- **Revisión y ajuste de actividades programadas:** Realizar una revisión de las actividades complementarias programadas en la agenda del SIAC para cada profesional de salud, asegurando que las actividades registradas correspondan efectivamente a las que se están llevando a cabo. Implementar los ajustes necesarios para que haya una concordancia entre lo programado y lo realizado, garantizando así el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas a cada funcionario.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría el plan de acción que incluya los puntos señalados en los incisos a, b, c, d, e y f, así como un informe final con los resultados obtenidos.

El plazo total para el cumplimiento de la recomendación es de 6 meses a partir de la recepción de este informe. Este período incluye 3 meses para la elaboración y presentación del plan de acción, seguido de 5 meses adicionales para la presentación del informe final.

12. Realizar las gestiones administrativas para fortalecer el servicio de Odontología (**hallazgo 9**):

- Establecer un programa de supervisión y monitoreo documentado del cumplimiento de las actividades sustantivas del servicio y la correcta gestión de los recursos.
- Desarrollar e implementar un plan de mantenimiento para la infraestructura y el mobiliario de los consultorios odontológicos, que incluya la reparación de los cielos rasos, ventanas, puertas, aire acondicionado, escritorios, muebles y otros equipos necesarios.
- Establecer procedimientos para la gestión de productos vencidos, incluyendo la creación de actas de desecho para asegurar el cumplimiento normativo y la seguridad del paciente.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría evidencia documental para la atención de los puntos señalados en los incisos a, b, c y d, así como un informe final con los resultados obtenidos.

Plazo de cumplimiento 6 meses a partir del recibo del presente informe.

13. Efectuar las gestiones que correspondan para fortalecer las alianzas interinstitucionales con el Ministerio de Salud y Educación, la Municipalidad de Santa Cruz, así como actores sociales como Junta de Salud, asociaciones, entre otros, a efecto de promover estilos de vida saludables, educación sobre el autocuidado, la actividad física, eliminación del tabaco y alcoholismo, entre otros que permitan mejorar la calidad de vida de las personas y reducir la incidencia de enfermedades, según lo descrito en el hallazgo 11, para lo cual deberá de considerar lo siguiente:

- Nombrar a un funcionario(a) la responsabilidad específica de representar al establecimiento en las reuniones con los comités interinstitucionales, asegurando la presencia continua y la participación efectiva en las discusiones y actividades relevantes.
- Garantizar que se revisen y actualicen los procedimientos internos para cumplir con la normativa relacionadas con la Junta de Salud, lo cual incluye la supervisión del cumplimiento de las responsabilidades asignadas y la toma de medidas correctivas cuando se identifiquen incumplimientos.
- Implementar la supervisión que permita evaluar regularmente el desempeño del establecimiento en términos de participación interinstitucional y comunal.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría evidencia documental para la atención de los puntos señalados en los incisos a, b, y c, así como un informe final con los resultados obtenidos.

Plazo de cumplimiento 4 meses a partir del recibo del presente informe.

14. 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 involucren 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 13.

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

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

A LA DRA. MARÍA MAYELA RAMÍREZ CHAVARRÍA, EN CALIDAD DE JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD DE SANTA CRUZ, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

15. Realizar las siguientes acciones para abordar las deficiencias identificadas en el servicio de enfermería (hallazgo 10):

- a. Implementar un diagnóstico situacional del servicio de enfermería para identificar áreas críticas que requieren atención.
- b. Desarrollar e instaurar un programa de educación continua para el personal de enfermería, asegurando su actualización y desarrollo profesional.



- c. Elaborar y poner en práctica un plan de supervisión detallado, con visitas y supervisiones documentadas por la jefatura, que incluya:
 - a. La aplicación de instrumentos para valorar la satisfacción del usuario interno y externo.
 - b. Verificar sistemáticamente el uso del uniforme según la normativa.
 - c. Establecer un cronograma regular de reuniones con el personal.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría evidencia documental para la atención de los puntos señalados en los incisos a, b, c y d, así como un informe final con los resultados obtenidos.

Plazo de cumplimiento 6 meses a partir del recibo del presente informe.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles³⁵ se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”³⁶ 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 8 de noviembre del 2024, de conformidad con oficio de convocatoria AI-1786-2024, con los siguientes funcionarios de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega: Dr. Warner Picado Camareno, director regional y Dr. Eddy Javier Apuy Muñoz, Asistente Médico, Área de Salud Santa Cruz: Dr. Luis Alonso Matarrita Rodríguez, director médico, Jenny Sibaja Mora, administradora y Dra. Yanina Montes Montes, Jefe ai Servicio de Enfermería, y por parte de la Auditoría Interna: Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe Área, Licda. Francella Fallas Núñez, jefe subárea, Dr. Juan Carlos Morales Sánchez, Lic. Odir Gerardo Matarrita Sánchez, Lic. Luis Alberto Arce Pérez, Lic. Víctor Hugo Méndez Ruiz, Licda. Oriana Matarrita Hernández, asistentes de auditoría y Licda. Xiomara Rodríguez Alvarez, jefe sub área de seguimientos.

³⁵ Plazo máximo establecido en la Ley General de Control Interno (Art. 17 inciso d / Art. 36 inciso a), para iniciar la implantación de las recomendaciones de los informes de auditoría.

³⁶ Requerido en el Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: “Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones”.

Los siguientes fueron los comentarios realizados por la Administración Activa:

(...) HALLAZGOS:

Todos los representantes de la Administración Activo no manifestaron observaciones que ameriten cambios en los hallazgos propuestos en el informe de auditoría.

RECOMENDACIONES:

- **SOBRE RECOMENDACIÓN N.1:** El Dr. Warner Picado Camareno, realiza la observación que todas las disciplinas técnicas realizan supervisiones en toda la región y plantean sus recomendaciones y que el director debe garantizar que esas observaciones de cumplan, además, solicita ampliar el plazo a 6 meses.
- **SOBRE RECOMENDACIÓN N.2:** El Dr. Warner Picado Camareno, indica que esta recomendación tiene un enfoque local, y que a nivel regional se tendría poca participación, solicita la revisión de esta recomendación, asimismo el Dr. Picado indica que se dará un esfuerzo para apoyar al AS Santa Cruz con esta recomendación.

Además, el Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indicó la importancia que la Dirección de Red participe en el proceso que solicita esta recomendación.

Se realizarán las valoraciones para dirigir esta recomendación al Director del Área de Salud Santa Cruz, con el apoyo técnico de la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Chorotega.

- **SOBRE RECOMENDACIÓN N.3:** El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indica que está de acuerdo con la recomendación en su generalidad, sin embargo, hace énfasis en que se consideren las restricciones que se tienen en el acceso al expediente de salud en EDUS según nuevas disposiciones especialmente en el tema de confidencialidad.

El Lic. Edgar Avendaño Marchena y el Dr. Juan Carlos Morales Sánchez, funcionarios de la Auditoría, informan que la Dirección Jurídica, ha emitido un criterio sobre el tema.

- **SOBRE RECOMENDACIÓN N.4:** El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, reitera considerar las restricciones que existen en el acceso a información sensible de los expedientes, además solicita la ampliación del plazo de cumplimiento a 4 meses.
- **SOBRE RECOMENDACIÓN N.8:** El Dr. Luis Alonso Matarrita Rodriguez, Director Médico del Área de Salud Santa Cruz, indica que, con respecto a este tema, ya se han realizado mejoras para ampliar el horario de entrega de medicamentos después de las 5pm, se tiene pendiente realizar acciones para mejorar el tema para poder ampliar el horario para la recepción de recetas. (...)"

Las observaciones recibidas fueron analizadas y valoradas por parte de la Auditoría, y se encuentran consideradas en el informe de auditoría respectivo según corresponda.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Lic. Luis Alberto Arce Pérez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

MBA. Víctor Hugo Ruiz Méndez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Odir Gerardo Matarrita Sánchez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Licda. Oriana Matarrita Hernández
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Dr. Carlos Alpízar Chacón
MÉDICO ASISTENTE AUDITORÍA

Licda. Francella Fallas Núñez
JEFE SUBÁREA

Lic. Edgar Avendaño Marchena MCED.
JEFE ÁREA

OSC/RJS/EAM/FFN/LAAP/VHRM/OMS/OMH/CACH/ayms