



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

ASALUD-0086-2024

18 de diciembre de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Auditoría 2024 de la Auditoría Interna, con el objetivo de evaluar la gestión técnica, administrativa y abordaje de listas de espera para procedimientos diagnósticos del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

Los resultados del estudio evidencian aspectos susceptibles de mejora relacionados con la planificación de metas en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, considerando que en el periodo revisado se evidenciaron indicadores con porcentaje de cumplimiento insuficiente, y en otros casos un sobrecumplimiento de metas, lo cual denota la importancia que se efectuó una revisión exhaustiva del proceso de planificación y alcance de objetivos en esa unidad de apoyo.

Además, se evidenció que no existe un plan de sustitución y/o reemplazo del equipamiento médico en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, lo anterior por cuanto no se habían aplicado guías de reemplazo a ninguno de los equipos, a pesar de que son activos de mediana y alta complejidad.

Respecto al abordaje de las listas de espera en el Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, se determinó la ausencia de acciones de coordinación entre el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas y el Grupo Gestor de Listas de Espera del centro hospitalario, lo anterior por cuanto dicho grupo desconoce la gestión y abordaje de las usuarias en listas de espera en esa unidad especializada. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora en el mecanismo utilizado para identificar, controlar y depurar la lista de espera de pacientes pendientes de procedimientos diagnósticos y/o lectura de estos.

En línea con lo anterior, se evidenció que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres se incluyó en el Proyecto Nacional de Atención Oportuna a las Personas, con la meta de realizar 7,200 ultrasonidos y 7,000 reportes de mamografías bajo la modalidad de jornadas de producción, durante el periodo de junio a diciembre de 2023, sin embargo, al cierre del proyecto, se realizaron 2,551 ultrasonidos (35.43 % de la meta), y 6,194 reportes de mamografías (88.48 % de lo esperado), lo cual representó un costo total de ₡62,476,583.88 para el abordaje de esas listas de espera.

En relación con la ejecución del “Plan estratégico para la implementación modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas”, se determinó que, a mayo de 2024, el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres reportaba 1,409 ultrasonidos pendientes de realización y 1,189 lecturas de mamografías por tomosíntesis. No obstante, la UTLE autorizó la inclusión de dicho servicio en el Plan Piloto de Radiología, estableciendo un compromiso para que, entre julio y diciembre de 2024, se realizaran 2,330 ultrasonidos y 4,000 lecturas de mamografías. Este compromiso excede significativamente la cantidad de pacientes en espera para estos procedimientos, evidenciando una falta de alineación entre las metas establecidas y las necesidades reales del servicio.

Así mismo, se constató que, mediante el oficio GM-AOP-0624-2024, emitido el 3 de julio de 2024, la UTLE autorizó la inclusión del Hospital de las Mujeres en el Plan Piloto de Radiología para el periodo de julio a diciembre de 2024, siendo que se evidenció que la cantidad de intervenciones acordadas entre la jefatura y los médicos especialistas del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, según lo consignado en el documento “Acuerdo voluntario para compromiso de cumplimiento según el artículo 12 del Reglamento de la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas”, no se ajusta a la cantidad de procedimientos aprobados por la UTLE para ser ejecutados en el Plan Piloto de pago excepcional por resultados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En adición, se determinó en una muestra de 11 casos revisados, no se encontraron en el sistema EDUS las imágenes del ultrasonido de mama realizados por los médicos radiólogos. Asimismo, se identificó que únicamente uno de los pacientes no contaba con una cita programada previamente para la realización del ultrasonido.

Aunado a lo anterior, se constató que las lecturas de mamografías por tomosíntesis y los ultrasonidos realizados como parte del *Plan Piloto de la modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de Radiología e Imágenes Médicas* en el Hospital de las Mujeres se llevaron a cabo en un tiempo menor al estimado por procedimiento.

Así mismo, se identificaron diferencias en la productividad reportada en los documentos “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología”, “Plantilla Detalle de Remuneraciones”, “Reporte de Tiempo Extraordinario”, y en la información registrada en el sistema EDUS-SIES, lo que no garantiza la calidad y consistencia de la información relacionada con la cantidad de procedimientos efectivamente realizados por los médicos radiólogos del Hospital de las Mujeres durante las jornadas de producción del Plan Piloto de Radiología. Además, se identificaron inconsistencias en la remuneración efectuada a los médicos especialistas que laboran en el marco del Plan Piloto.

Por otra parte, se evidenció que en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva remite a la UTLE el informe de las labores realizadas en el Plan Piloto de Radiología de forma mensual, a pesar de que, mediante el oficio GM-AOP-0597-2024, se solicitó que dicho informe se enviara semanalmente, a fin de identificar oportunamente los casos con diagnóstico negativo y asegurar un seguimiento adecuado que garantice una atención oportuna y eficaz a los pacientes.

Se determinó que Y.P.N.S., funcionaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, desempeña funciones que podrían no corresponder con las tareas definidas en el Manual Descriptivo de Puestos para el perfil de Oficinista 4; cargo en el que se encuentra nombrada.

Adicionalmente, se identificó que los roles mensuales de tiempo ordinario y extraordinario elaborados en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, correspondientes a los perfiles de médicos especialistas en radiología, así como a los profesionales y técnicos en imágenes médicas, para el período de febrero a julio de 2024, no se ajustó a los formatos estipulados en los “Lineamientos Técnicos para la confección de roles ordinarios y extraordinarios”, los cuales fueron comunicados mediante la circular GG-DAGP-1905-2022, del 13 de diciembre de 2022 y circular GA-DAGP-1188-2024, del 5 de julio de 2024.

Adicionalmente, se evidenció que, entre enero y octubre de 2024, se determinó que la Contraloría de Servicios del Hospital de las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva” recibió un total de 137 denuncias presentadas por usuarios, las cuales estaban relacionadas con inconformidades o incidentes ocurridos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

Así mismo, se identificó percepciones negativas del ambiente laboral en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, basándose en entrevistas aplicadas entre el 21 y el 22 de noviembre de 2024 a nueve funcionarios de esta área.

Finalmente, se determinaron aspectos susceptibles de mejora en la identificación, gestión y abordaje los riesgos establecidos en la Matriz de Valoración de Riesgos 2024, ya que no se identificaron riesgos vinculados con la planificación de las metas del servicio, gestión de sustitución y reemplazo de equipos médicos, abordaje de listas de espera, oportunidad y confiabilidad de la información.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

En virtud de anterior, se emitieron recomendaciones tendientes a coadyuvar en el fortalecimiento de la gestión que realiza el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres, así como a mejorar la gestión de abordaje de listas de espera que efectúa la Unidad Técnica de Listas de Espera.

En ese sentido, se dirigieron 2 recomendaciones a la Unidad Técnica de Listas de Espera; a fin de que se establezca e implementen mecanismos de control que garanticen que los proyectos aprobados para abordar las listas de espera estén alineados con la cantidad real de pacientes registrados y los plazos efectivos de realización de los procedimientos diagnósticos. Asimismo, se solicitó realizar una revisión integral de los tiempos estimados y efectivamente ejecutados en el marco del Plan Piloto de Radiología.

Por otra parte, a la Dirección General del hospital de Las Mujeres se recomendó el diseño de un plan para abordar las debilidades detectadas en aspectos como la planificación, el manejo de listas de espera y el mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento médico. Adicionalmente, se sugirió implementar un programa de supervisión periódica que permita garantizar y dar seguimiento a las actividades realizadas por dicho servicio, así como realizar un análisis integral del enfoque actual sobre las listas de espera para mejorar su gestión.

De igual manera, se destacó la importancia de coordinar con la jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas y la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, para revisar y subsanar las inconsistencias detectadas en el trámite y pago de las jornadas de producción laboradas bajo la metodología CUMCAS-PIB en el marco del Plan Piloto de Radiología.

Asimismo, se recomendó a la Dirección General emitir un comunicado general dirigido a todas las jefaturas del hospital, recordándoles la necesidad de cumplir estrictamente con la elaboración y presentación de los roles de trabajo, conforme a los formatos establecidos en las circulares GG-DAGP-1905-2022 y GA-DAGP-1188-2024.

En cuanto al clima laboral, se sugirió valorar y analizar las observaciones realizadas por los funcionarios del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, con el objetivo de identificar y corregir las áreas de mejora, promoviendo un ambiente de trabajo más favorable.

Finalmente, se recomendó a la Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas revisar y actualizar, en caso de ser necesario, la información contenida en la "Matriz de Valoración de Riesgos". Esta debe reflejar de manera integral y actualizada todos los riesgos asociados a las actividades de la unidad, asegurando su vinculación con el "Catálogo Institucional de Riesgos".



ASALUD-0086-2024

18 de diciembre de 2024

ÁREA DE AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y ABORDAJE DE LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS DEL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR. ADOLFO CARIT EVA U.P. 2105

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2024 de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnica, administrativa y abordaje de la lista de espera para procedimientos de diagnóstico en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la gestión administrativa y la razonabilidad de las acciones impulsadas para la atención de la lista de espera en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.
- Verificar el cumplimiento de las disposiciones normativas relativas a la gestión de tiempo extraordinario en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.
- Verificar las acciones ejecutadas en el Hospital de Las Mujeres para el fortalecimiento del ambiente laboral en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.
- Verificar la identificación y control de riesgos relacionados con la gestión que realiza el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres.

NATURALEZA Y ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio comprende la revisión y análisis de la gestión técnica y administrativa del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, en cuanto a:

- Planificación operativa del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo de enero 2022 a junio 2024.
- Mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo I semestre 2024.
- Gestión de abordaje de listas de espera en el Servicio de Radiología e implementación del Plan Piloto de Radiología modalidad de pago excepcional por resultados, periodo comprendido entre junio 2023 y setiembre 2024.
- Funciones ejecutadas por el personal adscrito al Servicio de Radiología e Imágenes Médicas periodo I semestre 2024.
- Confección de roles ordinarios y extraordinarios en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo I semestre 2024.
- Denuncias presentadas por usuarios ante la Contraloría de Servicios en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo comprendido entre enero y octubre de 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Clima organizacional en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo comprendido entre enero 2022 y julio 2024.
- Gestión de riesgos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, periodo I semestre 2024.

El estudio consideró los plazos antes señalados para cada proceso, ampliándose donde 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, y las Normas para el ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, divulgadas en La Gaceta 28 del 10 de febrero 2010.

METODOLOGÍA

- Revisión de documentos de remitidos por la Administración Activa para el análisis de este Órgano de Fiscalización.
- Consultas efectuadas al EDUS-SIES.
- Visitas al Servicio de Radiología del Hospital Dr. Adolfo Carit Eva.
- Entrevistas a los siguientes funcionarios:
 - Dra. María Verónica Quesada Espinoza, coordinadora, Unidad Técnica de Listas de Espera (en adelante UTLE).
 - Dr. Randall Adrián Abarca Corrales, funcionario, UTLE.
 - Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Yeny Patricia Naranjo Segura, oficinista 4, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Dra. Paula Villalobos Chacón, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Hellen Fernández Bolaños, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Marlene Prendas Arce, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Glendy Campos Castillo, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Yanci Yessenia Methesson Hernández, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.
 - Sra. Marta Eugenia Córdoba Madrigal, funcionaria, Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital de Las Mujeres.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de la Administración Pública, 2 de mayo de 1978.
- Ley General de Control Interno, del 4 de setiembre de 2002.
- Ley deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados No. 9239, del 14 de julio de 2005.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, del 06 de noviembre de 2009.
- El Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 10 de enero de 2002.
- Reglamento para la Modalidad de Pago Excepcional por Resultados para la Atención Oportuna de las Personas, del 29 de febrero de 2024.
- Estatuto de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Manual Descriptivo de Puestos, de mayo 2021.
- Circular GM-AUD-5188-2015, del 29 de enero de 2015, referente a la delegación de funciones.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Circular GG-DAGP-1900-2022, del 13 de diciembre de 2022, referente al “recordatorio sobre la delegación de funciones a las personas trabajadoras de la institución”
- Circular GG-DAGP-1905-2022, del 13 de diciembre de 2022, referente a los “Lineamientos técnicos para considerar en la confección de los roles ordinarios y de tiempo extraordinario”
- Circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, referente a lineamientos para la operativización del Plan Piloto de Radiología.
- Circular GA-DAGP-1188-2024, del 05 de julio de 2024, relativa al “Complemento circular GG-DAGP-1905-2022, denominada “Lineamientos técnicos para considerar en la confección de los roles ordinarios y de tiempo extraordinario.”,
- Oficio GM-UTLE-24012-2017, del 05 de junio de 2017.
- Metodología CUMCAS-PIB para la estimación de las modalidades de pago por resultados en la CCSS sobre el recurso humano considerado crítico para la prestación continua y sostenible de servicios de salud - Versión 1.3

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

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

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

ASPECTOS GENERALES

El Hospital de las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva”, es un centro hospitalario especializado que se encarga de la atención integral de la salud de las mujeres. Fue fundado en 1922 y se encuentra ubicado en el cantón de San José, distrito Hospital, provincia de San José.

Originalmente conocido como "Maternidad Carit," el hospital debe su nombre al Dr. Adolfo Carit Eva, un filántropo francés que donó terrenos para su creación a principios del siglo XX. En 1999, el hospital fue renombrado como Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, en reconocimiento a su enfoque inclusivo y especializado en la salud de mujeres de diversas edades, etnias y condiciones.

1. Sobre el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

Radiología e Imágenes Médicas se define como la especialidad de la medicina que previamente a la obtención de imágenes anatómicas y funcionales, realiza la interpretación respectiva para obtener o descartar diagnósticos. También abarca los procedimientos terapéuticos realizados mediante la guía brindada por imágenes utilizando ondas del espectro electromagnético, fuentes ionizantes, ultrasonido, radiotrazantes y otras fuentes de energía.¹

El Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de las Mujeres, Dr. Adolfo Carit Eva, oferta los siguientes servicios a la población, mamografías (convencionales y tomosíntesis), biopsias por estereotaxia, marcajes por mamografías, densitometrías óseas, estudios de radiología convencionales para Consulta Externa

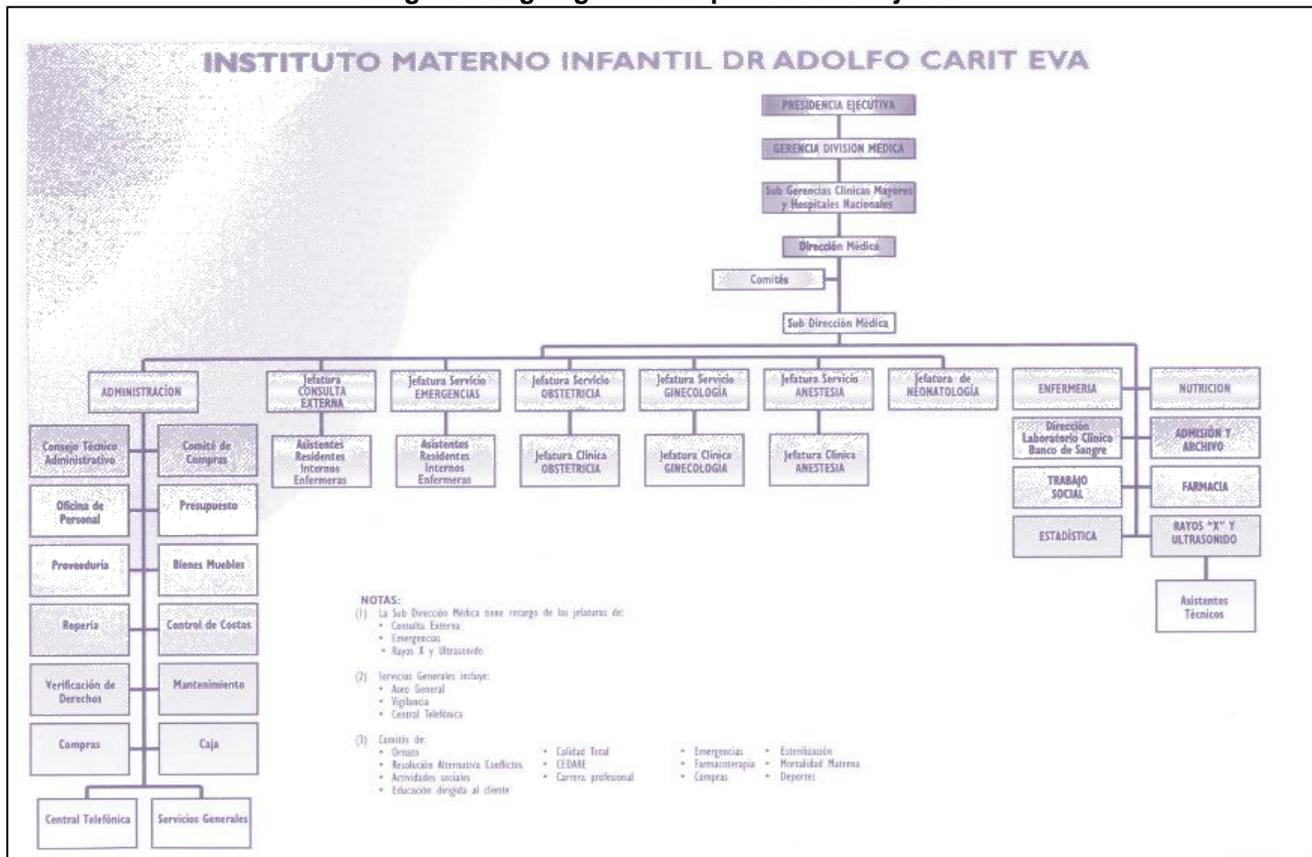
¹ Definición conceptual tomada del documento "Perfil Profesional del Médico Especialista en Radiología e Imágenes Médicas" del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica; Aprobado mediante Asamblea General Extraordinaria de Médicos N° 2019-11-01 del 01 de noviembre de 2019.

y Hospitalización, Rx portátil y fluoroscopias (Pielograma y histerosalpingografía, Ultrasonidos, biopsias (mama, tiroides, ganglios) y RX en Sala de Operaciones, así como del apoyo de la gamma sonda, para gamma centinelas.

1.1. Estructura organizacional y funcional del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

El Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres dispone de la siguiente estructura organizativa:

Imagen 1. Organigrama Hospital de las Mujeres.



Fuente: Hospital de las Mujeres

Así mismo, el Servicio de Radiología dispone de 11 plazas, a saber:

- 1 Médico Jefe 2.
- 3 Médico Asistente Especialista en Radiología.
- 3 Diplomado Técnica de la Salud.
- 1 Bachiller Terapias de la Salud.
- 1 Licenciada Terapias de la Salud.
- 1 Secretaria 3
- 1 Oficinista 4

2. Sobre las modalidades de pago excepcional para la realización de jornadas de producción para la atención de listas de espera.



La jornada de producción es aquella actividad médico – quirúrgica, que realiza un equipo de funcionarios para cumplir la producción de actividades determinadas bajo los estándares establecidos por la Gerencia Médica, por dicha jornada se realizará el pago de las modalidades, a saber: jornada de producción modalidad de pago 14,25% y pago por destajo. Esta modalidad excepcional de tiempo extraordinario se realiza posterior a la jornada ordinaria, siendo excluyente de las siguientes modalidades: tiempo extraordinario, guardias y disponibilidades médicas.

Mediante el acuerdo segundo, del artículo 5°, de la sesión No. 9333, celebrada el 11 de mayo de 2023, la Junta Directiva aprobó el informe denominado: “Ruta para avanzar en la gestión de las Listas de Espera y gestión del Recurso Humano Especializado en Salud”, en el cual se establecen acciones para el abordaje de las listas de espera, encontrándose entre las propuestas inmediatas a realizar; la revisión y actualización de la regulación sobre el pago por destajo o por procedimiento, incluyendo los costos por intervención.

En línea con lo anterior, en el artículo 2°, de la sesión No. 9406, celebrada el 8 de febrero de 2024, la Junta Directiva aprobó el “Reglamento para la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas GA-DAGP-ADAPS-RE-001|GM-UTLE-RE-001”, publicado en el Diario Oficial La Gaceta, en el alcance No. 39, del 29 de febrero de 2024. El citado reglamento regula aspectos relacionados con el abordaje de las listas de espera en la institución: recurso humano crítico que participa, contrato para laborar bajo esta modalidad, trámite para la remuneración a los funcionarios, prórrogas para la ejecución de esta modalidad de pago, entre otras.

3. Sobre la “Metodología CUMCAS-PIB para la estimación de las modalidades de pago por resultados en la CCSS sobre el recurso humano considerado crítico para la prestación continua y sostenible de servicios de salud”.

El documento denominado “Metodología CUMCAS-PIB para la estimación de las modalidades de pago por resultados en la CCSS sobre el recurso humano considerado crítico para la prestación continua y sostenible de servicios de salud - Versión 1.3” (en adelante CUMCAS-PIB), define a esta metodología como:

“El Costo Unitario Máximo para Atención en Salud basado en el PIB del país, aplicable en este caso a Recurso Humano (CUMCAS-PIB/Recurso Humano) es un indicador financiero compuesto derivado del PIB Per cápita anual del país (...) establece un costo de inversión máximo que equivale al costo mayor por minuto que la organización podría pagar al perfil de colaborador más alto de la organización que ejecuta una tarea de complejidad baja en una jornada ordinaria. A partir de este monto por minuto se hace un ajuste con los siguientes factores: jornada, complejidad y tiempo de la intervención. La fórmula plantea a su vez una estrategia de competencia de mercado que resulte atractiva salarialmente al recurso humano crítico respondiendo a su vez a la demanda y oferta existente en el mercado de salud.

De esta forma, para el establecimiento de este indicador se consideró la siguiente fórmula:

$$\begin{array}{l}
 \text{CUMCAS-} \\
 \text{PIB RRHH} \\
 \text{US\$}
 \end{array}
 =
 \begin{array}{l}
 \text{PIB Per} \\
 \text{Cápita} \\
 \text{del país} \\
 \text{US\$}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{l}
 \% \text{ Gasto} \\
 \text{en Salud} \\
 \text{del país}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{l}
 \% \text{ Cobertura} \\
 \text{del Sistema} \\
 \text{de Salud}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{l}
 \% \text{ Inversión en} \\
 \text{RRHH del} \\
 \text{presupuesto} \\
 \text{anual de la} \\
 \text{organización de} \\
 \text{salud}
 \end{array}
 /
 \begin{array}{l}
 \text{Promedio de} \\
 \text{Minutos de} \\
 \text{atención} \\
 \text{brindados} \\
 \text{por} \\
 \text{asegurado}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{l}
 \text{Factor de} \\
 \text{Control de} \\
 \text{la oferta de} \\
 \text{atenciones} \\
 \text{en Salud}
 \end{array}
 \dots$$

Indicador VAB de la Inversión en Salud sobre el PIB en la cadena de valor global

En ese sentido, producto de ese modelo matemático, se obtiene que el indicador CUMCAS-PIB para el 2024, es de ₡595.48 (quinientos noventa y cinco colones con 48/100) (incluye cargas sociales), siendo este monto el



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

costo por minuto que la institución pagaría a las personas *trabajadoras* por ejecutar una intervención médica, tal como se expone a continuación:

$$\begin{array}{r}
 \text{CUMCAS-PIB} \\
 \text{RRHH 2024}
 \end{array}
 = \frac{\text{₡8,038,809.4} \times 7.3\% \times 91\% \times 37.3\%}{1.2} \div 721.1 \times 1.79 = \begin{array}{l} \text{₡418.38} \\ \text{sin cargas} \\ \text{sociales} \\ \text{incluidas} \\ \text{₡595.48} \\ \text{con cargas} \\ \text{sociales} \end{array} \text{ (...)"}$$

A partir de este monto por minuto, se hace un ajuste con los siguientes factores: jornada, complejidad y tiempo de la intervención².

4. Sobre el “Plan estratégico para la implementación modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas”.

Mediante la sesión No. 9433, celebrada el 8 de abril de 2024, la Junta Directiva en el acuerdo segundo aprobó “dar por conocido la Propuesta de montos para el pago excepcional por resultados para la atención oportuna a las personas, bajo la modalidad CUMCAS-PIB/RRHH, especialidad de radiología y autorizar los montos definidos para el pago excepcional por resultados en la especialidad de Radiología acordados para el año 2024”.

El “Plan estratégico para la implementación modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas”, versión 01, de mayo 2024, señala que el citado plan es una estrategia, que:

“(…) busca aumentar la oferta de servicios radiológicos en un momento institucional caracterizado por la fuga del recurso especializado, una concentración de la oferta diurna de servicios y un aumento en la demanda de servicios. Se pretende atender la lista de espera de los estudios de imágenes médicas en todos los establecimientos de salud con capacidad instalada para ejecutarlo, mediante líneas de acción definidas según el tipo de estudio demandado, como los estudios baritados, los ultrasonidos, las tomografías, los convencionales simples, las mamografías, y las resonancias.

La implementación del modelo en este servicio de manera inicial obedece a que la mayoría de los procedimientos ambulatorios pendientes a nivel institucional corresponden a estudios radiológicos, y es un servicio clave donde gira la prestación de servicios a los usuarios, ya que recibe solicitudes de los 3 niveles de atención como apoyo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, sin embargo, representa un reto para la institución que experimenta un período de transición de la digitalización de procesos y en la necesidad de guiar la toma de decisiones con el análisis de datos que permita enfocar los esfuerzos y recursos disponibles, de manera más eficiente.

Por lo anteriormente expuesto, es que se toma la iniciativa de la implementación de este Plan Piloto en la especialidad de Radiología, con la finalidad de realizar análisis posteriores de la efectividad del plan y ampliar su alcance a diversas especialidades que requieran abordaje de listas de espera.

A partir de un análisis de situación integral inicial, se plantea una implementación escalonada que responde a 3 tiempos concretos de amplitud de alcance para ir administrando riesgos tecnológicos y operacionales principalmente:

- 1) Fase 1: caracterizada por la activación del modelo de pago excepcional en los establecimientos de salud que tengan personas o estudios pendientes de reportar en espera y estén anuentes a participar.
- 2) Fase 2: consiste en la activación de las redes de servicios de salud para mediante un desarrollo intra red de elementos tecnológicos controlados y una integración de recursos dispersos o distribuidos dentro

² Para mayor detalle referirse al Anexo 1.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

de la red, se propicie la activación de centros en “nodos de red”, administrados por las DRIPSS, para colaborar con la resolución de listas de otros centros de salud de su misma red.

3) Fase 3: Trabajo remoto inter red donde se realice de manera remota, la atención, interpretación y reporte de estudios de establecimientos que presenten la necesidad, por otros centros de una red distinta a la que pertenecen.”

El 28 de mayo de 2024, a través de la Resolución Administrativa GM-7414-2024, el Dr. Wilburg Díaz Cruz, en calidad de gerente médico, resolvió: “iniciar con el pilotaje de implementación del pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología, según los criterios técnicos emitidos por la Unidad Técnica de Listas de Espera, a partir del lunes 27 de mayo de 2024.”

Así mismo, mediante misiva GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, del 28 de mayo de 2024, el Dr. Wilburg Díaz Cruz, en calidad de gerente médico y la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, emitieron comunicado de operativización del Plan Piloto de implementación del Reglamento excepcional de la modalidad de pago por resultados en la especialidad de Radiología e Imágenes Médicas.

Mediante oficio GM-AOP-0624-2024, del 3 de julio de 2024, la Dra. María Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, informó al Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres, sobre el aval de contrapropuesta Plan Piloto para la implementación de la modalidad de pago excepcional por resultados.

Cuadro 1
Análisis de metas
I Semestre 2024

Intervención Sanitaria	Tipo de Intervención Sanitaria	N.º de intervenciones a realizar	Periodo para ejecución		Previsión presupuestaria
			Desde	Hasta	
Mamografía	Lectura de mamografías con tomosíntesis	4000	01/07/24	31/12/24	₡48 800 000
Procedimiento	Ultrasonidos abdomen completo	200	01/07/24	31/12/24	₡3 060 000
Procedimiento	Ultrasonidos abdomen superior	150	01/07/24	31/12/24	₡1 845 000
Procedimiento	Ultrasonido mamas	1600	01/07/24	31/12/24	₡19 680 000
Procedimiento	Ultrasonido tejidos blandos	50	01/07/24	31/12/24	₡615 000
Procedimiento	Ultrasonido testículos	30	01/07/24	31/12/24	₡369 000
Procedimiento	Ultrasonido cuello	150	01/07/24	31/12/24	₡1 845 000
Procedimiento	Ultrasonido vías urinarias	150	01/07/24	31/12/24	₡1 845 000
Procedimiento	Lectura de TAC cabeza-SNC con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡153 000
Procedimiento	Lectura de TAC cuello con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡153 000
Procedimiento	Lectura de TAC tórax con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡184 000
Procedimiento	Lectura de TAC abdomen completo con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡184 000
Procedimiento	Lectura TAC columna cervical con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡153 000
Procedimiento	Lectura TAC columna dorsal con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡153 000
Procedimiento	Lectura TAC columna lumbosacra con o sin contraste	10	01/07/24	31/12/24	₡153 000
Procedimiento	Lectura TAC comparativo oncológico por región anatómica	50	01/07/24	31/12/24	₡460 000
Procedimiento	Lectura píelo TAC	5	01/07/24	31/12/24	₡122 500
Procedimiento	Lectura de TAC trifásico de hígado	5	01/07/24	31/12/24	₡152 000
Total general		6460	**	**	₡79 926 500

Fuente: Oficio GM-AOP-0624-2024.



De conformidad con el cuadro anterior, al Servicio de Radiología del Hospital de Las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva” le fue autorizado, por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera, realizar durante el periodo de julio a diciembre de 2024 un total de 2,330 ultrasonidos, 4,000 lecturas de mamografías y 130 lecturas de TAC, en el marco del Plan Piloto de Radiología, con un costo total asignado de ₡79,926,500.00.

HALLAZGOS

1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS PROGRAMADAS EN LOS PERIODOS 2022-2023 Y PRIMER SEMESTRE 2024

Los resultados del estudio evidencian la importancia de mejorar el proceso de planificación para la definición y cumplimiento de las metas en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, al considerarse que, en algunos casos, se presentan un sobrecumplimiento de los establecido y en otros casos no se lograron alcanzar en función de los parámetros definidos para el nivel estratégico, táctico y operativo en la Institución.

Al respecto, mediante correo electrónico Institucional del 24 de setiembre de 2024, este Órgano de Fiscalización y Control, solicitó al Dr. Aldo Escoto Ruiz, Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital Dr. Adolfo Carit Eva, aportar el Plan Anual Operativo y Plan Presupuesto 2023-2024 correspondiente a esa unidad.

En la revisión efectuada al Plan Presupuesto Indicadores Producción Evaluación Anual del periodo 2022, se determinó porcentajes insuficientes en la meta de rayos x por densitómetro óseo, que alcanzó un 76%. Además, se observaron porcentajes de sobrecumplimiento en las metas relacionadas con estudios radiológicos en consulta externa (110.2%), número de mamografías realizadas (108.9%), ultrasonidos por consulta externa (114.1%), número de placas por hospitalización (119.8%), ultrasonidos por hospitalización (117.5%), así como rayos x por estudios especiales (116.7%).

Al respecto, el documento Informe de Evaluación Anual y Modificación II Semestre Plan Presupuesto 2022, refirió sobre el cumplimiento de la meta relacionada con el densitómetro óseo, lo siguiente:

“(...)

Se registra una meta con cumplimiento insuficiente esto obedece a la baja demanda de densitometrías óseas, a pesar de que se ha solicitado a distintas áreas de la red y de los 64 servicios internos de nuestro servicio referir pacientes, muchas de las pacientes que nos corresponden, están siendo atendidas en el HSJDD y HCG. Otro factor que pudo haber incidido fue el subregistro de la información por el hackeo que sufrió la institución. PLAN DE MEJORA: Se analizará la producción 2022 y se realizan los ajustes correspondientes para el 2023...”

De la revisión del Plan Presupuesto Indicadores Producción Evaluación Anual del periodo 2023, llama la atención de esta Auditoría Interna, que la meta relacionada con la realización de rayos x por densitómetro óseo alcanzó nuevamente un porcentaje de cumplimiento insuficiente de 71.2% con respecto al 2022, además se observó que la meta relacionada con la realización de mamografías alcanzó un porcentaje de un 89%, siendo esta una meta que merece especial atención y análisis por parte de las autoridades locales, dado que es un indicador relacionado directamente con la atención de la población sensible.

Así mismo, se documentó sobrecumplimiento en las siguientes metas:

- Número de estudios radiológicos en urgencias (244.8%).
- Rayos x: estudios especiales (157%).
- Número de ultrasonidos por hospitalización (134.4%).
- Número de placas de rayos x por hospitalización (116.3%).



- Número de ultrasonidos por consulta externa (105.9%).
- Número de estudios radiológicos en consulta externa (102.6%).

El Dr. José Miguel Villalobos Brenes, director general en esa oportunidad, documentó en el oficio HMAE-DG-278-02-2024 del 8 de marzo de 2024 el Informe de Evaluación Anual Plan Presupuesto 2023, en el cual refirió lo siguiente:

“(...)

A3-155 NÚMERO DE PLACAS DE RAYOS X POR CONSULTA EXTERNA

META CUMPLIDA: Registra un 102.6%

A3-156 NÚMERO DE PLACAS DE RAYOS X POR SERVICIO DE URGENCIAS

META CUMPLIDA: Registra un 244.8%

A3-158 NÚMERO DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS

META PARCIALMENTE CUMPLIDA: Registra 89%

A3-159 NÚMERO DE ULTRASONIDOS POR CONSULTA EXTERNA

META CUMPLIDA: Se registra un 105.9%.

H3-127 NÚMERO DE PLACAS DE RAYOS X POR HOSPITALIZACIÓN

META CUMPLIDA: Se registra un 116.3%.

H3-128 NÚMERO DE ULTRASONICOS POR HOSPITALIZACIÓN.

META CUMPLIDA: Registra 134.4%

S3-17 RAYOS X: Estudios Especiales (marcajes, pielogramas, histerosalpingografías, biopsias por estereotaxia).

META CUMPLIDA registra 157%.

S3-18 DENSITOMETRO OSEO

META INSUFICIENTE, registra un 71.2% de cumplimiento...”

En el análisis realizado por el Dr. Villalobos Brenes, en el documento citado anteriormente, se indica lo siguiente:

“(...)

Como una limitante se tiene que el Servicio de Rayos X por ser de apoyo, depende de la demanda de la Consulta Externa y Hospitalización, por lo que se hace un poco difícil realizar la proyección de los indicadores. Otra limitante para el cumplimiento de las metas es que en algunas ocasiones el equipo de mamografía ha quedado fuera de servicio, por lo que se dejaron de realizar aproximadamente 1442 mamografías, lo cual genero el descenso en la meta pactada.

El indicador S3-18 Densitómetro Óseo la meta no se cumple debido a que la mayoría de nuestra población está siendo atendida en otros hospitales como Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, generándoles lista de espera, en múltiples ocasiones se ha manifestado la necesidad de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

recuperar esta población, esto a pesar de que se ha solicitado a distintas áreas de la red y de los servicios internos de nuestro servicio referir pacientes, muchas de las pacientes que nos corresponden.

El plan de mejora aplica para el indicador S3-18 esta meta registra una tendencia a la baja desde períodos anteriores, pese a las acciones realizadas no se logra mejorar la producción se realizará modificación de la meta y se continuará trabajando en las estrategias para el mejoramiento de la demanda.

El sobre cumplimiento se da en los indicadores, se asocia principalmente a que este servicio trabaja según demanda, sin embargo, se monitoreará estos meses para valorará posible modificación para el 2024...”.

Respecto a la revisión de Plan Presupuesto Indicadores Producción Evaluación Anual del Primer Semestre 2024, se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro 2
Análisis de metas
Servicio de Radiología e Imágenes Médicas
I Semestre 2024

97	Total de estudios radiológicos segregado por área de atención - RX	2275	2275	4550	2779	0	2779	122.15%
98	Total mamografías realizadas - RX	2600	2825	5425	3689	0	3689	141.88%
99	Total de ultrasonidos segregados por área de atención.	1750	1645	3395	3394	0	3394	193.94%
100	Total de Desintometrías realizadas - RX	450	658	1108	420	0	420	93.33%

Adicionalmente, en el mismo análisis de metas del primer semestre 2024, se documentaron los siguientes indicadores:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

Proceso:

2024- Seguimiento

Ingresar

Descripción Indicador:	Programación Modificada 2024			Seguimiento 2024			
	I Semestre	II Semestre	Anual	I Semestre	II Semestre	Anual	% Cump I SEM
101 Total de reportes de tomografías (TAC) realizados - RX	170	170	340	498	0	498	292.94%
102 Total de biopsia realizadas por ultrasonido - RX	600	600	1200	449	0	449	74.83%
103 Total de biopsias realizadas por mamografía (Esterotaxia) - RX	48	48	96	33	0	33	68.75%
104 Total de marcajes realizados (por mamografía y por ultrasonido) - RX	96	96	192	159	0	159	165.63%

Como se observa, para el primer semestre 2024 existe un comportamiento similar en cuanto al cumplimiento de los indicadores del Servicio de Radiología, considerando que en algunos de éstos existe un sobrecumplimiento que supera el 200% y en otros de los indicadores se obtuvo porcentajes menores al 70%.

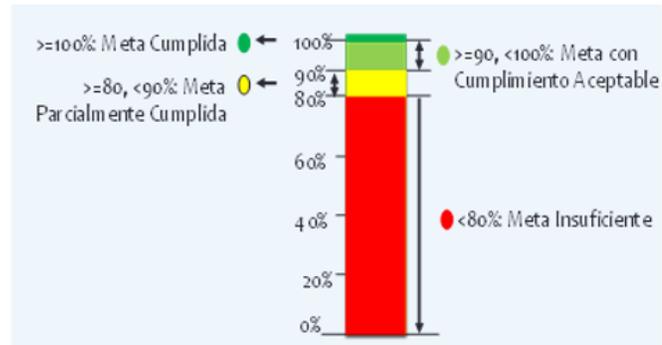
En virtud de lo evidenciado, en el documento Informe de Seguimiento I Semestre Plan Presupuesto 2024, refiere sobre el cumplimiento de las metas, lo siguiente:

“(...)

Como una limitante se tiene que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas por ser de apoyo, depende de la demanda de la Consulta Externa y Hospitalización, por lo que se hace un poco difícil realizar la proyección de los indicadores. Otra limitante para el cumplimiento de las metas es que en algunas ocasiones el equipo de mamografía ha quedado fuera de servicio y no cuenta con un equipo back up...”

Lo descrito se encuentra en contraposición del rango de cumplimiento vigente definido por la Dirección de Planificación Institucional en la Guía para el Seguimiento Plan-Presupuesto y/o Plan de Acción; según se aprecia en la siguiente imagen:

Ilustración N° 3: Parámetros de Evaluación



Fuente: Dirección de Planificación Institucional

La Guía para el Seguimiento Plan-Presupuesto y/o Plan de Acción la Dirección de Planificación Institucional, establece en el apartado 2. Seguimiento del Plan-Presupuesto, que es responsabilidad de la máxima autoridad de cada unidad ejecutora, verificar que los informes de seguimiento del Plan- Presupuesto contengan información consistente, clara y veraz sobre el avance obtenido, en relación con las metas programadas, además de garantizar que el proceso se haya ejecutado conforme a los lineamientos establecidos.

Además, establece el cuerpo normativo en el Paso 2: Seguimiento a la ejecución física, lo siguiente:

“(...) Las unidades ejecutoras deben remitir semestralmente al superior jerárquico-técnico que corresponda, información sobre los resultados obtenidos en las metas programadas. En el caso del primer semestre, además de rendir cuentas sobre las metas programadas para ese periodo, también debe indicarse el avance de las metas programadas anualmente, con el propósito de medir el avance de los compromisos y aplicar las acciones que correspondan en caso de algún rezago.

Para efectos de completar la información requerida debe llenar los elementos que se mencionan seguidamente y cargarlas en el repositorio SharePoint:

1. Oficio formal de remisión
2. Informe de Ejecución Física
 - 2.1 Portada
 - 2.2 Tabla de contenidos
 - 2.3 Introducción
 - 2.4 Capítulo de análisis de logros/resultados.
3. Matriz del Plan-Presupuesto.
4. Matriz Plan de Mejora para metas con rezago (...)

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“Las metas se establecen sobre una estimación promedio de un historial reciente de procedimientos realizados, para la última planificación se consideró la producción que genera la nueva radióloga que fue asignada al hospital mediante retribución. Por lo general el cumplimiento de metas se ve afectado para los procedimientos que están relacionados con equipamientos, tales como densitometrías o mamografías, ante lo que se genera con estos equipos la producción es fluctuante, en cambio para los



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ultrasonidos la producción es bastante alta, ya que no se han presentado problemas con los equipos, la mayor parte de los procedimientos se llevan a cabo con esta técnica diagnóstica de imagen.”

Los aspectos antes documentados evidencian que el proceso de planificación y programación de metas requieren ser fortalecidos, por cuanto en el periodo 2022- I semestre 2024, se han registrado incumplimientos y sobrecumplimientos de las metas planteados por esa unidad, ocasionando que no se obtengan resultados aceptables en el proceso de planificación y monitoreo, en cuanto a la gestión del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, ya que los porcentajes de cumplimiento obtenidos distan de los recomendados en la normativa Institucional en cuanto a los parámetros de evaluación establecidos.

Considera esta Auditoría, que los indicadores expuestos en el presente documento no evidencian que se dispone de una planificación ajustada a la realidad según la demanda del servicio, lo cual podría afectar el aprovechamiento efectivo de la capacidad técnica y productiva del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, pérdida de eficiencia, aumento de costos, insatisfacción de los usuarios. Además, estos incumplimientos o sobrecumplimientos podrían repercutir en el logro de los objetivos del centro hospitalario y afectar la calidad de la atención brindada a los pacientes.

2. SOBRE EL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS.

Se verificó que, en el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, no se dispone de un plan documentado para la sustitución y reemplazo de equipos médicos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Además, algunos equipos superan su vida útil recomendada y presentan un riesgo de falla en su funcionamiento.

En la revisión efectuada se evidencia que los siguientes equipos han alcanzado y/o superado su vida útil, según lo establece la Lista Oficial de Equipo Médico (LOEM) de la Dirección de Equipamiento Institucional, a destacar:

Cuadro 3
Equipamiento que ha superado su vida útil
Servicio de Radiología e Imágenes Médicas
2024

Equipo	N° de Activo	Antigüedad Años en el Servicio	Expectativa de años (LOEM)	Porcentaje de Depreciación	Nivel de complejidad ³
Mamógrafo marca Hologic	1134970	7	8	87 %	ALTA
Densitómetro Óseo marca Hologic	1173186	7	6	116 %	ALTA
Rayos X marca Siemens	804773	14	10	140%	ALTA
Ultrasonido marca Toshiba	1099504	8	8	100%	MEDIANA
Ultrasonido marca Toshiba	1099505	8	8	100%	MEDIANA
Gamma Sonda marca Neoprobe	988059	11	8	137%	MEDIANA

Fuente: Jefatura de Servicio de Ingeniería y Mantenimiento Hospital Dr. Adolfo Carit Eva.

Debido a lo descrito, se solicitó al Ing. Brayan Delgado Cairo, Jefatura del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento del centro hospitalario, las guías de reemplazo de los equipos del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, informando en correo electrónico el 15 de octubre de 2024 que los activos disponen de contratos de mantenimiento preventivo y correctivo, sin embargo no se había aplicado la respectiva guía a ninguno de los equipos.

Además, se solicitó al Ing. Delgado Cairo, remitir el Plan de Sustitución y Reemplazo de equipos del centro hospitalario, a lo cual manifestó mediante el mismo medio, lo siguiente:

³ Establecido así en la Lista Oficial de Equipo Médico (LOEM) publicada por la Dirección de Equipamiento Institucional.



“(...)

No hay plan. Eso es un trabajo interdisciplinario motivado por cada jefe de servicio que tiene claro su proyección de atención...”

El contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de densitometría ósea y mamógrafo (2020LA-000008-2105) vence en el mes de diciembre de 2024, por tal motivo ante consulta efectuada al Ing. Delgado Cairol mediante aplicación informática Microsoft Teams el 13 de noviembre de 2024, refirió “(...) *El nuevo está en proceso en Planificación...”*

Adicionalmente el equipo Gamma Sonda marca Neoprobe con número de activo 988059, se continúa utilizando en ese servicio, su vida útil en libros se ha agotado y no está incorporado en ningún contrato de mantenimiento preventivo y correctivo.

Además, se consultó al Ing. Delgado Cairol sobre el estado del equipo Gamma Sonda marca Neoprobe con número de placa: 988059, refiriendo que: “(...) *está para descartar según matriz DEI, no se usa según entendemos por eso no está en contrato...”*

No obstante, en consulta realizada mediante solución informática Microsoft Teams el 12 de noviembre de 2024 al Dr. Aldo Escoto Ruiz, Jefatura Servicio de Radiología e Imágenes Médicas refirió sobre el equipo Gamma Sonda marca Neoprobe con número de placa: 988059, lo siguiente:

“(...)

buenas tardes, dicha gamma sonda 988059 está en buen estado, se usa solo en caso que la gamma sonda recién adquirida presente algún problema, lo cual ya no sucede, porque estamos usando la nueva adquirida (de la empresa ANCA MEDICA) , la gamma sonda 988059 aun funciona bien, no tiene criterio de descarte y la usaríamos más que todo ante una eventualidad de fallo de la nueva...”

Respecto al equipo de mamografía se consultó el 21 de octubre de 2024, mediante plataforma informática Microsoft Teams al Ing. José Andrey Brenes González, jefe del Área de Equipamiento de la Dirección de Equipamiento Institucional, quien indicó que el mismo se encuentra incluido en el proyecto CCSS-1290-1, el cual fue publicado en el Sistema Centralizado de Compras Públicas (SICOP) el 30 de octubre de 2024, con apertura el 5 de febrero de 2025.

Así mismo, manifestó el Ing. Brenes González que el equipo de rayos x con fluoroscopia se encuentra en el expediente de contratación administrativa 2021LN-000005-0001103110, y estima ser instalado en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital Dr. Adolfo Carit Eva en el primer semestre de 2025.

La Guía para la Evaluación y Planificación del Reemplazo del Equipo Médico, establece en los apartados 3 y 4, lo siguiente:

“(...)

3. Alcance

El uso de esta guía es de acatamiento obligatorio por parte de todas las dependencias de la Institución, para iniciar la planificación de la sustitución de su equipamiento médico...”

“(...)

4. Aplicación de esta guía

*Esta herramienta **deberá aplicarse:***

1. Cuando el equipo médico a evaluar sea tipificado como de mediana y alta complejidad, según lo establecido en la Lista Oficial de Equipo Médico (LOEM) publicada por la DEI.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

2. Al equipo médico, cuya vida útil se cumpla durante el plazo estimado del procedimiento de compra del nuevo equipo (aproximadamente a partir del cumplimiento del 80% de su vida útil); contemplado en dicho plazo el tiempo de entrega.
3. Cuando la condición del equipo así lo amerite o a petición de autoridad competente...".

Adicionalmente, indica en el mismo apartado, lo siguiente:

"(...)

Esta herramienta **NO deberá aplicarse**:

1. A los equipos médicos que hayan alcanzado o superado su vida útil, conforme lo indicado en la LOEM; en cuyo caso se deberá programar su sustitución utilizando el formulario DEI-AGT-FR002 "Reemplazo de equipo médico con vida útil cumplida", contenido en el anexo 2, donde se justifique la necesidad de planificar el reemplazo del equipo; el formulario debe ser firmado por los siguientes funcionarios de la unidad donde se ubica contablemente el activo, según la definición del Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles.

- a. El evaluador o los evaluadores de Equipo Médico.
- b. El jefe del servicio (Usuario directo).
- c. La máxima autoridad de la Unidad programática...".

Por otra parte, el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional establece en el artículo 49: Sobre la estimación de recursos para ejecutar las actividades del mantenimiento:

"(...)

Corresponderá a la Jefatura o el funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento local o regional, estimar los recursos humanos, materiales, presupuestarios y/o de contratación de servicios por terceros, para que se pueda ejecutar en forma eficiente y oportuna las actividades de mantenimiento al recurso físico, según los procedimientos y/o metodologías institucionales...".

La no aplicación de las guías de reemplazo a los equipos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas ha propiciado que algunos de estos activos hayan superado su vida útil, sin documentarse en esta oportunidad procesos de sustitución y/o reemplazo de estos.

La ausencia de un plan de sustitución y reemplazo de equipos médicos, además de constituirse en un incumplimiento del cuerpo normativo podría colocar en riesgo, tanto la seguridad y calidad de la atención brindada a los pacientes, así como afectar la continuidad y oportunidad de la prestación de los servicios.

3. SOBRE EL ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA PARA PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS

La lista de espera es⁴ el conjunto de pacientes de la Caja Costarricense de Seguro Social identificados con una necesidad de atención en salud, que aguardan una intervención específica prescrita por un profesional de salud, facultado dentro de la oferta de servicios de la Institución, sea para una atención urgente o una atención electiva de un procedimiento preventivo, diagnóstico o de tratamiento en cualquier línea.

En este sentido, el análisis realizado por esta Auditoría evidencia debilidades en el abordaje de la lista de espera para la realización de procedimientos diagnósticos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres. Estas debilidades se refieren a la función que ejerce el Grupo Gestor de Listas de Espera, los

⁴ Definición que brinda el Reglamento para la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas.



mecanismos para identificar, controlar y depurar a los pacientes en lista de espera, así como a los resultados obtenidos en el Proyecto Nacional de Atención Oportuna a las Personas 2023, según se detalla a continuación:

3.1. SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE UN GRUPO GESTOR DE LISTAS DE ESPERA EN EL HOSPITAL.

Se determinó la ausencia de acciones de coordinación entre el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas y el Grupo Gestor de Listas de Espera del centro hospitalario, lo anterior por cuanto dicho grupo desconoce la gestión y abordaje de las usuarias en listas de espera en esa unidad especializada.

Al respecto, en reunión efectuada el 21 de noviembre de 2024, con el Lic. Jorge Matarrita Montes, Jefatura del Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud y Coordinador del Grupo Gestor de Listas de Espera en ese centro de salud indicó que: *“(...) proceso de las listas de espera del Servicio de Radiología, la misma está liderado, controlado y depurado, por el Servicio de Radiología través de la compañera Jenny Naranjo Segura, funcionaria de ese Servicio. Con relación a CUNCAS los pacientes son citados y localizados por el personal a cargo designado a trabajar en la jornada, los mismos son nombrados por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas...”*.

Además, agregó el Lic. Matarrita Montes que:

“(...)”

En cuanto al proceso en la programación de agendas en jornadas de producción no se toma en consideración a REDES, razón por la cual se han presentado situaciones donde los pacientes hacen consultas sobre citas, o resultados de procedimientos diagnósticos, pero no conocemos sobre ello.

Sobre esta situación se ha expuesto a la jefatura de Consulta Externa y se ha conversado con el Dr. Escoto Ruiz, de que, en aras de garantizar un adecuado control interno, la programación de agendas para citas de pacientes tanto en lo ordinario como en lo extraordinario sea asumido por el Servicio de REDES, sin embargo, a la fecha ellos mantienen la realización de estas funciones, refiriéndose a CUNCAS. En años anteriores se realizaba esta misma función sin la coordinación con REDES para la elaboración de las Agendas, si desponemos desde 2018 con la funcionalidad del EDUS en el Hospital, razón por la cual se informa al Dr. Escoto que debe haber una coordinación para que haya trazabilidad y control en los procesos ejecutados en las jornadas, es donde para las jornadas del ultimo semestre 2024 se considera la realización de agendas en las jornadas cuncas...”

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10, con respecto a la responsabilidad del sistema de control interno, dispone:

“Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

Asimismo, esa ley, en el artículo 16, estipula:

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

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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

El documento GM-MDB-1745-15 del 3 de marzo de 2015, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica en esa oportunidad, instruyó a los directores generales de los centros de salud Institucionales, lo siguiente:

“(...)

Esta Gerencia Médica, garante de la prestación oportuna de los servicios de salud en el territorio nacional, actividad que se ubica de manera operativa en cada uno de los establecimientos que se encuentran a su cargo, desde el mes de abril 2012; ha solicitado la conformación de equipos gestores de listas de espera los cuales, den seguimiento y analicen el comportamiento de la gestión interna en la prestación de los servicios en medicina especializada (cirugías, consulta externa y procedimientos). Identificando espacios de oportunidad y recomendando a las Direcciones Médicas su aplicación, siempre a la luz de los lineamientos gerenciales emitidos por este Despacho como han sido:

1. La implementación de estrategias para unificación de agendas en estructuras electrónicas previamente establecidas.
2. Depuración de las listas de espera en los casos donde existan registros de pacientes en la misma especialidad y del mismo procedimiento quirúrgico o diagnóstico. Identificando siempre la lateralidad de los mismos cuando fuese del caso necesario.
3. Programación en forma progresiva por al menos 6 semanas continuas, asegurando la asignación de fechas de atención a la población en lista.
4. Resolución de casos más antiguos electivos provenientes de la consulta externa inicialmente, con excepción de aquellos en donde una patología cardiovascular u oncológica se encuentre presente.
5. Atención prioritaria de aquellos pacientes que padecen patología oncológica o cardiovascular, incluyéndolos en la lista, pero ofreciendo una atención más oportuna en relación con el total de pacientes en la lista.
6. Medición, análisis y acciones de mejora para que los quirófanos sean abiertos en el primer turno laboral logren ser aplicado la utilización de quirófanos, sea de 5 horas efectivas por quirófano abierto.
7. Atender de manera prioritaria en el orden de antigüedad aquellos pacientes en donde se registren plazos superiores a un año en lo corresponde a patología biliar (colecistectomía) y hernias. (Especialidad Cirugía General)
8. Aplicación de guías de gestión de consulta externa oficializada en julio 2013 y actualizada en febrero 2014, misma que se dimensiona como uno de los abordajes iniciales para la atención de las listas de consulta externa y procedimientos.

Además, en el citado documento se indicó que:

“(...)

Así las cosas, se les solicita lo siguiente:

1. La aplicación de los lineamientos señalados en este oficio.
2. Informar sobre los integrantes actuales que conforman el equipo gestor de cada uno de sus establecimientos o Direcciones Regionales. (equipos que deben estar coordinados por al menos un médico con experiencia en administración de servicios de salud, un especialista en registros médicos con los perfiles previamente definidos y otro funcionario que tenga conocimiento en el uso de aplicaciones informáticas requeridas en el tema).
3. Nombramiento de **un funcionario** que velará por el cumplimiento de la programación de los pacientes con fecha de ingreso más antigua, la programación progresiva por 6 semanas y la utilización de 5 horas por quirófano abierto en el primer turno laboral. (remitir nombre y apellido, puesto que ocupa, perfil de plaza y superior jerárquico de quien depende).
4. Implementar mecanismos de control que aseguren que el cumplimiento de las actividades asignadas sea congruente con la ejecución de las mismas en las diferentes áreas de las listas de espera (cirugías, consulta externa y procedimientos). Asegurando así, el uso eficiente y eficaz de los recursos existentes...” (subrayado y resaltado pertenece al original).



Al respecto, la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló:

“(...) En relación con los grupos gestores de listas de espera, se sabe que están conformados por varios funcionarios encargados de supervisar y administrar estas listas en la mayoría de las unidades de salud. No es posible hablar de un único responsable como gestor de listas de espera, ya que esta función depende de la variabilidad local, así como del número de agendas y salas disponibles en cada establecimiento de salud. Aunque la normativa establece que debe existir la figura de un gestor, actualmente no se cuenta con un perfil definido para desempeñar esta tarea en la institución.

Desde una perspectiva de control interno, el grupo gestor debería contar con todos los recursos necesarios para gestionar las listas de espera de manera integral abarcando tanto en la jornada ordinaria como todos los servicios que participan en jornadas de producción dentro de la unidad. En cuanto a las acciones de control interno, desde la UTLE, consideramos que no se favorece el desarrollo óptimo del proyecto, si se concentra dentro del mismo servicio encargado de las jornadas de producción, la elaboración, la ejecución, la asignación de casos, la atención, la validación y revisión, tanto la producción como de la calidad de los procedimientos realizados. Por lo tanto, consideramos que, el grupo gestor de listas de espera debe desempeñar un rol activo en cualquier proyecto relacionado con la gestión de estas listas que se apruebe en el centro médico (...)”

Por su parte, el Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“Desconocía que existe un grupo gestor de lista de espera en este hospital, el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas ha tenido autonomía para gestionar la inclusión de proyectos, y controlar las listas de espera, tanto como proyecto UTLE como CUMCAS, nunca recibí instrucción por parte mis superiores directos que debía gestionar el abordaje de listas de espera a través de un grupo gestor local. De igual forma, cuando se han tenido que realizar consultas al respecto, se nos ha brindado indicaciones o pautas a seguir al respecto de parte de funcionarios que han estado involucrados a nivel superior, en dichos proyectos, por ejemplo, en su momento Dra. Ramírez, también Dr. Abarca.”

Lo descrito obedece a la carencia de actividades de coordinación y comunicación interna entre el Grupo Gestor de Listas de Espera y la Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, por cuanto se denota que incluso el Dr. Aldo Escoto Ruiz indicó desconocer la existencia de dicho grupo, además de evidenciar la necesidad de fortalecer las labores de supervisión por parte de la máxima autoridad del centro hospitalario.

Esta situación además de estar en contraposición del marco normativo, dado que no permite asegurar que el Equipo Gestor de Listas de Espera a nivel local esté desarrollando las actividades que le corresponden en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, lo cual a su vez podría afectar la atención oportuna de los pacientes que se encuentran a espera de sus procedimientos, además podría presentarse ausencia de criterios claros para priorizar casos urgentes o más críticos, lo que puede generar inequidad en el acceso a los servicios.

3.2. SOBRE EL MECANISMO DE IDENTIFICACIÓN, CONTROL Y DEPURACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS.

Se identificaron oportunidades de mejora en el mecanismo utilizado para identificar, controlar y depurar la lista de espera de pacientes pendientes de realización de mamografías, ultrasonidos, rayos x y densitometrías óseas.

En relación con este tema, la funcionaria Yeny Patricia Naranjo Segura, encargada de realizar el proceso de depuración de lista de espera en entrevista realizada el 26 de noviembre de 2024, indicó lo siguiente:



“La lista de espera se alimenta de EDUS, los primeros días de cada mes se toma la información de la parte de “Reportes EDUS” sacando los datos de las citas que se dieron durante todo el mes anterior. Es decir, se extrae la información que el asistente de REDES agenda en la ventanilla, se le da formato y se pega en la lista de espera de nuestro servicio. Esta lista contiene la información de las pacientes citadas en mamografía, ultrasonido, densitometría ósea y rayos X.

La herramienta utilizada para llevar la lista de espera de nuestro servicio es un documento de Excel, el cual se alimenta de los datos de las pacientes ingresadas en EDUS, por medio de “EDUS REPORTES”, se pasa a un Excel donde se le da el formato necesario para luego pasarla al documento oficial de Lista de Espera. Los primeros días de cada mes se depuran las citas con fecha del mes que acaba de terminar, estas citas pasan de ser “pendientes” a “resultas”, es decir, cambia el estado de la cita, pero nunca se borra ya que la lista de espera contiene datos estadísticos de todo lo citado desde el año 2018, esto para efectos de estadísticas del servicio. De igual forma cuando se adelantan pacientes para realización de ultrasonido, se les cambia el estado de la cita y pasan a ser resueltas ya que la paciente no sigue esperando el procedimiento si no que se le realiza por medio de los proyectos de lista de espera. La única forma de depuración de la lista de espera se basa en cambiar el “estado de cita de la paciente”, y esto se da porque ya se le realizó el estudio a la paciente o porque está repetida la cita, pero no existe ningún otro medio de control

La lista de espera tiene la información de todas las pacientes citadas, ya que como expliqué antes, cada mes se agregan las citas agendadas en EDUS. Cuando se pide información sobre el paciente con mayor antigüedad se toma la paciente en estado pendiente con la fecha más vieja en la casilla de “fecha de registro”, que es la fecha en que le otorgó la cita a la paciente”.

Al analizar la herramienta en formato Excel, denominada: “Lista de espera radiodiagnóstico”, se identificaron las siguientes debilidades (Para mayor detalle referirse al Anexo 1):

- **Lista de espera de mamografías.**

De un total de 45,980 registros de pacientes que se encontraron en lista de espera del 2018 a la fecha, correspondientes a procedimientos de mamografía, se identificaron las siguientes omisiones:

- En 43,085 registros (93.7%) no se indicó el nombre de la persona que realizó la mamografía.
- En 27,965 registros (60.8%) no se especificó la jornada (ordinaria-extraordinaria-modalidad excepcional de pago) en que se realizó el reporte o interpretación de la mamografía.
- En 27,990 registros (60.9%) no se señaló la fecha del reporte realizado.
- En 27,986 registros (60.9%) no se incluyó el nombre del médico que efectuó el reporte.

Además, en los registros de citas reprogramadas, el archivo no detalla con claridad la fecha en que se realizó la reprogramación.

- **Lista de espera de ultrasonidos, rayos x y densitometrías óseas.**

No se dispone de información sobre la persona que realizó el procedimiento, la jornada (ordinaria, extraordinaria o modalidad excepcional de pago) en la que se efectuó, la fecha en que se llevó a cabo. Además, no se detallan aspectos relacionados con la interpretación o el reporte de dichos procedimientos diagnósticos.

Aunado a lo anterior, la funcionaria Yeny Patricia Naranjo Segura ante la consulta efectuada en la entrevista efectuada el 26 de noviembre de 2024 referente a cuál era la fecha del ultrasonido o reporte de mamografía más antiguo en lista de espera, indicó que, *“la lista de espera se actualiza todos los meses por lo que al estar en el mes de noviembre de 2024, no puedo saber cuál era la paciente con mayor antigüedad en el mes de mayo y julio 2024”.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10, con respecto a la responsabilidad del sistema de control interno, dispone:

“Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

Asimismo, esa ley, en el artículo 16, estipula:

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

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo V Normas sobre sistemas de información, señala lo siguiente:

“5.1 Sistemas de información: *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información, los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas.”.*

Así mismo, las citadas normas en cuanto a la Calidad de la información señalan:

“5.6 Calidad de la información: *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.*

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

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

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

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“En el servicio quien tiene a cargo el control y la depuración de las listas de espera, es la compañera Jenny Naranjo, ella funge como enlace con el Servicio de Registros Médicos. Respecto al proceso que se realiza, se tiene que Registros Médicos facilita el listado de pacientes en espera de procedimiento, a partir de ello se alimenta una herramienta en formato Excel, donde se incluye información del paciente. Posteriormente, se consulta a los especialistas sobre la posibilidad de laborar jornadas de



producción, donde se detalla fecha, hora y cantidad de procedimientos a realizar, esto para estimar la cantidad de procedimientos que se realizarán en el proyecto de listas de espera.

Una vez definido lo anterior, mediante el equipo de apoyo administrativo se llaman por teléfono a los pacientes, a fin de otorgar nueva cita, cuando el paciente es atendido se excluye de las lista de espera, indicando que fue “resuelta” el caso de lista de espera. También se depura la lista cuando los usuarios señalan ya no tener interés en realizarse el procedimiento en el hospital, ante cambios en la residencia, que el procedimiento haya sido realizado en clínica privada, fallecimiento, se encuentran fuera del país, entre otros.

Es decir, tanto como cuando el procedimiento es realizado en el hospital o por alguna de las causas antes mencionadas, es que se depura la lista de espera. Con respecto a la mayor antigüedad en la lista de espera, esto se controla mediante el hecho que cada proyecto determinado abarca fechas periódicas, es decir, que se “arrastran pacientes de tal fecha a tal fecha”. Se hace un corte y ya si se da un nuevo proyecto posteriormente, se arranca con los pacientes de fechas más antiguas del siguiente período a abarcar.”

Las debilidades en el mecanismo implementado para identificar, controlar y depurar la lista de espera de pacientes pendientes de procedimientos diagnósticos y/o lectura de resultados obedece a que esta labor se encuentra concentrada en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Adicionalmente, no existen procedimientos claros ni mecanismos de supervisión ejercida y recibida para asegurar la integridad, confiabilidad, trazabilidad y calidad de los datos referentes a las listas de espera que se lleva a cabo en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

Esta situación afecta la calidad de la información utilizada para la toma de decisiones, al no garantizar confiabilidad, oportunidad ni utilidad de los datos, siendo que esto limita la capacidad de determinar con precisión el estado y la antigüedad de los pacientes en lista de espera, además de omitir datos clave como el nombre del médico, la fecha de realización o la jornada del procedimiento. Asimismo, la falta de claridad en el manejo de citas reprogramadas incrementa el riesgo de inconsistencias, afecta la eficiencia operativa del servicio y dificulta el cumplimiento de los objetivos institucionales, impactando negativamente la gestión de las listas de espera y la atención ofrecida a los pacientes.

3.3. SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO NACIONAL DE ATENCIÓN OPORTUNA A LAS PERSONAS 2023 EN EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS DEL HOSPITAL DE LAS MUJERES.

Se evidenció que en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres se incluyó en el Proyecto Nacional de Atención Oportuna a las Personas, con la meta de realizar 7,200 ultrasonidos y 7,000 reportes de mamografías bajo la modalidad de jornadas de producción, durante el periodo de junio a diciembre de 2023, sin embargo, al cierre del proyecto, se realizaron 2,551 ultrasonidos (35.43 % de la meta), y 6,194 reportes de mamografías (88.48 % de lo esperado).

En ese sentido, de conformidad con la información observada en las herramientas “Evaluación mensual proyecto de interpretación de mamografías” y “Evaluación mensual proyecto de jornadas de producción en ultrasonidos”, se detallan a continuación los resultados mensuales:

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr**Cuadro 4****Cantidad de ultrasonidos y lecturas de mamografías realizadas en jornadas de producción Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres Junio – diciembre 2023**

Mes	Cantidad de Ultrasonidos realizados	Cantidad de lecturas de mamografías realizadas
Junio 2023	0	303
Julio 2023	365	2971
Agosto 2023	580	1135
Setiembre 2023	572	553
Octubre 2023	492	528
Noviembre 2023	392	704
Diciembre 2023	150	0
Total	2,551	6,194

Fuente: Elaboración propia con datos de los documentos "Evaluación mensual proyecto de jornadas de producción en ultrasonidos e interpretación de mamografías"

Aunado a lo anterior, es menester destacar que a abril 2023⁵, el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas tenía 4,846 ultrasonidos pendientes de realizar, sin embargo, al cierre del proyecto en diciembre de 2023, esta cifra se redujo a 2,143 procedimientos pendientes. Por otro lado, en cuanto a las lecturas de mamografías, se registraron 2,851 estudios pendientes de reporte a abril 2023, logrando eliminar completamente el rezago para noviembre de 2023, cuando ya no se reportaban pendientes en esta categoría.

Preocupa a esta Auditoría que el hospital de Las Mujeres se haya comprometido a realizar 7,200 ultrasonidos entre junio y diciembre de 2023, a pesar de que en el oficio DG-849-05-2023-2105, del 18 de mayo de 2023⁶ donde se solicitó la inclusión en el Proyecto Nacional de Atención Oportuna a las Personas, se había informado que, al 30 de abril de 2023, existían 4,846 procedimientos pendientes. Lo anterior, evidencia que el compromiso asumido y autorizado excedió el rezago real reportado de ultrasonidos. Una situación similar se observó en las lecturas de mamografías, donde al 30 de abril de 2023 se registraron 2,851 estudios pendientes, pero se autorizó la realización de 7,000 reportes. Aunque este rezago fue atendido completamente para noviembre de 2023, el compromiso asumido superó las necesidades inmediatas del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en cuanto a las lecturas de mamografía.

Por otra parte, es importante destacar que el costo para el abordaje de la lista de espera para la realización de ultrasonidos y lecturas de mamografías en el periodo comprendido entre junio y diciembre 2023, fue el siguiente:

Cuadro 5**Cantidad de ultrasonidos y lecturas de mamografías realizadas en jornadas de producción Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres Junio – diciembre 2023**

Mes	Ultrasonidos	Lectura de mamografías	Personal de apoyo	Total
Junio	₡ 3,998,601.31	₡ 1,503,970.80	₡ -	₡ 5,502,572.11
Julio	₡ -	₡ 14,746,855.60	₡ -	₡ 14,746,855.60
Agosto	₡ 4,249,663.84	₡ 5,633,686.00	₡ 1,983,010.16	₡ 11,866,360.00
Septiembre	₡ 5,000,000.00	₡ 2,800,000.00	₡ 2,400,000.00	₡ 10,200,000.00

⁵ Según oficio GM-AOP-0421-2023, del 12 de junio 2023.

⁶ Mediante oficio GM-AOP-0421-2023, del 12 de junio 2023, la Gerencia Médica autorizó la inclusión en el Plan Estratégico de Atención Oportuna a las Persona.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Mes	Ultrasonidos	Lectura de mamografías	Personal de apoyo	Total
Octubre	₡ 4,950,000.00	₡ 3,000,000.00	₡ 2,450,000.00	₡ 10,400,000.00
Noviembre	₡ 3,157,932.59	₡ 3,494,374.40	₡ 1,309,510.17	₡ 7,961,817.16
Diciembre	₡ 1,168,020.05	₡ -	₡ 630,958.96	₡ 1,798,979.01
Total	₡ 22,524,217.79	₡ 31,178,886.80	₡ 8,773,479.29	₡ 62,476,583.88

Fuente: Elaboración propia.

De lo anterior, se observó que el costo total para el abordaje de listas de espera entre junio y diciembre 2023, fue de ₡62,476,583.88.

La Ley General de Control Interno No. 8292, estipula que es deber del jerarca y titulares subordinados en cuanto al ambiente de control, entre otros, lo siguiente:

“(...) b) Desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado, orientados al logro de resultados y a la medición del desempeño, y que promuevan una actitud abierta hacia mecanismos y procesos que mejoren el sistema de control interno (...)”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.5.2 Gestión de proyectos, establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda (...)”

Las actividades de control que se adopten para tales efectos deben contemplar al menos los siguientes asuntos:

- a. La identificación de cada proyecto, con indicación de su nombre, sus objetivos y metas, recursos y las fechas de inicio y de terminación.*
- b. La designación de un responsable del proyecto con competencias idóneas para que ejecute las labores de planear, organizar, dirigir, controlar y documentar el proyecto.*
- c. La planificación, la supervisión y el control de avance del proyecto, considerando los costos financieros y los recursos utilizados, de lo cual debe informarse en los reportes periódicos correspondientes. Asimismo, la definición de las consecuencias de eventuales desviaciones, y la ejecución de las acciones pertinentes.***
- d. El establecimiento de un sistema de información confiable, oportuno, relevante y competente para dar seguimiento al proyecto.*
- e. La evaluación posterior, para analizar la efectividad del proyecto y retroalimentar esfuerzos futuros.”** (Negrita no pertenece al original)*

La Sra. Yeni Naranjo Segura, funcionaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista efectuada el 26 de noviembre de 2024, respecto al establecimiento de metas para las lecturas de mamografías por tomosíntesis y ultrasonidos en los proyectos de abordaje de listas de espera, indicó:

“Lo establece la jefatura del servicio, en el caso de lecturas de mamografías se toma en cuenta la estadística conforme a los meses que se va a abordar con los proyectos se hace un aproximado de la cantidad de estudios que se van a realizar durante esos meses y en el caso de ultrasonido se les pregunta a los médicos radiólogos cuántas pacientes aproximadamente pueden atender por semana y de ahí se hace un aproximado de la meta a realizar”.

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:



“Las metas de ultrasonidos no se cumplieron ya que, para ese proyecto en el 2023, sólo se disponía de un Radiólogo de 8 horas, otra de medio tiempo (4horas) y a mí persona como jefatura brindando apoyo entonces básicamente era un único Radiólogo haciendo jornadas de producción. Además, se promovió el proyecto entre radiólogos de otros centros médicos, sin embargo no hubo anuencia de participación de radiólogos externos. Es importante mencionar que la especialista que labora medio tiempo no estuvo anuente a laborar jornadas de producción en ese proyecto, ya que económicamente no le era beneficioso debido a la forma de pago basada en el porcentaje del salario base. Por otra parte, yo como jefatura no participé de manera muy activa puesto que tengo otras obligaciones y funciones personales.”

Respecto a las metas de cumplimiento de lecturas de mamografía, al haber sido pagadas por interpretación realizada, sí se contó con la participación de la Dra. Mirambell, quien labora 4 horas, así como con el Dr. García y mí persona, siendo que la producción para estas lecturas fue bastante alta en el proyecto. Además, el no cumplimiento de metas que se presenta en la ejecución de estas jornadas obedece en general a nivel institucional a situaciones como la poca afluencia a la realización de ese tiempo extraordinario por parte de los especialistas y ausencias de pacientes a las citas. Si bien cuando se realiza el compromiso de realizar jornadas de producción se tiene una expectativa, ya en la ejecución, el cansancio entre otros es un factor que influye en que los especialistas no continúen realizando estos procedimientos. Además, algunos profesionales optan por no llevar a cabo tiempo extraordinario institucional porque tienen compromisos con medicina privada, etc.

Respecto a la definición de las metas para la realización de ultrasonidos y lecturas de mamografías, obedece a la cantidad que se encuentra pendiente al momento de solicitar la inclusión del hospital en el proyecto de jornadas de producción, también se solicita un margen de procedimientos en virtud de los que se incluyen entre la solicitud y el aval de inclusión al proyecto, puesto que todos los días se solicitan citas para la realización de procedimientos.”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que, como aspecto de mejora, se destaca la importancia de una mejor planificación por parte de las unidades para determinar la cantidad de procedimientos que efectivamente pueden llevar en cada proyecto de jornadas de producción. Asimismo, señaló que el proceso de revisión y análisis realizado por la UTLE para la aprobación de estos proyectos podría ser optimizado, lo que contribuiría a una gestión más eficiente y efectiva de los recursos disponibles para el abordaje de las listas de espera.

Lo anterior obedece a la falta de planificación adecuada sobre el rezago existente en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, ya que al comprometerse con metas que excedían el número de procedimientos pendientes reportados (7,200 ultrasonidos ante a 4,846 pendientes, y 7,000 mamografías frente a 2,851 pendientes). Además, obedece a una débil supervisión ejercida a los procesos que ejecuta el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

La situación descrita generó ineficiencia en la ejecución del proyecto, lo cual denota un bajo cumplimiento de las metas en ultrasonidos (35.43%) y en la fijación de una meta desproporcionada para mamografías, a pesar de que el rezago en la lista de espera para este procedimiento fue atendido.

3.4. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PILOTO MODALIDAD DE PAGO EXCEPCIONAL POR RESULTADOS EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES.

El “Plan estratégico para la implementación modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas”, pretende atender la lista de espera de los estudios de imágenes médicas en todos los establecimientos de salud con capacidad instalada para ejecutarlo, mediante líneas de acción definidas



según el tipo de estudio demandado, como los ultrasonidos, las tomografías, los convencionales simples, las mamografías, y las resonancias.

Al respecto, producto del análisis efectuado a las acciones ejecutadas en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres para la implementación del plan piloto, se determinaron las siguientes debilidades:

3.4.1. SOBRE LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA Y LA CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS EN EL PLAN PILOTO DE RADIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES.

Se constató que, a mayo de 2024⁷, el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres reportaba 1,409 ultrasonidos pendientes de realización y 1,189 lecturas de mamografías por tomosíntesis. No obstante, la UTLE autorizó la inclusión de dicho servicio en el Plan Piloto de Radiología, estableciendo un compromiso para que, entre julio y diciembre de 2024⁸, se realizaran 2,330 ultrasonidos y 4,000 lecturas de mamografías. Este compromiso excede significativamente la cantidad de pacientes en espera para estos procedimientos, evidenciando una falta de alineación entre las metas establecidas y las necesidades reales del servicio.

De lo anterior, preocupa a esta Auditoría de que a pesar de que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas no alcanzó las metas establecidas en el Proyecto Estratégico de Atención Oportuna a las Personas concluido en 2023, la UTLE autorizó la inclusión del Hospital de Las Mujeres en el Plan Piloto de Radiología. En este marco, se asumió un nuevo compromiso para la realización de procedimientos que excede significativamente la cantidad real de pacientes registrados en lista de espera.

La Ley General de Control Interno No. 8292, estipula que es deber del jerarca y titulares subordinados en cuanto al ambiente de control, entre otros, lo siguiente:

“(...) b) Desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado, orientados al logro de resultados y a la medición del desempeño, y que promuevan una actitud abierta hacia mecanismos y procesos que mejoren el sistema de control interno (...)”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el apartado 4.5.2 Gestión de proyectos, establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda (...)”

Las actividades de control que se adopten para tales efectos deben contemplar al menos los siguientes asuntos:

- a. La identificación de cada proyecto, con indicación de su nombre, sus objetivos y metas, recursos y las fechas de inicio y de terminación.*
- b. La designación de un responsable del proyecto con competencias idóneas para que ejecute las labores de planear, organizar, dirigir, controlar y documentar el proyecto.*
- c. La planificación, la supervisión y el control de avance del proyecto, considerando los costos financieros y los recursos utilizados, de lo cual debe informarse en los reportes periódicos correspondientes. Asimismo, la definición de las consecuencias de eventuales desviaciones, y la ejecución de las acciones pertinentes.***
- d. El establecimiento de un sistema de información confiable, oportuno, relevante y competente para dar seguimiento al proyecto.*

⁷ De conformidad con el Plan estratégico para la implementación modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas-versión 1, mayo 2024.

⁸ Según oficio GM-AOP-0624-2024.



e. La evaluación posterior, para analizar la efectividad del proyecto y retroalimentar esfuerzos futuros.” (Negrita no pertenece al original)

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“Para la puesta en marcha del Plan Piloto de Radiología, se realizaron reuniones virtuales entre la comisión CUMCAS PIB y las jefaturas de Radiología de las diferentes unidades, sin embargo, formalmente no se recibió instrucción del plazo o antigüedad que debía tener el paciente en lista de espera para incluirlo en el Plan. Para establecer los plazos para incluir pacientes de lista de espera se arrancó con base en el período que seguía por incluir después del último proyecto UTLE.

En HMACE se ha acostumbrado que una vez que se realiza el ultrasonido o mamografía por parte de Radiología, los servicios de Ginecología, Oncología Quirúrgica, Clínica de Mamas y Áreas de Salud, cuentan de inmediato con el reporte de ambos procedimientos, según corresponda. Cabe resaltar que nuestra capacidad instalada no permite realizar interpretaciones de mamografía de manera usual en gran número durante la jornada ordinaria, ya que se prioriza la consulta presencial de los procedimientos de ultrasonidos de consulta externa, de hospitalización, mamografías de reporte prioritario o urgente, biopsias por ultrasonido y por mamografía, marcajes, histerosalpingografías, etc. En virtud de ello, y para realizar de forma oportuna los reportes de mamografía, las cuales se realizan por parte del personal técnico diariamente en gran volumen, se solicitó una vez más la inclusión de la interpretación de las mamografías en el Plan Piloto de Radiología. Esto ha coadyuvado en mejorar los plazos para el reporte y en la atención de las pacientes.”

El Dr. Randall Adrián Abarca Corrales, funcionario de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló:

“(…) La cantidad de procedimientos aprobados para las unidades que participan en proyectos de abordaje de listas de espera se determina en función de la capacidad instalada certificada por cada unidad, siendo que esta capacidad instalada considera la producción ordinaria, el número de citas que se programan mensualmente, cantidad de médicos especialistas y, con ello, se identifica la brecha existente para atender a los pacientes de forma oportuna. Es importante mencionar que cada unidad presenta una casuística particular, lo que hace inviable autorizar la misma cantidad de procedimientos para todas las unidades por igual.

El objetivo de las jornadas de producción es mitigar, en cierta medida, la insuficiencia de la producción ordinaria, contribuyendo a que los centros médicos puedan atender la creciente demanda. Aunque cada unidad define su capacidad máxima de procedimientos o lecturas mensuales en jornada ordinaria, y determinar la cantidad que podría realizar de manera extraordinaria.

La lista de espera presentada por la unidad a la UTLE al momento de solicitar su inclusión en el proyecto es la que se debe atender. Sin embargo, puede ocurrir que, entre el momento de la gestión de la solicitud y el desarrollo de la ejecución del proyecto, el número de pacientes en lista de espera haya aumentado. Por ello, se autoriza un rango mínimo y máximo de procedimientos a ejecutar, con el objetivo de contemplar y atender estos casos adicionales de manera efectiva (...)”

Asimismo, la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que, como aspecto de mejora, se destaca la importancia de una mejor planificación por parte de las unidades para determinar la cantidad de procedimientos que efectivamente pueden llevar en cada proyecto de jornadas de producción. Asimismo, señaló que el proceso de revisión y análisis realizado por la UTLE para la aprobación de estos proyectos podría ser optimizado, lo que contribuiría a una gestión más eficiente y efectiva de los recursos disponibles para el abordaje de las listas de espera.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La situación descrita obedece a debilidades en la planificación y gestión de proyectos, ante la falta de alineación entre las metas establecidas y las necesidades reales del servicio. Además, se debe a que, para la inclusión en Plan Piloto de Radiología, no se consideró el desempeño previo del servicio en el Proyecto Estratégico de Atención Oportuna a las Personas de 2023, donde no se cumplieron las metas propuestas, lo que denota la ausencia mecanismos de evaluación y supervisión adecuados por parte de la UTLE y Dirección General del Hospital de Las Mujeres para garantizar la efectividad de los compromisos asumidos.

La autorización de compromisos que exceden las necesidades reales del servicio puede generar un uso ineficiente de los recursos disponibles y una pérdida de enfoque en las prioridades institucionales. Esto compromete la efectividad de los planes estratégicos destinados a reducir las listas de espera en la institución.

3.4.2. SOBRE LOS ACUERDOS VOLUNTARIOS DE PARTICIPACIÓN Y COMPROMISO.

Se constató que la cantidad de intervenciones acordadas entre la jefatura y los médicos especialistas del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, según lo consignado en el documento: “Acuerdo voluntario para compromiso de cumplimiento según el artículo 12 del Reglamento de la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas”, no se ajusta a la cantidad de procedimientos aprobados por la UTLE para ser ejecutados en el Plan Piloto de pago excepcional por resultados.

En ese sentido, al analizar los acuerdos voluntarios de los cuatro médicos especialistas en radiología que participan en la ejecución de este proyecto piloto de pago excepcional por resultados en el periodo comprendido entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2023, se observó lo siguiente:

Cuadro 6
Cantidad de procedimientos acordados para ser ejecutados en el Plan Piloto
Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres
Julio – diciembre 2024

Funcionario	Descripción y cantidad de intervenciones acordadas			Total procedimientos por funcionario
	Lectura de MMG con tomosíntesis	Ultrasonidos	Lectura de TAC	
R.G.A.	2,000	1,800	65	3,865
P.V.C.	360	0	0	360
M.M.S.	2,000	1,200	0	3,200
A.E.R.	2,000	720	65	2,785
Total según procedimiento	6,360	3,720	130	10,210

Fuente: Elaboración propia con datos de los acuerdos voluntarios de compromiso.

Según la tabla anterior, se observó que, en los documentos denominados: “Acuerdo voluntario para compromiso de cumplimiento según el artículo 12 del Reglamento de la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas”, se pactó con los médicos especialistas en radiología la realización de 6,360 lecturas de mamografías, sin embargo, la UTLE aprobó, mediante el oficio GM-AOP-0624-2024, del 03 de julio de 2024, la realización de 4,000 interpretaciones de mamografías con tomosíntesis, lo que implicó que 2,360 procedimientos pactados no contaran con el aval correspondiente. De igual forma, para la realización de ultrasonidos, aunque se autorizaron 2,330 intervenciones, se acordó con los especialistas la realización de 3,720 procedimientos, lo que resultó en 1,390 procedimientos adicionales que no fueron avalados.

El Reglamento para la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas, en el numeral 12, estipula:



“Artículo N° 12. —Sobre la suscripción de un acuerdo con el personal participante. Cuando se ejecute la modalidad de pago por resultados, el Director General del establecimiento de salud, debe suscribir un acuerdo con cada persona trabajadora que se acoja a la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas, donde entre otros aspectos, debe quedar claramente detallado para las partes, el pago respectivo por intervención sanitaria acordado para el colaborador, así como los compromisos de cumplimiento con calidad del trabajo a ejecutar siguiendo los parámetros establecidos por la Unidad Técnica de Listas de Espera, con base en su responsabilidad objetiva sobre las actividades que debe brindar (...).”

El “Acuerdo voluntario para compromiso de cumplimiento según el artículo 12 del Reglamento de la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas”, establece las siguientes cláusulas -en lo que interesa-:

“(...) PRIMERA: OBJETO:

Este convenio regula la relación de servicio entre LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (en adelante LA CAJA) y el TRABAJADOR PARTICIPANTE, con el fin de atender las disposiciones contenidas en el Reglamento de la modalidad de pago excepcional por resultados para la atención oportuna de las personas (...)

DECIMO QUINTA: SOBRE METAS Y RESULTADOS:

Con el fin de garantizar la atención de casos según la activación de la(s) alarma(as) especificadas en la siguiente tabla según las necesidades evidenciadas en el Hospital DE LAS MUEJRES DR ADOLFO CARIT EVA, los suscritos (...) y (...) acuerdan la ejecución de [cantidad de intervenciones a realizar en el plazo del proyecto] (...).”

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“(...) Los acuerdos firmados entre los especialistas y la jefatura fueron firmados al momento de solicitar la inclusión en el proyecto, se indicó un estimado de procedimientos que podrían realizar los colaboradores, sin embargo, al no disponer un aval a esa fecha, no se podía determinar la cantidad exacta. Esta situación es una debilidad de control interno, que sin duda debe ser ajustada (...).”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que:

“(...) Los acuerdos voluntarios de participación constituyen el contrato formalizado con los especialistas, en el cual se establece la cantidad de intervenciones o procedimientos que se comprometen a realizar durante el período de ejecución del proyecto de abordaje de listas de espera. Es fundamental que la información registrada en estos documentos sea precisa y se ajuste a la cantidad de procedimientos autorizados para la unidad, siendo que la veracidad y consistencia de esta información es clave para el cumplimiento de los objetivos del proyecto (...).”

La situación descrita se debe a debilidades en el control interno, específicamente en la falta de mecanismos que garanticen que los acuerdos voluntarios establecidos con los médicos especialistas se ajusten de manera estricta a las metas aprobadas por la UTLE para el Plan Piloto en ejecución.

La diferencia entre los procedimientos acordados con los médicos especialistas y los autorizados por la UTLE podría generar conflictos operativos al intentar ejecutar procedimientos que no cuentan con el aval correspondiente. Además, este desajuste puede provocar molestia o insatisfacción entre los médicos especialistas, quienes podrían considerar que los compromisos asumidos excedieron lo aprobado formalmente, reflejando una falta de coordinación y claridad en la gestión del proyecto, e incluso derivar en reclamos por la no ejecución de procedimientos previamente pactados.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

3.4.3. SOBRE LA AGENDA DE CITAS EN EDUS, INCLUSIÓN DE IMAGEN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ALTERADO ATENDIDOS EN EL PLAN PILOTO DE RADIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE LAS MUJERES.

Esta Auditoría Interna, con el objetivo de verificar las acciones realizadas por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el abordaje de pacientes atendidos bajo el marco del Plan Piloto de Radiología, analizó una muestra de 11 casos de pacientes con diagnóstico alterado en el ultrasonido de mama, con el propósito de corroborar el cumplimiento de lo dispuesto en la circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, en relación con la operativización del citado plan, verificando específicamente si a estos pacientes se les agendó la cita correspondiente, se incluyó la imagen del ultrasonido y su respectivo reporte en el sistema, y se les brindó el seguimiento médico adecuado tras el diagnóstico negativo.

Como resultado de la consulta realizada en el sistema EDUS-SIES, se evaluaron los aspectos mencionados para la muestra de 11 casos, determinándose lo siguiente:

Cuadro 7

**Cantidad de casos revisados respecto a la agenda, inclusión de imagen y seguimiento de pacientes con diagnóstico alterado atendidos en el Plan Piloto de Radiología.
Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres
Julio – diciembre 2024**

Fecha de atención	Hora	Cedula	BIRADS	Agenda cita	Procedimientos	Seguimiento al paciente	Observaciones
29/07/2024	04:00 pm	116190043	B-4a	Si	Se adjunta imagen	20/08/2024	Se observa anotación en cita del 31 de julio donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
29/07/2024	04:00 pm	302870722	B-4a	Si	Se adjunta imagen	05/08/2024	Se observa anotación en cita del 31 de julio donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
29/07/2024	04:00 pm	108360838	B-4a	Si	Se adjunta imagen	05/08/2024	Se observa anotación en cita del 31 de julio donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
29/07/2024	04:00 pm	301620151	B-2	Si	No se observan imágenes	Cita control (20/05/2025)	Se observa anotación en cita del 16 de agosto donde se transcribe el reporte del us. Se hace referencia a medicina rehabilitación (cita para 20-01-2025).
29/07/2024	04:00 pm	115190324	B-4a	Si	Se adjunta imagen	06/08/2024	Se observa anotación en cita del 31 de julio donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
19/08/2024	04:00 pm	118700465	B-4a	Si	Se adjunta imagen y reporte sin firma.	02/10/2024	Se observa anotación en cita del 11 de setiembre donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
19/08/2024	05:00 pm	109660778	B-4a	Si	Se adjunta imagen	02/09/2024	Se observa anotación en cita del 20 de agosto donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
19/09/2024	04:00 pm	113970160	B-4a	Si	No se observan imágenes	24/10/2024	Se observa anotación en cita del 25 de setiembre donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control
19/09/2024	04:00 pm	110480095	B-4a	Si	Se adjunta imagen	27/09/2024	Se observa anotación en cita del 25 de setiembre donde se transcribe el reporte del us y se coordina cita de control



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

19/09/2024	05:00 pm	110110880	B-4a	Si	No se observan imágenes	23/10/2024	No se observa nota médica administrativa de recepción del estudio
29/07/2024	3.45 pm	114360957	B-3	No	Se adjunta imagen	Cita control (12/02/2025)	Se observa anotación en cita del 31 de julio donde se transcribe el reporte del us realizado el 29-07-2024.

Fuente: Elaboración propia con datos recopilados en EDUS.

De lo anterior, se determinó que, en 3 de los 11 casos revisados, no se encontraron en el sistema EDUS las imágenes del ultrasonido de mama realizados por los médicos radiólogos. Asimismo, se identificó que únicamente uno de los pacientes no contaba con una cita programada previamente para la realización del ultrasonido. Por otro lado, se verificó que todos los pacientes con sospecha de malignidad (BIRADS B-4A) recibieron el seguimiento médico oportuno, mientras que a dos pacientes clasificados como casos de baja complejidad (BIRADS B-2 y B-3) se les asignaron citas de control con plazos de hasta seis meses.

La Circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, emitida el 28 de mayo de 2024 por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, exgerente médico, y la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, estableció lineamientos para la operativización del Plan Piloto de Radiología, siendo que para la etapa de ejecución se instruyó a las unidades participantes del plan lo siguiente:

“(...) -Sobre el control y seguimiento

(...) Para la ejecución del plan piloto aprobados, los establecimientos de salud deberán establecer una programación tentativa de las atenciones a brindar de manera semanal según horario y procedimientos a realizar durante el periodo que se plantea ejecutar o el periodo de ejecución establecido por la UTLE.

*Es necesario recalcar que todas las programaciones de este Plan Piloto deben quedar registradas en los sistemas de información SIAC y SIES bajo la variable: “**Proyecto Listas de Espera**”, por lo que, instamos a todos los responsables involucrados en este proceso a colaborar activamente y garantizar que los datos sean registrados de forma adecuada, según lo descrito anteriormente, para que cuando se requiera el análisis de la información, el AES pueda proporcionar con precisión los datos en tiempo y forma (...)*

-Sobre las responsabilidades y compromisos de los involucrados:

1.El establecimiento de salud seleccionado y las Direcciones de Redes Integradas en prestación de Servicios de Salud respectiva, si corresponde, deben garantizar el cumplimiento de las metas acordadas entre las partes y las aprobadas por UTLE, así como la adecuada planificación, tramitación, ejecución, seguimiento, evaluación y cancelación efectiva de montos presupuestarios a los funcionarios participantes (...)

4. De forma específica, se determinan las responsabilidades propias para el control y seguimiento del proyecto, por cada actor involucrado.

a.Médico especialista en Radiología e Imágenes Médicas:

I.La matriz de producción debe estar debidamente completada y entregada conforme a lo establecido en los puntos 2 y 3 del apartado anterior.

II.En caso de determinarse que un estudio amerite una intervención prioritaria deberá comunicarlo al gestor local de listas o encargado de plan piloto para el trámite y atención correspondiente.

b. Gestor local de lista o encargado de plan piloto:

I. Deberá verificar que la matriz de producción remitida por lo médicos especialistas debe estar debidamente completada y entregada conforme a lo establecido.

II. En caso de que, durante la revisión de matriz de la producción por radiólogo se evidencien casos urgentes, que requieran una respuesta inmediata o pronta de gestión clínica, deberá dar aviso al



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

director del establecimiento y/o jefatura de los servicios involucrados para dar la atención oportuna al usuario.

III. Deberá llevar un control estricto de las gestiones realizadas de los casos prioritarios en beneficio del paciente a través de la “herramienta de control y gestión estudios priorizados”

c. Directores y jefaturas de servicios involucrados:

I. Deberá cumplir con lo establecido en relación con la gestión, control y seguimientos del plan piloto según apartado anterior.

II. Gestionar a los pacientes urgentes que se informe por parte del gestor local de lista o gestor del plan piloto.

III. En caso de que, no se disponga de los recursos o la capacidad para la atención de estos casos prioritarios, deberán realizar las coordinaciones con DRIPSS para la atención de estos.

IV. Deberá llevar un control estricto de las gestiones realizadas en beneficio del paciente a través de las jefaturas de servicio o fuera de este con la evidencia de las coordinaciones realizadas inter o intra-red (...)

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“(...) Una vez citadas las pacientes de lista de espera de ultrasonidos, mediante llamada telefónica y aceptación de la cita, se llevan a cabo listados que se incluyen en la matriz que fue indicada por parte del proyecto CUMCAS. Cada especialista indica cuantas pacientes atenderá en cada jornada que se anota a su nombre, junto con fecha y hora de inicio. Las pacientes acuden a su cita, se verifica mediante documento de identidad, que es la usuaria a la que le corresponde la cita. Al momento que es llamada, se le realiza el procedimiento, el medico radiólogo lo efectúa, le va dictando el resultado a la secretaria asignada para acompañamiento, la cual va incluyendo al instante los reportes respectivos en el EDUS. Es decir, procedimiento realizado, procedimiento reportado en EDUS al instante. En estos casos, si aparece un caso con alguna patología de alerta, se le indica a la paciente que acuda prontamente al médico solicitante para su seguimiento y abordaje. También el medico ejecutor del procedimiento, se deja los datos de la paciente y puede proceder a notificar al médico solicitante, de lo encontrado en el estudio. En cuanto a las mamografías, estas de igual forma se leen, se pueden incluir en el EDUS al momento o puede que el profesional las incluya en tiempo diferido, anotando los hallazgos en borrador a mano en la boleta del estudio inicialmente y después transcribe el reporte en EDUS. Para lectura y reporte de mamografías usualmente el programa CUMCAS confiere el plazo de una semana para terminar el procedimiento de lectura reporte. Usualmente los casos que se interpretan de mamografía bajo CUMCAS son mamografías que no cuentan con clasificación BIRADS 4 ni 5, porque estos BIRADS son detectados al momento de la consulta, las técnicas en imágenes son muy expertas en detectar hallazgos sospechosos y llaman al radiólogo para constatar si un hallazgo es maligno, entonces estas mamografías se reportan con alta prioridad durante la jornada ordinaria. (...)”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que:

“(...) Las disposiciones emitidas para la implementación del Plan Piloto en Radiología, establecieron que era imprescindible registrar en los sistemas de información las citas de los pacientes que serían atendidos o un su efecto utilizar las herramientas facilitadas para la realización e interpretación de estudios, a fin de brindar una adecuada organización, trazabilidad y seguimiento de los procedimientos realizados, principalmente aquellos en los que se encuentren hallazgos patológicos que requieran priorización en la atención posterior del paciente, garantizando una atención pronta eficaz y oportuna (...)”

La situación descrita obedece a debilidades en los procesos internos de registro, supervisión y validación de la información en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Esto refleja una falta de control adecuado para



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

garantizar que los médicos radiólogos registren oportunamente los reportes en el sistema. Además, se debe a la centralización del proceso de abordaje de listas de espera en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, así como a la falta de supervisión efectiva a los procesos que se ejecutan para el abordaje de esas listas de espera.

Lo anterior, impacta negativamente la calidad y completitud de la información clínica registrada en el Expediente Único de Salud (EDUS), además, esta situación podría generar denuncias o quejas por parte de pacientes, ya que los médicos especialistas no tendrían acceso a la información necesaria para brindar una atención adecuada y oportuna. Además, la falta de programación oportuna de citas contraviene lo dispuesto en la circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, la cual establece la obligación de programar en el EDUS las citas para la realización de estos procedimientos.

3.4.4. SOBRE LOS TIEMPOS EJECUTADOS EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

Se constató que las lecturas de mamografías por tomosíntesis y los ultrasonidos realizados como parte del *Plan Piloto de la modalidad de pago excepcional por resultados en la especialidad de Radiología e Imágenes Médicas* en el Hospital de las Mujeres se llevaron a cabo en un tiempo menor al estimado por procedimiento.

En este contexto, esta Auditoría Interna analizó una muestra de 27 días, correspondientes a los *Reportes de Tiempo Extraordinario* tramitados a los médicos especialistas en Radiología que participaron en jornadas de producción bajo la metodología CUMCAS-PIB entre julio y septiembre de 2024.

Como parte de este análisis, se consideró lo establecido por la Junta Directiva de la Institución, mediante la sesión No. 9433 celebrada el 8 de abril de 2024, respecto a los montos definidos para el pago excepcional por resultados en Radiología:

- **Lectura de mamografía por tomosíntesis:** ₡12,200, con una estimación de **20 minutos** por lectura.
- **Ultrasonidos de mama, vías urinarias, tejidos blandos y cuello:** ₡12,300, considerando un tiempo promedio de **20 minutos** por procedimiento.
- **Ultrasonido de abdomen completo:** ₡15,300, con un tiempo estimado de **25 minutos** por procedimiento.

El análisis de los tiempos promedio registrados en la muestra de los 27 días permitió identificar lo siguiente (para mayor detalle referirse al Anexo 2):

Cuadro 8

Cantidad de procedimientos efectuados por día y tiempo promedio empleado para cada lectura de mamografía por tomosíntesis y ultrasonidos en el Plan Piloto de Radiología Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres Julio – setiembre 2024

Funcionario	Día/Mes	Procedimiento	Cantidad de procedimientos realizados	Horario laborado	Monto devengado por día	Observaciones
A.E.R.	28/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	98	De 10am a 4pm (6 horas)	₡1,195,600.00	En promedio destinó 3,67 minutos para cada lectura.
R.G.A.	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	122	De 9am a 6pm (9 horas)	₡1,488,400.00	En promedio destinó 4,42 minutos para cada lectura.
R.G.A.	28/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	215	De 9am a 6pm (9 horas)	₡2,623,000.00	En promedio destinó 2,51 minutos para cada lectura.
R.G.A.	30/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	77	De 4pm a 10pm (6 horas)	₡ 939,400.00	En promedio destinó 4,68 minutos para cada lectura.
R.G.A.	31/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	77	De 4pm a 10pm (6 horas)	₡ 939,400.00	En promedio destinó 4,68 minutos para cada lectura.
M.M.S.	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	198	De 9am a 10pm (13 horas)	₡2,415,600.00	En promedio destinó 3,94 minutos para cada lectura.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

Funcionario	Día/Mes	Procedimiento	Cantidad de procedimientos realizados	Horario laborado	Monto devengado por día	Observaciones
P.V.C.	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	29	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 353,800.00	En promedio destinó 10,34 minutos para cada lectura.
P.V.C.	31/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	31	De 4pm a 9pm (5 horas)	₡ 378,200.00	En promedio destinó 9,68 minutos para cada lectura.
R.G.A.	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	227	De 9am a 9pm (12 horas)	₡ ,769,400.00	En promedio destinó 3,17 minutos para cada lectura.
P.V.C.	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	60	De 9am a 4pm (7 horas)	₡ 732,000.00	En promedio destinó 7 minutos para cada lectura.
M.M.S.	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	247	De 9am a 9pm (12 horas)	₡3,013,400.00	En promedio destinó 2,91 minutos para cada lectura.
M.M.S.	24/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	246	De 9am a 9pm (12 horas)	₡3,001,200.00	En promedio destinó 2,93 minutos para cada lectura.
M.M.S.	31/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	199	De 9am a 3pm (6 horas)	₡2,427,800.00	En promedio destinó 1,81 minutos para cada lectura.
P.V.C.	07/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	30	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 366,000.00	En promedio destinó 10 minutos para cada lectura.
P.V.C.	08/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	30	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 366,000.00	En promedio destinó 10 minutos para cada lectura.
M.M.S.	05/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	93	De 9am a 2pm (5 horas)	₡1,134,600.00	En promedio destinó 3,23 minutos para cada lectura.
M.M.S.	07/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	93	De 9am a 2pm (5 horas)	₡1,134,600.00	En promedio destinó 3,23 minutos para cada lectura.
M.M.S.	19/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	80	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 976,000.00	En promedio destinó 3,75 minutos para cada lectura.
M.M.S.	20/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	80	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 976,000.00	En promedio destinó 3,75 minutos para cada lectura.
M.M.S.	21/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	81	De 9am a 2pm (5 horas)	₡ 988,200.00	En promedio destinó 3,70 minutos para cada lectura.
M.M.S.	27/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	₡1,037,000.00	En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
M.M.S.	28/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	₡1,037,000.00	En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
M.M.S.	29/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	₡1,037,000.00	En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
A.E.R.	22/08/2024	Ultrasonidos de mama	24	De 4pm a 8pm (4 horas)	₡ 295,200.00	En promedio destinó 10 minutos para cada US*.
R.G.A.	29/07/2024	Ultrasonidos de mama	32	De 4pm a 8pm (4 horas)	₡ 393,600.00	En promedio destinó 7.30 minutos para cada US.
M.M.S.	05/08/2024	Ultrasonidos de mama	30	De 4pm a 8pm (4 horas)	₡ 369,000.00	En promedio destinó 8 minutos para cada US.
M.M.S.	29/07/2024	Ultrasonidos de mama	28	De 4pm a 8pm (4 horas)	₡ 344,400.00	En promedio destinó 8,57 minutos para cada US

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de los Reportes de Tiempo Extraordinario.

*Us= Ultrasonido

De lo anterior, se tiene que las lecturas de mamografías por tomosíntesis y los ultrasonidos realizados durante las jornadas de producción bajo la metodología CUMCAS-PIB se ejecutaron en un tiempo inferior al estimado por procedimiento, según los parámetros avalados por la Junta Directiva de la Institución. En ese sentido, mientras que los tiempos estándar definidos son de 20 minutos para lecturas de mamografías por tomosíntesis y ultrasonidos de mama, el análisis reveló tiempos promedio por procedimiento que van desde **1,81 minutos** hasta **10 minutos** en el caso de las lecturas de mamografías y de **7,3 minutos** hasta **10 minutos** en los ultrasonidos de mama. Esto evidencia una discrepancia significativa entre los tiempos estimados y los tiempos reales empleados

El documento denominado "Metodología CUMCAS-PIB para la estimación de las modalidades de pago por resultados en la CCSS sobre el recurso humano considerado crítico para la prestación continua y sostenible de servicios de salud - Versión 1.3" respecto a la metodología de cálculo señala:



“(...) 4. Sobre la metodología para el cálculo del CUMCAS-PIB/RRHH en la CCSS aplicable a un modelo de pago por resultados

El Costo Unitario Máximo para Atención en Salud basado en el PIB del país, aplicable en este caso a Recurso Humano (CUMCAS-PIB/Recurso Humano) es un indicador financiero compuesto derivado del PIB Per cápita anual del país, que se ajusta por el porcentaje de gasto en salud, el porcentaje de cobertura universal de la organización prestataria del servicio público de atención en salud, el indicador de valor agregado bruto estimado por OCDE para Costa Rica, el porcentaje de gasto anual de la organización en la cobertura de gastos derivados de remuneraciones del recurso humano contratado, la población cubierta con el seguro e los indicadores de resultados de atención en salud directa de la organización comparados con indicadores estandarizados de países miembros de la OCDE.

El indicador establece un costo de inversión máximo que equivale al costo mayor por minuto que la organización podría pagar al perfil de colaborador más alto de la organización que ejecuta una tarea de complejidad baja en una jornada ordinaria.

A partir de este monto por minuto se hace un ajuste con los siguientes factores: jornada, complejidad y tiempo de la intervención (...)

4.1.4. Ajustes derivados del tiempo invertido en cada intervención en salud

*Para garantizar una aplicabilidad transparente del modelo, se ha propuesto utilizar el estudio realizado por el Área de Estadísticas en Salud de la CCSS (2019), denominado “Tiempos Medios Quirúrgicos según tablas de destajo” a través del cual **se estimaron los tiempos promedio de la mayor parte de las intervenciones de salud propuestas para el modelo de pago por resultados**. Para efectos de presentar un ejemplo de su aplicabilidad se muestran los siguientes ejemplos para la estimación de costos de producción por unidad con base en el modelo económico supra suscrito, priorizando los servicios de consulta externa especializada, procedimientos de gastroenterología, radiología y ecocardiografía, así como para los procedimientos quirúrgicos de ortopedia, cirugía general y oftalmología, con base en la Ruta para avanzar en la gestión de listas de espera y recurso humano definida por medio del acuerdo N° 47, Sesión N° 9337 del 25 de mayo de 2023 (...)* Destacado no pertenece al original.

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que:

“(...) Para la definición de los costos de cada procedimiento en el Plan Piloto, se consideraron diversas variables, incluyendo el tiempo estimado necesario para cada intervención, adicional a la complejidad del procedimiento por realizar, por lo que se espera que el tiempo real de ejecución sea similar al estimado. Al concluir el Plan Piloto, será fundamental analizar el tiempo promedio empleado en cada procedimiento, con el propósito de evaluar si es necesario ajustar esta variable y, consecuentemente, los costos asociados. Cabe destacar que el reglamento vigente señala que los costos sean revisados anualmente por las gerencias involucradas y la unidad técnica de listas de espera (...)”

La ejecución de procedimientos en tiempos inferiores a los estimados, como parte del Plan Piloto de la modalidad de pago excepcional por resultados en Radiología, podría deberse a la ausencia de estudios técnicos rigurosos que respalden la estimación de tiempos requeridos para cada lectura de mamografía y ultrasonido. Esta situación también podría estar asociada a una falta de actualización en los parámetros utilizados para definir los estándares de tiempo, así como a la carencia de un monitoreo continuo que permita ajustar dichas estimaciones en función de la experiencia y el desempeño real de los especialistas.

La situación descrita podría derivar en un uso inadecuado de los recursos financieros asignados para el abordaje de la lista de espera en la institución, ya que el costo definido bajo la Metodología CUMCAS por procedimiento radiológico se basó en un tiempo estimado que resulta superior al tiempo real empleado, lo que sugiere que el costo establecido por procedimiento podría estar sobreestimado. Además, la elevada cantidad de procedimientos



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

realizados en tiempos significativamente menores podría comprometer la calidad de los resultados, ya que priorizar la productividad podría afectar la precisión y rigurosidad en la ejecución de los procedimientos diagnósticos.

3.4.5. SOBRE LA CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN RELATIVA A LA PRODUCTIVIDAD EN LAS JORNADAS DE PRODUCCIÓN DEL PLAN PILOTO DE RADIOLOGÍA.

Se identificaron diferencias en la productividad reportada en los documentos: “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología”, “Plantilla Detalle de Remuneraciones”, “Reporte de Tiempo Extraordinario”, y en la información registrada en el sistema EDUS-SIES, lo que no garantiza la calidad y consistencia de la información relacionada con la cantidad de procedimientos efectivamente realizados por los médicos radiólogos del Hospital de las Mujeres durante las jornadas de producción del Plan Piloto de Radiología.

Como resultado del análisis efectuado a una muestra de 18 días en los que se realizaron ultrasonidos, se identificaron inconsistencias en la productividad reportada en 13 días, correspondientes al periodo de julio a septiembre de 2024 (para mayor detalle, referirse al Anexo 3), tal como se expone a continuación:

Cuadro 9
Productividad reportada en la ejecución de ultrasonidos en el Plan Piloto de Radiología
Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, hospital de Las Mujeres
Julio – setiembre 2024

Nombre	Reporte de tiempo extraordinario			Plantilla detalle de remuneraciones		Herramienta de Producción del Servicio de Radiología		EDUS-SIES ⁹	
	No. Reporte	Fecha	Cantidad*	Fecha	Cantidad*	Fecha	Cantidad*	Fecha	Cantidad*
M.M.S.	1965835-2024	29/07/24	28	29/07/24	28	29/07/24	26	29/07/24	28
R.G.A.	1965823-2024	29/07/24	32	29/07/24	32	29/07/24	32	29/07/24	34
R.G.A.	1965823-2024	31/07/24	36	31/07/24	36	31/07/24	66	31/07/24	37
M.M.S.	1994449-2024	19/08/24	31	19/08/24	31	19/08/24	66	19/08/24	31
M.M.S.	2051459-2024	09/09/24	33	09/09/24	33	09/09/24	33	09/09/24	28
M.M.S.	2051459-2024	18/09/24	32	18/09/24	32	18/09/24	32	18/09/24	30
R.G.A.	2051463-2024	19/09/24	30	18/09/24	30	19/09/24	30	19/09/24	30
A.E.R.	2051460-2024	23/09/24	22	23/09/24	22	23/09/24	22	23/09/24	9
R.G.A.	2051463-2024	24/09/24	30	24/09/24	30	24/09/24	30	24/09/24	29
M.M.S.	2051459-2024	25/09/24	22	25/09/24	22	25/09/24	22	25/09/24	21
R.G.A.	2051463-2024	26/09/24	32	26/09/24	32	26/09/24	32	26/09/24	31
R.G.A.	2051463-2024	27/09/24	31	27/09/24	31	27/09/24	31	27/09/24	10
A.E.R.	1994484-2024	28/08/24	24	28/08/24	24	28/08/24	22	28/08/24	23

Fuente: Elaboración propia.

*Corresponde a la cantidad de procedimientos reportados como realizados.

Al analizar las cantidades de procedimientos reportados en las herramientas “Reporte de Tiempo Extraordinario”, “Plantilla Detalle de Remuneraciones”, “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología”, y “EDUS-SIES”, se identificaron diferencias: en EDUS-SIES presenta inconsistencias en 10 de los 13 registros revisados, reportando cantidades menores en varios casos. Por ejemplo, el 23 de setiembre de 2024, mientras las otras herramientas registran 22 ultrasonidos, en EDUS-SIES se refleja solo 9. De manera similar, el 27 de setiembre de 2024 se reportan 31 procedimientos en las demás herramientas, pero EDUS-SIES indica solo 10 ultrasonidos. Lo anterior refleja, que la inclusión de la productividad en el sistema EDUS-SIES no se realiza de forma adecuada.

⁹ Considera la productividad incluida en el sistema de 4pm a 8pm.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Así mismo, se observó en la Herramienta de Producción del Servicio de Radiología que, en tres casos, se registraron cantidades superiores a las indicadas en las otras herramientas. Por ejemplo, el 31 de julio y el 19 de agosto se reportaron 66 procedimientos, mientras que las otras herramientas reflejaron 36 y 31 ultrasonidos, respectivamente. Por otro lado, se determinó que las cantidades de ultrasonidos registradas en el “Reporte de Tiempo Extraordinario” y la “Plantilla Detalle de Remuneraciones” son consistentes entre sí en todos los registros analizados; sin embargo, se identificó una discrepancia en la fecha correspondiente al 19 de septiembre de 2024, donde ambas herramientas no coinciden.

Por otra parte, producto del análisis efectuado a una muestra de días en los que se realizaron lecturas de mamografías por tomosíntesis, se identificaron inconsistencias en la productividad reportada en las herramientas “Reporte de Tiempo Extraordinario”, “Plantilla Detalle de Remuneraciones” y “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología”, en el periodo de julio a septiembre de 2024 (para mayor detalle, referirse al Anexo 4):

- En el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 1965880-2024, se indicó que la Dra. M.M.S. realizó 198 lecturas de mamografías el 27 de julio de 2024, sin embargo, las herramientas “Plantilla Detalle de Remuneraciones” y “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología” señalaron que dichas lecturas se llevaron a cabo el 29 de julio de 2024.
- En el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 1965917-2024, se reportó que la Dra. P.V.C. realizó 27 lecturas de mamografías el 27 de julio de 2024. No obstante, las herramientas “Plantilla Detalle de Remuneraciones” y “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología” indicaron que estas lecturas se efectuaron el 22 de julio de 2024. Una discrepancia similar ocurrió el 31 de julio de 2024, cuando el Reporte de Tiempo Extraordinario registró 31 lecturas, mientras que las otras herramientas las asignaron al 29 de julio de 2024.
- Según el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 1965945-2024, el Dr. R.G.A. realizó 122 lecturas el 27 de julio, 215 lecturas el 28 de julio, 77 lecturas el 30 de julio, y otras 77 lecturas el 31 de julio de 2024. Sin embargo, en la Plantilla Detalle de Remuneraciones, se consignaron 244 lecturas el 22 de julio y 247 lecturas el 29 de julio. Por su parte, la Herramienta de Producción del Servicio de Radiología reportó 32 lecturas el 29 de julio, 244 lecturas el 22 de julio, y 331 lecturas el 31 de julio. Lo anterior denota falta de concordancia entre las fechas y cantidades indicadas en las herramientas y el reporte de tiempo extraordinario.
- En el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 1994342-2024, se indicó que la Dra. P.V.C. realizó 60 lecturas de mamografías el 10 de agosto de 2024, sin embargo, las herramientas “Plantilla Detalle de Remuneraciones” y “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología” señalaron que estas lecturas se efectuaron el 5 de agosto de 2024.
- En el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 1994373-2024, se registró que el Dr. R.G.A. realizó 227 lecturas de mamografías el 10 de agosto de 2024. No obstante, en la Plantilla Detalle de Remuneraciones se asignaron estas lecturas al 5 de agosto de 2024, mientras que en la Herramienta de Producción del Servicio de Radiología se consignaron al 19 de agosto de 2024.
- En el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 2050567-2024, se reportó que la Dra. P.V.C. realizó 30 lecturas el 7 de septiembre de 2024 y otras 30 lecturas el 8 de septiembre de 2024. Sin embargo, tanto la Plantilla Detalle de Remuneraciones como la Herramienta de Producción del Servicio de Radiología indicaron que estas 60 lecturas se efectuaron el 2 de septiembre de 2024.
- Finalmente, en el Reporte de Tiempo Extraordinario No. 2050577-2024, se reportó que la Dra. M.M.S. realizó 93 lecturas el 5 de septiembre de 2024, 93 lecturas el 7 de septiembre, 80 lecturas el 19 de septiembre, 80 lecturas el 20 de septiembre, 81 lecturas el 21 de septiembre, y 85 lecturas cada día el



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

27, 28 y 29 de septiembre de 2024. Sin embargo, en la Plantilla Detalle de Remuneraciones y la Herramienta de Producción del Servicio de Radiología, estas lecturas fueron consolidadas en 186 lecturas el 2 de septiembre de 2024, 241 lecturas el 16 de septiembre, y 255 lecturas el 23 de septiembre de 2024.

Estas diferencias reflejan la falta de integración entre las herramientas y la ausencia de un proceso efectivo para validar los datos entre las distintas herramientas, lo que pone en duda la consistencia de la información sobre la productividad real de los médicos radiólogos.

La Circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, emitida el 28 de mayo de 2024 por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, exgerente médico, y la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, estableció lineamientos para la operativización del Plan Piloto de Radiología, siendo que, para la etapa de ejecución y pago, se instruyó a las unidades participantes del plan lo siguiente:

“(...) -Sobre el control y seguimiento

(...) 2. La jefatura de servicio o quien este designe deberá realizar el llenado de la Herramienta Distribución de Ordenes de Trabajo específicamente en la hoja 1 del excel “Matriz de generación de órdenes de trabajo”, para la distribución de los estudios a ejecutar, en el que se van a ingresar la cantidad de: Estudios pendientes de reporte, estudios prioritarios, registros más antiguos según los registros que maneje el establecimiento de salud; excluyendo los registros que pertenezcan al año de ejecución. Estos estudios se distribuirán conforme a la capacidad resolutive en consenso a lo acordado en el “Acuerdo voluntario de participación y compromiso” (...)

4. Conforme se vaya realizando la atención de los procedimientos y el registro de estos en los sistemas de información (EDUS), el médico especialista en radiología e imágenes médicas deberá completar “Hojas de Distribución por médico” brindada de manera impresa, donde debe indicar, si corresponde, si el estudio es: oncológico, no oncológico o debe repetirse o complementarse.

5. Al término del día laborado en la modalidad, el médico especialista en radiología e imágenes médicas deberá verificar que la “Hojas de Distribución por médico” se encuentre debidamente llena y firmada.

6. El radiólogo participante deberá, semanalmente, trasladar las “Hojas de Distribución por médico” debidamente completas y firmadas al gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto, para que verifique y consolide la información de todos los médicos especialistas participantes en la modalidad de pago excepcional por resultados.

7. Con la información recolectada de las “Hojas de Distribución por médico”, el funcionario designado para tal fin deberá ingresar la información en la hoja 1 (Herramienta de Producción Servicio de Radiología) de la Herramienta “Control de producción”, esta contiene en total 4 hojas de Excel. De forma automática, la hoja 2 y siguientes, se cargan con la información ingresada en la hoja 1, lo que al final del mes generará el informe mensual de la producción realizada por cada radiólogo participante. Se debe mencionar que el llenado de la hoja 1 de la “Control de producción”, también puede ser completada por parte del mismo médico especialista en radiología que atiende o interpreta el estudio, con lo cual se garantizará disminuir el riesgo en el registro erróneo de datos y que puedan conllevar a pagos improcedentes o pagos atrasados.

8. El gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto deberá remitir al jefe de Servicio las Hojas de control de producción- Informe por radiólogo.

9. La Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas deberá verificar la veracidad de la información contenida en las herramientas y que todas sean sea congruente.

10. La Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas procederá a firmar el “Informe de gestión” y posterior trasladar al gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto (...)

-Sobre la forma de pago



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

1. Con relación a la forma y trámite de Pago, las acciones a realizar quedan supeditadas a lo establecido en los artículos N°13 y 14 del Reglamento para la Modalidad de Pago Excepcional por Resultados para la Atención Oportuna de las Personas, siguiendo lo instruido en Flujograma Pago por resultados:

a. Firmado el Informe de producción por especialista el gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto remitirá a la Oficina de Gestión de Personal del establecimiento de Salud para que realicen los movimientos de personal para la gestión del pago respectivo (...) destacado

La Sra. Yeni Naranjo Segura, funcionaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista efectuada el 26 de noviembre de 2024, indicó:

“Las 3 herramientas deberían coincidir, ya que el trámite de pago se da de la siguiente forma: el médico radiólogo entrega la “Herramienta de producción”, que es donde indica cuántos estudios realizó y cuál es el costo establecido para cada uno, de ahí se toma la información para llenar la “Plantilla detalle de gasto” que es la que se envía a la Unidad de Listas de Espera para autorizar el dinero que se debe girar para el pago y el “Reporte de pago de tiempo extraordinario se hace en base a estos mismos datos para hacerla llegar a Recursos Humanos de nuestro hospital y hacer efectivo el pago correspondiente. Si hay alguna falta de concordancia probablemente es por algún error humano a la hora de la revisión y digitar alguna de las planillas mencionadas”.

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“(...) La producción real y efectiva de la lista de ultrasonidos es verificada con la herramienta o matriz que se completa con los datos de las pacientes que acudieron a la cita (pacientes ausentes no se incluyen), por lo tanto el listado con las pacientes presentes y atendidas, se pasa la información a Registros Médicos para la depuración y a la oficina de Jefatura de Radiología y la secretaria de radiología, para enviar la verificación de esos listados a RRHH y Presupuesto para los tramites que corresponden en dichas oficinas. La producción va rotulada con el especialista designado en la jornada que le correspondió efectuar. En cuanto a los listados de mamografías a reportar, no hay ausentismo, porque las mamografías efectuadas están el CODISA (PACS institucional de almacenaje de imágenes) y cada boleta de mamografía cuenta con las imágenes a reportar. Igual estos listados con mamografías reportadas según profesional designado, las matrices se envían a Registros médicos para depurar y luego a RRHH y Presupuesto para asuntos de pagos. (...)”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que:

“(...) es esencial que los procedimientos realizados en el marco del Plan Piloto de Radiología incluyan el correspondiente reporte y su integración en los sistemas de información, para garantizar una gestión adecuada de los datos y trazabilidad de los resultados (...)”

Las diferencias en la información de productividad reportada en las herramientas utilizadas para el Plan Piloto de Radiología reflejan la ausencia de controles efectivos en el proceso de gestión de listas de espera en el Hospital de Las Mujeres, el cual se encuentra centralizado en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas sin una supervisión adecuada de los registros y reportes generados, lo cual debilita el Sistema de Control Interno al no garantizar la confiabilidad de la información. Además, la situación expuesta obedece a la falta de validación cruzada y monitoreo entre las herramientas “Reporte de Tiempo Extraordinario”, “Plantilla Detalle de Remuneraciones”, “Herramienta de Producción del Servicio de Radiología”, y “EDUS-SIES” ha permitido discrepancias significativas en las fechas y cantidades reportadas.

Estas inconsistencias impactan directamente la calidad y confiabilidad de la información relacionada con la productividad real de los médicos radiólogos, generando riesgos de pagos improcedentes. Además, dificultan la



rendición de cuentas y el monitoreo efectivo del Plan Piloto de Radiología, comprometiendo la transparencia en la ejecución de las jornadas de producción y afectando la capacidad de garantizar que los recursos asignados se utilicen de manera eficiente y conforme a los lineamientos establecidos.

3.4.6. SOBRE LAS INCONSISTENCIAS EN EL REPORTE Y REMUNERACIÓN DE LAS JORNADAS DE PRODUCCIÓN BAJO LA METODOLOGÍA CUMCAS-PIB.

Esta Auditoría, revisó los reportes de tiempo extraordinario confeccionados a funcionarios que participaron en la ejecución de jornadas de producción bajo la Metodología CUMCAS-PIB, en el periodo comprendido entre julio y setiembre 2024 en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Resultado del análisis efectuado se identificaron las siguientes inconsistencias:

- El 31 de julio de 2024, al Dr. R.G.A. se le reportó la realización de lecturas de mamografía por tomosíntesis en el horario de 4:00 p.m. a 10:00 p.m. (Reporte 1965945-2024). Adicionalmente, el mismo día se le reportó la realización de ultrasonidos en el horario de 4:00 p.m. a 8:00 p.m. (Reporte 1965823-2024). Esta situación evidencia una **superposición horaria en la ejecución de ambos procedimientos entre las 4:00 p.m. y las 8:00 p.m.**
- En el mes de agosto de 2024, al Dr. R.G.A. se le reportó (Reporte 1994373-2024) la realización de 227 lecturas de mamografías por tomosíntesis. Por estas lecturas, se le canceló en la planilla salarial del 1° de noviembre de 2024 un monto de ₡2,792,100.00. Sin embargo, considerando que el costo establecido para cada lectura de mamografía por tomosíntesis es de ₡12,200.00, el monto correcto a pagar debió ser de ₡2769,400.00, lo que resultó en un pago en exceso de **₡22,700.00.**

Aunado a lo anterior, se revisó una muestra de 4 archivos denominados "*Herramienta de Producción del Servicio de Radiología*" y "*Plantilla detalle de remuneraciones*", con el propósito de verificar si la cantidad de procedimientos reportados para pago corresponde con los registros de pacientes atendidos consignados en dichas herramientas. Como resultado del análisis efectuado, se identificaron las siguientes inconsistencias:

- Mediante el reporte No. 1965823-2024, se indicó que el Dr. R.G.A. realizó en julio de 2024 un total de 68 ultrasonidos (32 el 29 de julio y 36 el 31 de julio), por un monto total de ₡836,400.00, remunerado como tiempo extraordinario el 18 de octubre de 2024. Sin embargo, al revisar la "*Herramienta de Producción del Servicio de Radiología*" correspondiente al día 29 de julio de 2024, se identificó lo siguiente:
 - ✓ **29 de julio de 2024:** Según la herramienta de producción, el Dr. R.G.A. realizó 31 ultrasonidos (2 de cuello, 27 de mama y 2 de vías urinarias) con un costo unitario de ₡12,300.00, además de 1 ultrasonido de abdomen completo con un costo de ₡15,300.00. El monto total que debió remunerarse para ese día fue de ₡396,600.00. Sin embargo, en el reporte No. 1965823-2024 y en la "*Plantilla detalle de remuneraciones*", se registraron y cancelaron 32 ultrasonidos a un costo unitario de ₡12,300.00 cada uno, lo que representa un posible pago de menos por ₡3,000.00.
- En la "*Plantilla detalle de remuneraciones*" del mes de agosto 2024, se indicó que la Dra. M.M.S. realizó un total de 94 procedimientos: 7 ultrasonidos de abdomen completo (costo unitario de ₡15,300.00) y 87 ultrasonidos de mama (costo unitario de ₡12,300.00). El monto total que debió generarse para su remuneración es de ₡1,177,200.00; sin embargo, mediante el reporte No. 1994449-2024 se registró un pago de ₡1,156,200.00, lo que representaría un eventual pago de menos por ₡21,000.00.
- En el mes de septiembre de 2024, la "*Plantilla detalle de remuneraciones*" registró que la Dra. M.M.S. efectuó 87 procedimientos: 13 ultrasonidos de abdomen completo, con un costo unitario de ₡15,300.00, y 74 ultrasonidos de mama, con un costo unitario de ₡12,300.00. En total, el monto correspondiente a su remuneración debió ser de ₡1,109,100.00. No obstante, según el reporte No. 2051459-2024, se le pagó un total de ₡1,070,100.00, lo que genera un posible pago de menos por ₡39,000.00.



- En la "Plantilla detalle de remuneraciones" del mes de setiembre 2024, se indicó que el Dr. R.G.A. realizó un total de 123 procedimientos: 9 ultrasonidos de abdomen completo (costo unitario de ₡15,300.00) y 114 ultrasonidos de mama, cuello, vías urinarias y tejidos blandos¹⁰ (costo unitario de ₡12,300.00). El monto total que debió generarse para su remuneración es de ₡1,539,900.00; sin embargo, mediante el reporte No. 2051463-2024 se registró un pago de ₡1,512,900.00, lo que representaría un eventual pago de menos por ₡27,000.00.

A partir de lo anterior, se identificaron debilidades en los controles internos relacionados con la información registrada en las herramientas de producción, el detalle de gasto y los reportes de tiempo extraordinario. Estas deficiencias comprometen la precisión y la confiabilidad de los datos, lo que impide garantizar que las remuneraciones efectuadas se ajusten de manera adecuada a la calidad y exactitud requeridas.

La Ley General de la Administración Pública en su artículo 157 estipula que "en cualquier tiempo podrá la Administración rectificar los errores materiales o de hecho y los aritméticos".

La Circular GM-7413-2024 / GM-AOP-0413-2024, emitida el 28 de mayo de 2024 por el Dr. Wilburg Díaz Cruz, exgerente médico, y la Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, estableció lineamientos para la operativización del Plan Piloto de Radiología, siendo que para la etapa de ejecución y pago, se instruyó a las unidades participantes del plan lo siguiente:

"(...) -Sobre el control y seguimiento

(...) 2. La jefatura de servicio o quien este designe deberá realizar el llenado de la Herramienta Distribución de Ordenes de Trabajo específicamente en la hoja 1 del excel "Matriz de generación de órdenes de trabajo", para la distribución de los estudios a ejecutar, en el que se van a ingresar la cantidad de: Estudios pendientes de reporte, estudios prioritarios, registros más antiguos según los registros que maneje el establecimiento de salud; excluyendo los registros que pertenezcan al año de ejecución. Estos estudios se distribuirán conforme a la capacidad resolutive en consenso a lo acordado en el "Acuerdo voluntario de participación y compromiso".

3. Cada una de las la "Hojas de Distribución por médico" (hoja 2 del Herramienta Distribución de Ordenes de Trabajo) resultantes del llenado de la "Matriz de generación de órdenes de trabajo", deberán ser impresas y distribuidas a los médicos especialistas en radiología e imágenes médicas participantes.

4. Conforme se vaya realizando la atención de los procedimientos y el registro de estos en los sistemas de información (EDUS), el médico especialista en radiología e imágenes médicas deberá completar "Hojas de Distribución por médico" brindada de manera impresa, donde debe indicar, si corresponde, si el estudio es: oncológico, no oncológico o debe repetirse o complementarse.

5. Al término del día laborado en la modalidad, el médico especialista en radiología e imágenes médicas deberá verificar que la "Hojas de Distribución por médico" se encuentre debidamente llena y firmada.

6. El radiólogo participante deberá, semanalmente, trasladar las "Hojas de Distribución por médico" debidamente completas y firmadas al gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto, para que verifique y consolide la información de todos los médicos especialistas participantes en la modalidad de pago excepcional por resultados.

7. Con la información recolectada de las "Hojas de Distribución por médico", el funcionario designado para tal fin deberá ingresar la información en la hoja 1 (Herramienta de Producción Servicio de Radiología) de la Herramienta "Control de producción", esta contiene en total 4 hojas de Excel. De forma automática, la hoja 2 y siguientes, se cargan con la información ingresada en la hoja 1, lo que al final del mes generará el informe mensual de la producción realizada por cada radiólogo participante.

¹⁰ Corresponde a 5 ultrasonidos de cuello, 103 ultrasonidos de mama, 1 ultrasonido de tejidos blandos y 5 ultrasonidos de vías urinarias.



Se debe mencionar que el llenado de la hoja 1 de la “Control de producción”, también puede ser completada por parte del mismo médico especialista en radiología que atienda o interpreta el estudio, con lo cual se garantizará disminuir el riesgo en el registro erróneo de datos y que puedan conllevar a pagos improcedentes o pagos atrasados.

8. El gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto deberá remitir al jefe de Servicio las Hojas de control de producción- Informe por radiólogo.

9. La Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas deberá verificar la veracidad de la información contenida en las herramientas y que todas sean sea congruente.

10. La Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas procederá a firmar el “Informe de gestión” y posterior trasladar al gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto (...)

-Sobre la forma de pago

1. Con relación a la forma y trámite de Pago, las acciones a realizar quedan supeditadas a lo establecido en los artículos N°13 y 14 del Reglamento para la Modalidad de Pago Excepcional por Resultados para la Atención Oportuna de las Personas, siguiendo lo instruido en Flujograma Pago por resultados:

a. Firmado el Informe de producción por especialista el gestor local de listas de espera o encargado del plan piloto remitirá a la Oficina de Gestión de Personal del establecimiento de Salud para que realicen los movimientos de personal para la gestión del pago respectivo (...) destacado

El Lic. Mario Lobo Alpízar, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del Hospital de Las Mujeres, mediante correo electrónico del 11 de noviembre de 2024 indicó:

“De acuerdo a la consulta realizada, el proceso que se lleva para el pago de las listas de producción CUMCAS, es el siguiente

- 1. el Servicio solicita la reserva presupuestaria a el área financiero contable*
- 2. Financiero contable aprueba y comunica a la Oficina de Recursos Humanos de que se cuenta con la reserva para el pago de las CUMCAS*
- 3. El servicio de Rayos X envía a la Oficina de Recursos Humanos los reportes para el pago de las CUMCAS por mes trabajado*
- 4. En cada reporte indican la cantidad de Ultrasonidos que realizan o Mamografías analizadas.*
- 5. La Oficina de Recursos Humanos con base a lo indicado en cada reporte de tiempo extraordinario, procede con el cálculo para proceder con el pago de las mimas*

El costo por cada estudio de mamografía r y ultrasonido realizado es de 12,300.00, por lo que el funcionario asignado procede a realizar el cálculo de acuerdo a los días y la cantidad de mamografías reportas y ultrasonidos reportados por el servicio”

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, señaló:

“(…) En cuanto a las inconsistencias en cuanto al rubro de los ultrasonidos, es una situación fortuita que se agradece al equipo auditor que haya sido detectada, porque es una debilidad de control interno, que debe ser ajustada, mediante comunicación a la oficina de recursos humanos, en este caso la información por costos emitida por radiología no cuenta con errores, posiblemente dicha inconsistencia se generó a nivel de la gestión de RRHH. Con respeto a la superposición horaria de los US y las MMG del Dr. García del 31 de julio, se procederá a verificar con el profesional y la secretaria del servicio, así mismo con la persona encargada de Presupuesto, para corregir y aclarar dicha inconsistencia (...)”

Las inconsistencias en los registros de producción, detalles de gasto y reportes de tiempo extraordinario obedecen a deficiencias en los controles internos establecidos para validar y verificar la información registrada en las herramientas utilizadas por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas para acreditar la producción diaria de



los médicos especialistas que participan en el Plan Piloto de Radiología para el abordaje de las listas de espera. Estas debilidades reflejan una falta de supervisión ejercida y recibida, así como a un débil monitoreo para la consolidación de datos, así como en la revisión y conciliación de los procedimientos reportados frente a las remuneraciones realizadas.

Esta situación debilita el sistema de control interno, el cual entre sus objetivos persigue el cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico; además, provoca el riesgo de daño patrimonial para la Institución, ante la ejecución de pagos que no son procedentes.

3.4.7. SOBRE LA REMISIÓN DE INFORMES DE EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PILOTO DE PAGO EXCEPCIONAL POR RESULTADOS PARA LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS.

Se evidenció que el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva remite a la UTLE el informe de las labores realizadas en el Plan Piloto de Radiología de forma mensual, a pesar de que, mediante el oficio GM-AOP-0597-2024, se solicitó que dicho informe se enviara semanalmente, a fin de identificar oportunamente los casos con diagnóstico alterado y asegurar un seguimiento adecuado que garantice una atención oportuna y eficaz a los pacientes.

El oficio GM-AOP-0597-2024, del 1° de julio de 2024, emitido por la Dra. María Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, referente al recordatorio sobre la atención integral de los usuarios con estudios de radiología pendientes, incluidos en proyectos y envío de informe mensual, señaló a los directores médicos que participan en el Plan Piloto lo siguiente:

“(...) en la circular GM-8639-2024 de fecha 18 de junio 2024 sobre la operativización del plan piloto de implementación del reglamento excepcional de la modalidad de pago por resultados en la especialidad de radiología e imágenes médicas, se menciona que la información debe remitirse a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, aunado a esto en sesión de junta directiva N° 9456 del 13 de junio del año en curso se estable el envío de esta información de forma semanal.

Por lo anterior, para el cumplimiento de lo dispuesto por junta directiva de manera prioritaria, se requiere el envío del informe semanal a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y a su vez la Dirección remita la información consolidada a nuestra Unidad (...)

Asimismo, mediante el oficio GM-AOP-0714-2024, del 29 de julio de 2024, la Dra. Quesada Espinoza, informó sobre la obligatoriedad del envío de la información de la ejecución del plan piloto pago por resultados del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, indicando lo siguiente:

“(...) Esta unidad solicita su amable y oportuna colaboración para solicitar a los centros médicos el informe de gestión de forma semanal; sobre el plan piloto mencionado anteriormente, el cual debe de incluir la producción realizada, meta mensual, así como el seguimiento de casos priorizados, para garantizar una adecuada atención oportuna y eficaz a los pacientes involucrados; ya que es esencial la rápida identificación de estos casos para dar el manejo óptimo y brindar así una atención de calidad (...)

Lo solicitado anteriormente es para cumplir con lo dispuesto por la Junta Directiva N° 9456, celebrada el día 13 de junio del año en curso, donde establece que el envío de la información debe ser de manera semanal. Además, esta unidad emitió el oficio GM-AOP-0597-2024, el día primero de julio de 2024, donde se realizó el recordatorio a los centros médicos (...)

La Sra. Yeni Naranjo Segura, funcionaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista efectuada el 26 de noviembre de 2024, indicó:



“Los informes los realiza la oficinista del servicio, que en este caso soy yo o la persona que se encuentre en mi puesto en caso de vacaciones o ascenso (...) Durante este proyecto CUMCAS, los meses de julio y agosto fueron realizados por Angie Rodríguez y setiembre y octubre los realicé yo. Todos estos informes se le pasan a la jefatura, el Dr. Aldo Escoto Ruiz para que él revise los datos y les de el visto bueno para ser enviados al encargado de UTLE. Los mismos se deben entregar los primeros días de cada mes”.

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, manifestó que:

“(...) Lo mencionado se trata de una debilidad de control interno, que será ajustada o corregida. (...)”

La Dra. Verónica Quesada Espinoza, coordinadora de la UTLE, en entrevista efectuada el 22 de noviembre de 2024, señaló que:

“(...) Un punto crítico del Plan Piloto es el manejo de pacientes con resultados alterados de importancia, quienes deben ser abordados de manera inmediata. Para ello, se ha solicitado a las unidades que envíen a la UTLE informes semanales de productividad y hallazgos, con el fin de asegurar un seguimiento oportuno y eficaz de estos casos, mejorando la respuesta institucional en términos de calidad y oportunidad, sin embargo, no todos los establecimientos de salud han remitido esta información semanalmente (...)”

La situación descrita obedece a una inobservancia por parte de la Dirección General y Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres para cumplir con los lineamientos que estableció la UTLE, respecto a la remisión semanal de los informes relacionados con el Plan Piloto de Radiología.

Lo anterior podría generar una limitación en la capacidad de la UTLE para identificar oportunamente los casos con diagnóstico negativo y garantizar un seguimiento adecuado que permita brindar atención oportuna y eficaz a los pacientes, lo cual podría retrasar la toma de decisiones críticas para la atención médica, impactar negativamente en la calidad del servicio ofrecido y generar inconsistencias en el control y evaluación del Plan Piloto.

4. SOBRE LAS FUNCIONES EJERCIDAS POR Y.P.N.S.

Se determinó que Y.P.N.S., funcionaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, desempeña funciones que podrían no corresponder con las tareas definidas en el Manual Descriptivo de Puestos para el perfil de Oficinista 4, cargo en el que se encuentra nombrada.

En ese sentido, se identificó que entre las tareas ejecutadas por Y.P.N.S., que podrían no estar en su totalidad alineadas con las funciones establecidas en el Manual Descriptivo de Puestos para el perfil de Oficinista 4, se encuentran las siguientes:

- Agendar citas de TAC, pegar indicaciones, llamar a las pacientes que van por consulta externa a realizárselo e informarles de la cita.
- Fungir como enlace entre el hospital y el Centro Nacional de Imágenes Médicas. Tramitar citas de resonancia magnética, recibir y contestar las asistencias que el Centro Nacional de Imágenes Médicas envía. Evacuar dudas de los médicos y pacientes con respecto a estas citas y tramitar lo necesario a las mismas.
- Buscar resultados solicitados por pacientes y por médicos tratantes, verificar si se encuentran en EDUS, si fueron asignados para reportar o qué pasó con el estudio.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Ingresar a la lista de espera todas las citas nuevas que se dan durante el mes en todas las consultas de nuestro servicio. Depurar las citas repetidas que se generen, esto por cada tipo de estudio que se realiza en el servicio. Depurar las citas que se van resolviendo según la fecha de cita de todas las consultas del servicio (rayos x convencional, estudios especiales, mamografía, densitometría ósea, ultrasonido de todos los consultorios, biopsias por ultrasonido) tanto de las pacientes presentes como de las ausentes.
- Extraer información estadística de la lista de espera que sea solicitada.
- Fungir como enlace entre el servicio y la Unidad Técnica de Listas de Espera. Elaborar proyectos para Reporte de Mamografía y realización de ultrasonidos por UTLE o CUMCAS. Hacer todos los informes de avance de proyectos CUMCAS de ultrasonido y reporte de mamografía, incluyendo los presupuestos de los que se le debe pagar a los médicos por el trabajo realizado (cuando hay proyectos aprobados). Durante los proyectos se encarga de entregar las mamografías para reportar a los médicos radiólogos.

El Manual Descriptivo de Puestos estipula que el perfil de Oficinista 4 debe ejecutar las siguientes tareas:

“-Asignar, supervisar y controlar las actividades de una unidad de poca magnitud.

-Redactar y firmar documentos, tales como: correspondencia, notas, circulares, reportes, informes, etc.

-Atender y resolver consultas variadas que le presentan superiores, subalternos y público en general, relacionadas con la actividad a su cargo.

-Recolectar información de tipo confidencial y efectuar estudios complejos sobre la materia.

-Recibir, revisar, tabular datos de boletas, cuestionarios y realizar cálculos estadísticos contables o financieros.

-Realizar ajustes periódicos en las partidas presupuestarias como parte del control asignado en la ejecución presupuestaria de la calidad.

-Tramitar y procesar facturas y otros documentos similares para su respectivo pago.

-Elaborar inventarios selectivos y totales de útiles, materiales y equipo de oficio

-Llevar el control de caja chica.

-Supervisar, controlar y ejecutar la preparación y tramitar de planillas y otros documentos relacionados con la misma.

-Mantener controles sobre compras, pagos, recaudaciones, documentos recibidos y enviados, facturas, distribución de materiales, Vela por el correcto manejo y trámite de valores, correspondencia, archivos y documentos, así como por el buen uso del equipo y otros bienes de la oficina.

-Orientar a personal de menor nivel en la ejecución de sus labores y coordinar las actividades internas y externas de la unidad.

-Velar por el correcto manejo y trámite de valores, correspondencia, archivos y documentos, así como por el buen uso del equipo y otros bienes de la oficina.

-Realizar otras labores afines al cargo.”

El Estatuto de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, señala:

“Artículo 2. El personal de la Institución será nombrado a base de comprobación previa de su idoneidad y remunerado según la justipreciación de las tareas y responsabilidades que a cada puesto correspondan.”

La circular GM-AUD-5188-2015, del 29 de enero de 2015, emitida por la Gerencia Médica, señala lo siguiente:

“En atención y cumplimiento a la recomendación N° 2 del Informe de Auditoría ASAAI-195-2014, se instruye a las Direcciones Generales de los Centros de Salud del ámbito institucional, la obligatoriedad y responsabilidad de las jefaturas, de asignar, a sus subalternos, las funciones que corresponden a cada clase de puesto, según lo que para ello está contemplado en el Manual Descriptivo de Puestos.”

La circular GG-DAGP-1900-2022, del 13 de diciembre de 2022, emitida por el Lic. Walter Campos Paniagua, director de Administración y Gestión de Personal, referente al “recordatorio sobre la delegación de funciones a las personas trabajadoras de la institución” establece:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

(...) el Manual Descriptivo de Puestos vigente, es un instrumento que sirve de referencia y debe ser consultado por las jefaturas respectivas, con el fin de conocer y asignar las tareas en concordancia con la naturaleza de cada puesto.

En este sentido, es importante rescatar lo dispuesto por la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia (que es el órgano jurisdiccional encargado de definir, en última instancia, los temas relativos a las relaciones de empleo) al indicar que, es contrario al principio de legalidad encargar a un funcionario tareas ajenas a las de su puesto:

(...) En el plano del empleo público, en el que cada puesto tiene una descripción específica en cuanto a requisitos personales, tareas, remuneración, etc., no es posible admitir que, en demérito de los derechos de los trabajadores, se desconozca esa misma legalidad y se coarten los derechos a los servidores. Es decir, la legalidad administrativa implica también para la Administración la imposibilidad de extralimitar el desempeño de sus funcionarios, fuera de los parámetros establecidos, para el puesto específico de que se trate; pues lo contrario significaría admitir, un enriquecimiento injusto para la Administración, al verse beneficiada con servicios ajenos y distintos a los remunerados al funcionario. Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia, sentencia n.º 695-2011 de las 15:35 horas del 25 de agosto de 2011, reiterada, entre muchas otras, en la sentencia n.º 183-2014 de las 8:50 horas del 21 de febrero de 2014, y en la 920-2016 de las 10:15 horas del 24 de agosto de 2016." (El subrayado no es del original)

Sobre este mismo tema, a lo interno de la Institución, el "Manual de Procedimientos para el trámite de estudios en materia de Clasificación y Valoración de Puestos", en el Capítulo 1 "Estudios Individuales de Puestos", en relación con la responsabilidad de las Jefaturas en la delegación de tareas, indica lo siguiente:

(...) RESPONSABILIDAD DE LAS JEFATURAS: Corresponde a las jefaturas la asignación de labores propias de cada área, entre los (as) colaboradores (as) asignados (as) a cada unidad de trabajo. Esto implica el tener conocimiento de las tareas, responsabilidades y condiciones de trabajo asignadas a cada puesto. Asimismo, es factor fundamental para la consecución de los logros del sistema de clasificación y valoración el que las jefaturas mantengan un criterio objetivo en cuanto a los justificantes que se emitan al solicitar una reasignación de puestos (...)"

Con base en los argumentos antes referidos, esta Dirección de Administración y Gestión de Personal, dentro del ámbito de sus competencias, hace un atento recordatorio sobre la responsabilidad que tienen los Titulares Subordinados (jefaturas), de asignar las tareas a las personas trabajadoras a su cargo, en congruencia con el perfil del puesto definido en el Manual Descriptivo de Puestos vigente."

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, manifestó que:

(...) La funcionaria (...) ocupa puesto de Oficinista 4. Según manual de puestos cumple con lo siguiente: coordinación y supervisión de labores de oficina y labores de mayor complejidad tales como informes de producción del servicio, informes que se envían a ULTE y CUMCAS, etc. Recibe y firma documentos, tales como: correspondencia, notas, circulares, reportes, informes, etc. Atiende y resuelve consultas variadas que le presentan superiores, otras oficinas del hospital y público en general, relacionadas con la actividad a su cargo, por ejemplo, recibe y contesta las consultas o solicitudes de la contraloría de servicios. Redacta o realiza y tabula datos de boletas, cuestionarios y cálculos estadísticos contables o financieros sobre por ejemplo proyectos de tiempo extraordinario UTLE y CUMCAS. Verifica sobre partidas presupuestarias como parte del control asignado en la ejecución



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

presupuestaria de la calidad. Tramita y procesa facturas y otros documentos similares para su respectivo pago. Lleva a cabo trámites relacionados con la recepción definitiva de insumos médicos que se reciben desde proveeduría. Elabora inventarios de útiles, materiales y equipo de oficina. Mantiene controles sobre compras, pagos, recaudaciones, documentos recibidos y enviados, facturas, distribución de materiales, utiliza programas o recursos de cómputo para mantener actualizados archivos relacionados con el funcionamiento administrativo del servicio, vela por el correcto manejo y trámite de valores, correspondencia, archivos y documentos, así como por el buen uso de equipos y otros bienes relacionados con oficina. Su labor es supervisada de manera directa por parte del jefe servicio de radiología. Sus funciones se evalúan por medio de la apreciación de la calidad del trabajo realizado y los resultados obtenidos. No cuenta con supervisión de funcionarios de menor nivel que ella. Además, en ocasiones realiza ascensos como funcionaria Diplomada en imágenes médicas, siendo la segunda elegible para sustituciones de diplomadas titulares, en caso de que la primera sustituta elegible no pueda acudir a un nombramiento. Posee adecuados conocimientos sobre el manejo operacional de sistemas de cómputo. Sus funciones debe ejercerlas con tacto y discreción. Le puede corresponder trabajar sin límite de jornada cuando las circunstancias lo exijan. (...)

El desempeño de funciones por parte de Y.N.S. que no corresponden al perfil del puesto de Oficinista 4, según lo establecido en el Manual Descriptivo de Puestos, se debe a una asignación inadecuada de tareas por parte de las jefaturas. Esto refleja una falta de supervisión y control en el cumplimiento de las disposiciones normativa. Además, la ausencia de alineación entre las funciones ejecutadas y las establecidas para el puesto evidencia debilidades en la gestión administrativa del servicio.

La situación descrita podría vulnerar los derechos laborales de la funcionaria, al no garantizar una adecuada correspondencia entre las tareas asignadas, el perfil del puesto que desempeña y la remuneración que le corresponde. Asimismo, esta situación podría repercutir en la eficiencia y efectividad en la gestión de las listas de espera, dado que dichas funciones no están a cargo de un puesto diseñado específicamente para asumir este nivel de responsabilidad, lo cual podría impactar negativamente en la ejecución del proyecto y correcto abordaje de las listas de espera en el Servicio de Radiología.

5. SOBRE LA CONFECCIÓN DE LOS ROLES ORDINARIOS Y DE TIEMPO EXTRAORDINARIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS.

Este Órgano de Control y Fiscalización identificó que los roles mensuales de tiempo ordinario y extraordinario elaborados en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, correspondientes a los perfiles de médicos especialistas en radiología, así como a los profesionales y técnicos en imágenes médicas, para el período de febrero a julio de 2024, no se ajustó a los formatos estipulados en los “Lineamientos Técnicos para la confección de roles ordinarios y extraordinarios”, los cuales fueron comunicados mediante la circular GG-DAGP-1905-2022, del 13 de diciembre de 2022 y circular GA-DAGP-1188-2024, del 5 de julio de 2024. (Para más detalles ver el Anexo 5).

Adicionalmente, la revisión efectuada por esta Auditoría permitió determinar lo siguiente:

- En 12 roles (100 %) no se utilizó el formato establecido en las circulares.
- En 6 roles (50 %) no se indicó el nombre completo de la persona trabajadora.
- En 12 roles (100 %) no se indicó el puesto en que se encuentra nombrada la persona trabajadora.
- En 12 roles (100 %) no se indicó la simbología indicada en las circulares para identificar el turno en que labora la persona trabajadora en el mes.
- En 12 roles (100 %) no se utilizó la nomenclatura de los motivos de suspensión del contrato de trabajo.

La circular GG-DAGP-1905-2022, del 13 de diciembre de 2022, emitida por el Lic. Wálter Campos Paniagua, director de Administración y Gestión de Personal, referente a los “Lineamientos técnicos para considerar en la confección de los roles ordinarios y de tiempo extraordinario”, establece lo siguiente:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

*(...) 1. **Responsabilidades de los actores involucrados:** Las obligaciones de los actores participantes en el proceso son las siguientes:*

1.1 Jefatura inmediata: La Jefatura del Servicio, Área o Centro de Trabajo -según sea el caso-, es responsable de:

a) Realizar la organización funcional del personal a su cargo, con el fin de garantizar la continuidad de los servicios, la satisfacción del interés público y el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y financieros de los cuales dispone.

b) Elaborar, revisar y autorizar los roles de trabajo mensuales del personal a su cargo, a efecto de cubrir la jornada ordinaria y extraordinaria, según corresponda.

c) Comunicar a todas las personas trabajadoras del Servicio o Centro de Trabajo -de forma física o digital- los roles mensuales ordinario y/o extraordinario, según corresponda (...)

2. Aspectos generales relacionados con la elaboración de roles (ordinario y extraordinario):

a) Para la elaboración de los roles mensuales (ordinarios y extraordinarios, según corresponda), se **debe utilizar únicamente el formato establecido en el Anexo N°1 y Anexo N°2, denominados "Rol jornada ordinaria" y "Rol jornada extraordinaria" respectivamente**, así como la simbología y aspectos señalados en los presentes lineamientos." (Lo resaltado no corresponde al original)

Asimismo, la circular GA-DAGP-1188-2024, del 05 de julio de 2024, emitida por el Lic. Campos Paniagua, relativa al "Complemento circular GG-DAGP-1905-2022, denominada "Lineamientos técnicos para considerar en la confección de los roles ordinarios y de tiempo extraordinario.", señala que:

(...) se ha evidenciado, que muchas unidades no se encuentran acatando lo dispuesto en los referidos lineamientos, ni están utilizando los formatos avalados institucionalmente para la elaboración de roles (ordinarios y extraordinarios, según corresponda); por lo que, resulta necesario efectuar un atento recordatorio sobre la obligatoriedad que poseen esos titulares subordinados de cumplir con lo señalado en el ordenamiento jurídico y en las directrices emitidas por esta instancia como rectora en materia de gestión de las personas, en este caso, específicamente en la circular GG-DAGP-1905-2022 antes citada (...)"

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, manifestó que:

(...) Los roles de personal técnico se realizan bajo el formato que fue indicado según directriz institucional reciente, a partir del mes de setiembre 2024. Los roles de personal técnico los lleva a cabo la diplomada Glendy Campos Castillo, en los cuales incluye, turno asignado a cada funcionaria, libre biológico, horas de reposición, tiempo extraordinario, vacaciones, incapacidades, etc. Los roles de médicos son efectuados por la Jefatura de Servicio, donde se incluye por mes donde estarán distribuidos tanto los radiólogos subalternos como el mismo jefe cuando lleva a cabo labores operativas o asistenciales para con el público. Se realizan en plantilla Excel, mensuales, incluye procedimientos asignados, fechas de vacaciones, permisos, etc. (...)"

El incumplimiento en la confección de los roles ordinarios y de tiempo extraordinario en el Servicio de Radiología e Imágenes Médica obedece a la falta de adherencia a los formatos y lineamientos establecidos en la circular GG-DAGP-1905-2022.

La situación descrita, relacionada con el incumplimiento del formato establecido para la confección de roles ordinarios y de tiempo extraordinario, según la circular GG-DAGP-1905-2022, puede causar una documentación inadecuada que dificulte su revisión oportuna, lo que puede resultar en errores en la asignación de tiempos de trabajo y una distribución inadecuada del personal. Además, la falta de adherencia a los lineamientos establecidos



puede exponer a la jefatura a sanciones por no cumplir con las normativas internas, comprometiendo la eficacia del sistema de control interno en operación.

6. SOBRE LAS DENUNCIAS PRESENTADAS ANTE LA CONTRALORÍA DE SERVICIOS RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS.

Se determinó que, entre enero y octubre de 2024, se determinó que la Contraloría de Servicios del Hospital de las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva” recibió un total de 137 denuncias presentadas por usuarios, las cuales estaban relacionadas con inconformidades o incidentes ocurridos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

En este contexto, como resultado del análisis del documento titulado “*Gestiones de usuarios de RX 2024*”, proporcionado a esta Auditoría por la Contraloría de Servicios del Hospital de las Mujeres¹¹, se identificaron los siguientes aspectos que originaron la presentación de las denuncias:

- 76 casos (55.47 %) corresponden a reportes que no se localizan en el expediente del paciente.
- 16 casos (11.68 %) corresponden a problemas con la asignación de citas.
- 15 casos (10.95 %) corresponden a solicitudes de reimpresión de reportes o procedimientos diagnósticos, a pesar de que se encuentran disponibles en EDUS.
- 6 casos (4.38 %) corresponden a procedimientos diagnósticos que están pendientes de efectuar reporte.
- 2 casos (1.46 %) corresponden a la falta de contestación a llamadas telefónicas.
- 2 casos (1.46 %) corresponden a inconformidades con el procedimiento realizado.
- 1 caso (0.73 %) corresponde a la falta de orientación al paciente, lo que generó la pérdida de una cita en Ginecología.
- 1 caso (0.73 %) corresponde a un reporte del procedimiento que estaba incompleto.
- 18 casos (13.14 %) no corresponden a temas relacionados con la gestión del Servicio.

La Ley deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados No. 9239, en el numeral 2, establece que serán derechos de las personas usuarias -entre otros- los siguientes:

“(…)

b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.

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.

f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.

g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor (...)

k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.

l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.

m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado (...)

ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos (...)

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, manifestó que:

¹¹ Remitido por correo electrónico el 25 de noviembre de 2024.



“(...) Con respecto a los reportes no encontrados, no depende en si de un fallo del servicio de radiología, sino que los médicos tratantes, Interconsultantes o referentes no realizan búsquedas adecuadas, no saben utilizar herramientas de búsqueda en EDUS ni utilizan márgenes de búsqueda mayores para poder acceder los reportes, hay que recordar que muchas solicitudes de estudios son de periodos muy retrospectivos con respecto a las fechas de citas asignadas, es decir, una paciente el día de hoy puede ser atendida con una boleta que se realizó en el sistema EDUS en el año 2022 por ejemplo, el reporte queda incluido en dicha boleta que cuenta con 2 años de antigüedad pero los médicos tratantes llevan a cabo una búsqueda con un margen de 6 meses previos máximo, por dicha razón no encuentran los reportes.

Las asignaciones de citas lamentablemente es parte de la saturación y sobre demanda de servicios, lo cual afecta a todos los servicios de radiodiagnóstico a nivel nacional, Carit no es la excepción, tomando en cuenta escaso personal médicos y no contar con más salas de ultrasonidos o mamografías también influye en ese detalle. Con respecto a la reimpresión de solicitudes, no es obligación del servicio de radiología llevarla a cabo, las usuarias el día de la cita deben acudir con la documentación completa (cedula y boleta de procedimiento, para ser atendida), de hecho, se estableció una serie de lineamientos al respecto, en reunión sostenida entre Dirección General, Radiodiagnóstico, Contraloría de Servicios y Jefatura de consulta externa. En dicha reunión efectivamente se estableció que es deber de la usuaria traer su documentación completa. Si necesita reimpresión de boleta de procedimiento, esta deberá ser asumida en el lugar donde le emitieron la boleta inicial. (...) Se han tomado acciones resolutorias mediante reuniones y acuerdos con actas. Las quejas se canalizan mediante correo institucional, nos llegan a Jenny naranjo y a mi persona, quienes resolvemos la mayoría de las situaciones de manera casi inmediata.”

Lo expuesto obedece a debilidades en la gestión administrativa y operativa del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, relacionadas con la implementación y seguimiento de procedimientos internos, fallas en los canales de comunicación con los usuarios y limitaciones en la organización y eficiencia del servicio. Asimismo, la falta de mecanismos de supervisión y la ausencia de estrategias claras por parte de las autoridades responsables han sido factores determinantes en la presentación de inconformidades y denuncias por parte de los usuarios.

Las deficiencias identificadas impactan directamente en la experiencia de los usuarios, vulnerando derechos fundamentales establecidos en el marco legal, como el acceso oportuno a información médica y la atención eficiente. Estas situaciones afectan negativamente la imagen institucional y contribuyen al aumento de la insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

7. SOBRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS DEL HOSPITAL DE LAS MUJERES.

Este Órgano de Control y Fiscalización identificó percepciones inadecuadas del ambiente laboral en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, basándose en entrevistas aplicadas entre el 21 y el 22 de noviembre de 2024 a ocho funcionarios de esta área.

En ese sentido, se realizaron entrevistas a ocho funcionarios del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Los resultados revelaron que el 87,5 % de los encuestados percibe el clima laboral como negativo. A continuación, se presentan las principales percepciones sobre los factores que contribuyen a un ambiente laboral desfavorable en dicho servicio:

- La Dirección Médica no brinda el apoyo y supervisión suficiente a la jefatura.
- Existen problemas de comunicación entre los compañeros y la jefatura, caracterizados por la presencia de chismes, rumores e incluso acciones percibidas como *bullying*. Estos incluyen comentarios de índole personal que afectan de manera negativa las relaciones dentro del equipo.
- No se considera la opinión de la totalidad del personal para la toma de decisiones por parte de la jefatura.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- No se aplican sanciones cuando los compañeros incumplen la normativa o no acatan las instrucciones emitidas por la jefatura, por ejemplo: cumplimiento de horario laboral.
- No se organizan actividades orientadas a fomentar la cohesión del equipo, como reuniones mensuales o periódicas, las cuales dejaron de llevarse a cabo.
- No hay un involucramiento activo por parte de la jefatura a las tareas que ejecuta la totalidad del personal, algunos consideran que la jefatura no conoce bien cuál es la labor que debe efectuar.
- Los conflictos no se resuelven de manera adecuada, ya que frecuentemente solo se considera la opinión de una de las partes. Además, en ocasiones no se brinda la atención necesaria a las situaciones planteadas ante la jefatura.
- Se percibe que el ambiente laboral no mejorará a menos que haya un cambio en la actitud y el comportamiento de los compañeros.
- Las tareas operativas de la jefatura ocasionan un descuido de las labores administrativas, lo que lleva a delegar ciertas funciones en compañeros que asumen roles de liderazgo. Sin embargo, estos roles no son aceptados por la totalidad del equipo, lo cual afecta el clima laboral.
- La delegación en la elaboración de los roles en una compañera genera disconformidad por parte de los compañeros.
- No se considera a los interinos en la asignación de horas extraordinarias cuando sustituye al titular y por rol a ese titular le corresponde ejecutar horas extras.

Adicionalmente, esta Auditoría tuvo conocimiento¹² de la realización de un estudio de clima organizacional a nivel general en el Hospital de Las Mujeres que contempló el periodo 2022-2023. Como resultado, el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas desarrolló un plan de mejora, sin embargo, según lo indicado mediante correo electrónico fechado el 6 de noviembre de 2024, por la MSc. Nelly María Valenciano Ulloa, coordinadora del Grupo de Apoyo Técnico de dicho nosocomio, el servicio no aportó documentación sobre el seguimiento o acciones concretas realizadas para fortalecer y mejorar el ambiente laboral en cumplimiento del mencionado plan de mejora. (Para mayor detalle del Plan de Mejora elaborado para el estudio de clima organizacional 2022-2023, referirse al Anexo 6)

Por otra parte, entre abril y julio de 2024, se aplicaron encuestas de clima organizacional correspondiente al periodo 2024-2025, además, se analizaron los resultados de dicha encuesta por parte del Grupo de Apoyo Técnico, siendo que los resultados generaron resultados críticos en los siguientes aspectos:

- Liderazgo: Influencia ejercida en la otra persona para el buen cumplimiento de los objetivos de la organización.
- Motivación: Conjunto de reacciones y actitudes naturales en respuesta a la presencia de ciertos estímulos del medio laboral.
- Participación: Involucramiento de la persona trabajadora en las actividades de la organización.
- Reciprocidad: Satisfacción de las expectativas mutuas, entre la persona trabajadora y la Institución.
- Dirección: Sentido de orientación de los objetivos, metas, prioridades y medios para cumplir las actividades.
- Estímulo a la excelencia: Búsqueda del desarrollo de la persona, mediante la actualización de conocimientos e impulso a mejorar.
- Solución de conflictos: Superación de los problemas de manera oportuna y comprometida entre las partes involucradas.
- Estímulo al trabajo en equipo: Apoyo mutuo y disposición a colaborar con los otros (as), para el logro conjunto de los objetivos.
- Adecuación condiciones de trabajo: Disponer de las condiciones físicas y recursos adecuados para realizar el trabajo.

¹² A través de información suministrada por la MSc. Nelly María Valenciano Ulloa, coordinadora del Grupo de Apoyo Técnico, en correo electrónico del 6 de noviembre de 2024.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

- Reconocimiento a la aportación: Manifestaciones que valoran el esfuerzo y aporte para el cumplimiento de los objetivos.
- Aplicación al trabajo: Dedicarse al logro de las tareas con esmero y creatividad.
- Retribución: Disponer de oportunidades crecimiento personal, laboral y del bienestar laboral.
- Equidad: Trato igualitario para acceder al sistema de retribución.
- Involucramiento con el cambio: Respuesta positiva y comprometida frente al cambio y la innovación.
- Intercambio de información: Adecuado flujo de información y asertividad en la comunicación.
- Compromiso por la productividad: Cumplimiento de las tareas a cargo y de la prestación del servicio con eficiencia y eficacia.

Así mismo, en el estudio de clima organizacional 2024-2025, se identificaron como principales áreas de mejora el intercambio de información y la resolución de conflictos. Cabe destacar que en dicha encuesta participaron únicamente 6 colaboradores, lo que representa el 50 % del total de funcionarios adscritos al Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. En cuanto al plan de mejora derivado de este estudio, al 6 de noviembre de 2024, dicho plan aún se encontraba en proceso de elaboración.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10, con respecto a la responsabilidad del sistema de control interno, establece:

“Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 2.3.2 *“Elementos informales de la ética institucional”*, disponen lo siguiente. ,

“(…) El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben vigilar y fortalecer los elementos informales del ambiente ético institucional, a fin de asegurar que apoyen el funcionamiento, en la gestión cotidiana, de los factores formales vigentes. En ese sentido, deben contemplar factores tales como los siguientes:

- a. El clima organizacional.*
- b. El estilo gerencial.*
- c. Los modelos de toma de decisiones.*
- d. Los valores compartidos.*
- e. Las creencias.*
- f. Los comportamientos de los distintos integrantes de la institución, y su ajuste a los valores y demás mecanismos que sustentan la ética institucional”.*

El documento *“Una Caja Costarricense de Seguro Social Renovada Hacia el 2025”* refiere, dentro de las estrategias y lineamientos estratégicos desde la perspectiva de los usuarios, lo siguiente:

“11. Fortalecer y desarrollar de manera continua y sistemática, el capital humano institucional. La CCSS propiciará las condiciones y fortalecerá su capacidad para mantener, formar, mejorar y renovar su capital humano, así como para incrementar su productividad Lineamientos estratégicos (...) Fomentar permanentemente, un clima laboral altamente satisfactorio y establecer mecanismos efectivos para prevenir y resolver los conflictos obrero-patronales que se presenten (...)”.

El Dr. Aldo Escoto Ruiz, jefe del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en entrevista realizada el 29 de noviembre de 2024, manifestó que:

“(…) Las variables del clima que han resultado bajas o deficientes se han tratado de solucionar mediante una comunicación más asertiva y fluida y menos cibernética (correos, mensajería de whatsapp, lo cual puede llevar a mal entendimiento del mensaje a transmitir). El día que se dio la



reunión entre jefatura y personal se enfatizó en intentar mayor asertividad de la comunicación para mejorar el flujo de comunicación no solo entre jefatura y personal sino también entre los subalternos entre sí. Además, se busca el mejorar el proceso de interacción cuando ocurren diferencias o conflictos que podrían surgir durante el quehacer diario. El objetivo ideal y el cual la jefatura ha intentado plantear es que el personal en general acuda al hospital los días laborales y que realicen sus labores con tranquilidad y felicidad, nunca el objetivo de la jefatura ha sido de ser persecutorio ni hostigador, tampoco la idea es trabajar bajo presión irrespetando los tiempos establecidos de procedimientos y tiempos de alimentación, por ejemplo. Se han establecido ideales que consisten en definir el aprender a trabajar juntos o en equipo, establecer que cada funcionario es importante y necesario, debe existir apoyo y pensar más en la colectividad y el bien de las usuarias y de la institución, que en intereses personales.

En el plan de soluciones del clima 2024, se estableció como medidas de realizar las reuniones mensuales grupales generales, reuniones con personal técnico, reuniones con personal médico, incentivar para la participación en opiniones y lluvia de ideas y siempre promover el respeto entre el personal. Cabe resaltar que lo anteriormente mencionado se llevará a cabo, sin embargo, el otro componente y quizás el primordial es la voluntad del personal de acatar estas ideas e implementarlas en lo individual, para que funcione de verdad, de lo contrario, sin voluntad y llevando el ánimo de llevar la contraria y obstaculizar el buen ambiente laboral, nada se puede hacer. Depende de cada persona en lo individual, el mejoramiento, en realidad. El trato con respeto es algo primordial, dialogar sin discutir y sin pensar que se está atacando a la persona.

El deficiente clima organizacional en HMACE en realidad no es exclusivo de radiodiagnóstico, este es un problema en general del hospital, tanto en lo interno de los demás servicios así mismo existe una inadecuada comunicación por ejemplo entre jefaturas de servicio. En lo personal, a lo largo del tiempo laborado en el hospital, se ha recibido comunicación verbal y también cibernética por parte de otros jefes o funcionarios, de manera hostil. La actual Dirección General, por ejemplo, desde que asumió el cargo, ha mantenido una comunicación un tanto tosca y deficiente con la jefatura, lo cual también contribuye a un detrimento del clima en general del hospital.

Con respecto al no seguimiento del plan 2022-2023, el mismo a lo interno no se ha podido llevar a la práctica lo establecido en el plan, debido a falta de voluntad de algunos funcionarios que han contrariado a la jefatura sin razones de lógica, además por la saturación de labores debido a la inopia de personal, por lo que se han tenido que suspender actividades grupales y reuniones. Además, el GAT en sí, no mostró apoyo ni dio el seguimiento correspondiente al período consultado.

Desde que se asume la Jefatura de servicio en agosto de 2021, tanto con la Dirección anterior como con la actual, no se ha contado con un real y efectivo apoyo logístico.”

La situación descrita obedece a una débil supervisión y apoyo por parte de la Dirección Médica y Jefatura del Servicio, así como a la ausencia de acciones y estrategias concretas para mejorar y fortalecer el ambiente laboral del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del hospital de Las Mujeres.

El inadecuado ambiente laboral afecta el desarrollo de las actividades sustantivas que se realizan en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas; además, repercute en la calidad del ambiente laboral, impactando este de forma directa en la productividad de los funcionarios, calidad, eficiencia y eficacia de los procesos que se ejecutan para brindar una adecuada prestación de servicios a los usuarios.

8. SOBRE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL ESTUDIO

Se determinaron oportunidades de mejora en la identificación y priorización de los riesgos establecidos por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas registrados en la herramienta institucional de valoración de riesgos 2023, debido a que no se identificaron riesgos vinculados con la planificación de las metas del servicio, gestión



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

de sustitución y reemplazo de equipos médicos, abordaje de listas de espera, oportunidad y confiabilidad de la información.

Lo anterior por cuanto la Lic. Andrea María Zúñiga Chacón, funcionaria de la Dirección Sistemas Administrativos, facilitó mediante correo electrónico del 15 de octubre de 2024 a esta Auditoría, las Matrices de Valoración de Riesgos 2024, del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, donde se documentó que dicho servicio definió como sus principales riesgos EX-01 Ausentismo de los usuarios, OP-07 Daño o extravío de activos, TI-01 Interrupción de los sistemas informáticos y comunicación, RH-02 Recurso humano limitado.

La Ley General de Control Interno, establece en el numeral 14, sobre la Valoración del Riesgo:

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

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

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

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

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

El numeral 18 del mismo cuerpo normativo, señala sobre el sistema específico de valoración de riesgo institucional que:

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

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

El Artículo 19 “Responsabilidad por el funcionamiento del sistema”, establece:

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen sobre la valoración del riesgo:

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



3.2 Sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI).

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer y poner en funcionamiento un sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI).

El SEVRI debe presentar las características e incluir los componentes y las actividades que define la normativa específica aplicable⁶. Asimismo, debe someterse a las verificaciones y revisiones que correspondan a fin de corroborar su efectividad continua y promover su perfeccionamiento (...).

Es criterio de esta Auditoría que esta situación obedece a debilidades en los conceptos para el registro de la información en la “Matriz de Valoración de Riesgos” que ocasionan que no se identifiquen riesgos prioritarios que forman parte de la administración de riesgos en actividades sustantivas como la planificación de las metas del servicio, gestión de sustitución y reemplazo de equipos médicos, abordaje de listas de espera, oportunidad y confiabilidad de la información.

Esta situación podría ocasionar un manejo inadecuado en la administración de los riesgos, debido a que el proceso inicial de la gestión del riesgo es la identificación, por tal motivo, si no existe una adecuada identificación y priorización de los riesgos, se podrían omitir riesgos en procesos que podría afectar directamente los objetivos de la unidad, el aprovechamiento de los recursos institucionales y la prestación de servicios a los pacientes que requieren de un examen o procedimiento diagnóstico.

Además, podría debilitar las acciones establecidas en el Plan Estratégico Institucional 2023-2033, específicamente en el tema transversal de Gestión de Riesgos, donde la institución tiene como meta promover una cultura de gestión de riesgos, encauzando al cumplimiento de sus objetivos, al aseguramiento en la continuidad de los servicios, la sostenibilidad y la mejora continua.

CONCLUSIÓN

Los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas son las unidades médicas especializada en realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante tecnologías de imagen como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, lo cual coadyuva en la toma de decisiones clínicas y el tratamiento del paciente. El Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres para cumplir con los procesos sustantivos asignados, ha requerido la realización de jornadas de producción, que corresponde a una modalidad excepcional de remuneración diseñada para abordar las listas de espera, las cuales representan estrategias destinadas a reducir los tiempos de espera de los pacientes, garantizando una atención oportuna en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El presente estudio identificó debilidades en diversos aspectos de la gestión del servicio, entre ellos, la planificación estratégica, el mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento, el manejo de las listas de espera, el clima organizacional, entre otros.

En ese sentido, y de una forma más puntual para cada aspecto revisado por este Órgano de Control y Fiscalización, se concluye lo siguiente:

1. Las debilidades en la planificación de las metas del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas pueden resultar en el incumplimiento de normativas o estándares aplicables, afectando la calidad y el desempeño del servicio, el aprovechamiento de los recursos Institucionales y una falta de claridad en las prioridades de esa unidad, lo que puede traducirse en una atención menos eficiente y en resultados subóptimos para los pacientes y usuarios.
2. Además, la utilización de equipos médicos que están próximos y/o han superado su vida útil aumenta la probabilidad de fallos técnicos, lo que podría comprometer la seguridad de los pacientes y la calidad de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

los diagnósticos o tratamientos, así mismo, evidencia deficiencias en la gestión de activos, incluyendo la ausencia de un plan de sustitución y renovación que considere el ciclo de vida de los equipos médicos.

3. El estudio evidenció deficiencias en la gestión del abordaje de las listas de espera para procedimientos diagnósticos en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres, destacando la falta de coordinación con el Grupo Gestor de Listas de Espera, lo que ha llevado a una centralización de esta gestión en este servicio, sin que se evidencia una adecuada supervisión de los procesos ejecutados. Asimismo, se detectaron inconsistencias en los registros de las listas de espera, como la omisión de datos clave (nombre del médico, fecha del procedimiento y tipo de jornada), comprometiendo la confiabilidad y calidad de la información y dificultando la gestión efectiva de estos proyectos.

Por otra parte, la ejecución del Proyecto Nacional de Atención Oportuna a las Personas 2023 también reveló una planificación deficiente, con metas establecidas que excedían el rezago real reportado para ultrasonidos y mamografías, lo que resultó en un bajo cumplimiento en los procedimientos de ultrasonido (35.43%) y una meta desproporcionada para mamografías, a pesar de eliminarse el rezago en esta categoría.

4. El Plan Estratégico Piloto de Pago Excepcional por Resultados en Radiología, surge como una estrategia para reducir las listas de espera en procedimientos diagnósticos, atendiendo a la creciente demanda en estudios como ultrasonidos, mamografías por tomosíntesis, tomografías, entre otros. Este proyecto busca incentivar la productividad a través de metas específicas y remuneraciones excepcionales, proponiendo un modelo que combine eficiencia operativa y calidad en la atención bajo la metodología CUMCAS-PIB, sin embargo, los resultados de su implementación en el Hospital de las Mujeres han revelado deficiencias en su ejecución.

En ese sentido, el presente estudio permitió identificar que existe desvinculación entre los objetivos planteados y las necesidades reales del servicio, evidenciada por metas sobredimensionadas y el incumplimiento de normativas internas. Asimismo, se identificaron inconsistencias en los registros de productividad y remuneraciones, además de tiempos de ejecución muy inferiores a los estándares establecidos, lo que no garantiza la integridad y confiabilidad de los datos reportados. Estas debilidades evidencian la ausencia de controles internos adecuados, no solo limitan la capacidad del plan para cumplir con sus objetivos, sino que también generan riesgos operativos y financieros que impactan directamente en la calidad del servicio.

5. Así mismo, el estudio permitió determinar que las tareas desempeñadas por la funcionaria Y.P.N.S. podrían no alinearse a las establecidas en el Manual Descriptivo de Puestos, evidenciando posibles debilidades en el diseño y aplicación de los controles internos relacionados con la asignación de roles y responsabilidades.
6. Aunado a lo anterior, el incumplimiento de los formatos estipulados para la confección de roles laborales refleja carencias en la estandarización y supervisión de los procesos administrativos. La ausencia de datos esenciales, como los nombres completos, puestos y simbología estandarizada, no garantiza el cumplimiento del marco normativo que regula esa materia.
7. Por otra parte, las denuncias que se realizan ante la Contraloría de Servicios, relacionadas con el Servicio de Radiología revela deficiencias en los controles internos vinculados a la calidad y seguimiento de los servicios prestados, siendo que problemas como la falta de reportes en expedientes y errores en la asignación de citas evidencian fallas en los procesos de monitoreo y retroalimentación, razón por la cual es de relevancia implementar controles preventivos, así como mecanismos de revisión periódica, para reducir las incidencias reportadas y mejorar la experiencia del usuario.
8. Además, la percepción negativa del clima laboral en el Servicio de Radiología e Imágenes Médica indica una falta de control interno en áreas clave como la comunicación, la resolución de conflictos y la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

supervisión efectiva de la jefatura. Estos problemas afectan la cohesión del equipo y la productividad, poniendo en riesgo el cumplimiento de los objetivos del servicio.

9. Finalmente, la gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que se debe cumplirse. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y seguimiento y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo), situación que no se observó, ya que no se identificaron riesgos vinculados con la planificación de las metas del servicio, gestión de sustitución y reemplazo de equipos médicos, abordaje de listas de espera, oportunidad y confiabilidad de la información.

En virtud de lo anterior, es imprescindible establecer sistemas de supervisión y seguimiento que aseguren la consistencia, la transparencia y el cumplimiento normativo en todos los procesos que se ejecutan en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, lo cual incluye la implementación de controles preventivos y correctivos para abordar de manera proactiva las deficiencias detectadas, garantizar la confiabilidad de los datos reportados y optimizar la asignación de recursos. Asimismo, fomentar un clima organizacional positivo y participativo resulta esencial para lograr una mayor cohesión del equipo y es a través de un enfoque integral, que combine supervisión, control y mejora continua, se podrá transformar las debilidades actuales en oportunidades de fortalecimiento y garantizar una atención de calidad para los usuarios del servicio.

RECOMENDACIONES

1. Establecer e implementar una metodología, además desarrollar mecanismos de control que aseguren que los proyectos aprobados para abordar la lista de espera, estén alineados con la cantidad real de pacientes que dispone la unidad, así como a los plazos efectivos de espera para la realización de procedimientos de diagnóstico, conforme lo establece el marco normativo, a fin de garantizar que los recursos económicos asignados a dichos proyectos sean utilizados exclusivamente para atender las necesidades de abordaje de lista de espera, conforme lo evidenciado en los hallazgos 3.3 y 3.4.1.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación deberá aportarse a esta Auditoría la evidencia documental de la metodología implementada y los mecanismos de control desarrollados.

Plazo de cumplimiento: seis meses a partir de recibido el presente informe.

2. Efectuar, en coordinación con los despachos de la Gerencia Médica, Área de Estadística de Salud y otras instancias que se considere pertinente, una revisión integral de los plazos estimados y efectivamente ejecutados para la realización de procedimientos diagnósticos en el marco del Plan Piloto de Radiología. Lo anterior, en virtud de lo evidenciado en el hallazgo 3.4.4 y con el propósito de que producto del análisis que se realice se valore la pertinencia -en caso de corresponder- de ajustar los tiempos estimados por intervención, asegurando que reflejen la realidad operativa y sirvan como base precisa para calcular los costos por procedimiento, conforme a la fórmula establecida en la "Metodología CUMCAS-PIB"¹³.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación deberá aportarse a esta Auditoría la evidencia documental de la revisión efectuada y lo actuado -en caso de corresponder- para ajustar los tiempos estimados y costos por intervención.

Plazo de cumplimiento: seis meses a partir de recibido el presente informe.

¹³ "Metodología CUMCAS-PIB para la estimación de las modalidades de pago por resultados en la CCSS sobre el recurso humano considerado crítico para la prestación continua y sostenible de servicios de salud - Versión 1.3"



A LA DRA. ILEANA AZOFEIFA HERNÁNDEZ, DIRECTORA GENERAL A.I, HOSPITAL DE LAS MUJERES “DR. ADOLFO CARIT EVA”, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

3. Establecer en coordinación con la jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, un plan de fortalecimiento de las actividades y funciones que se realizan en el Servicio, con el fin de corregir las debilidades detectadas en el presente estudio, en cuanto a aspectos relacionados con la planificación operativa, abordaje de lista de espera, mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento del servicio; así como los aspectos de control interno y cualquier otro que se considere pertinente.

El plan que se diseñe se debe considerar los hallazgos evidenciados en el presente informe, para lo cual debe contemplar, entre otros aspectos, los siguientes:

- a- Efectuar un estudio donde se analice la productividad del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, a efectos de determinar la capacidad de ese servicio en jornada ordinaria, en virtud de lo expuesto en los hallazgos 1, 3.3 y 3.4.1.
- b- Revisión y ajuste de las metas establecidas en el Plan Anual Operativo y Plan Presupuesto, a fin de ajustarlas a la capacidad productiva del Servicio en jornada ordinaria, en virtud de lo señalado en el hallazgo 1.
- c- Instruir las coordinaciones correspondientes entre el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas y el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento para la elaboración de un plan de sustitución y/o reemplazo de los equipos médicos de dicha unidad, de conformidad con el hallazgo 2.
- d- Definición de estrategias que permitan la inclusión de las imágenes de procedimientos diagnósticos en el Expediente Único en Salud (EDUS) de forma oportuna, en aras de brindar atención a las situaciones expuestas en los hallazgos 3.4.3 y 6.
- e- Revisión y análisis de las funciones ejecutadas por la funcionaria Y.P.N.S. a efectos de que se determine si corresponde ajustar esas funciones a las tareas establecidas en el Manual Descriptivo de Puestos. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 4.
- f- Análisis de la distribución de los roles de trabajo de las jornadas ordinarias y extraordinarias del personal adscrito al Servicio de Radiología, conforme las tareas que establece el Manual Descriptivo de Puestos para cada perfil; a efectos de garantizar una distribución equitativa, y que las extras se asignen conforme al rol mensual establecido, en virtud de lo expuesto en el hallazgo 7.
- g- Implementar estrategias que permitan atender las situaciones que generan la presentación de denuncias por parte de los usuarios en la Contraloría de Servicios de ese hospital, en virtud de lo expuesto en el hallazgo 6.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá remitir, posterior al recibido del presente informe, el plan de trabajo diseñado que contenga, entre otros: cronograma, responsables y las actividades que atienden los ítems anteriores para el fortalecimiento de los procesos sustantivos que corresponde ejecutar al Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres.

Plazo de cumplimiento: El plan deberá elaborarse y presentarse a este Órgano de Control y Fiscalización en el plazo de **cuatro meses** y, **seis meses** después de haber elaborado el plan, presentar a esta Auditoría el informe de las actividades y tareas implementadas y acciones adoptadas para fortalecer la gestión del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, así como el estado de avance en la ejecución del plan. **Total: diez meses plazo para el cumplimiento de la recomendación.**

4. Establecer un programa de supervisión periódico que permita garantizar y brindar seguimiento a las actividades que realiza el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, a fin de que se fortalezca el control interno y se asegure la correcta ejecución de las tareas sustantivas que realiza esa unidad; además, se implementen las herramientas pertinentes e indicadores que acrediten documentalmente las acciones efectuadas por esa dirección en aras de mejorar los procesos en ese Servicio, en virtud de los hallazgos 1, 2, 3.3, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5., 3.4.7, 4, 6 y 7.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación deberá aportarse a esta Auditoría la evidencia documental del programa de supervisión y su efectiva implementación.

Plazo de cumplimiento: seis meses a partir de recibido el presente informe.

5. Efectuar, en coordinación con la jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Grupo Gestor de Lista de Espera de ese hospital, y cualquier otra instancia que considere pertinente, un análisis integral referente al abordaje que se brinda a las listas de espera en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, con el propósito de fortalecer esta gestión. Resultado del análisis que se realice, se deben adoptar las acciones pertinentes que garanticen la atención oportuna de los pacientes para los procedimientos diagnósticos radiológicos en ese nosocomio.

Entre los aspectos que deben contemplarse en el análisis que se efectúe, se debe valorar, entre otros, los siguientes:

- a- Valorar la factibilidad de que el Grupo Gestor de Lista de Espera asuma el control, evaluación y seguimiento a los casos de pacientes en lista de espera del Servicio de Radiología, a efectos de garantizar un adecuado sistema de control interno. Lo anterior, de conformidad con la instrucción establecida en el documento GM-MDB-1745-15 del 3 de marzo de 2015 y en atención del hallazgo 3.1.
- b- Establecer mecanismos para la identificación, control y depuración de listas de espera del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, a efectos de disponer información confiable y oportuna de los proyectos autorizados en el abordaje de las listas de espera, en virtud de lo expuesto en los hallazgos 3.2, 3.3 y 3.4.1.
- c- Efectuar revisión y ajustes pertinentes a los acuerdos voluntarios de participación y compromiso firmados entre los médicos especialistas en radiología y la jefatura del Servicio y/o Dirección Médica del hospital, en el marco del Plan Piloto de Radiología, conforme lo evidenciado en el hallazgo 3.4.2.
- d- Evaluar lo actuado en las jornadas de producción realizadas por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el Plan Piloto de Radiología, a fin de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la circular GM-7413-2024/GM-AOP-0413-2024 y disposiciones conexas, respecto a la programación de citas, seguimiento de pacientes con diagnóstico alterado. Lo anterior, en virtud de lo expuesto en el hallazgo 3.4.3.
- e- Revisar la información relativa a la productividad en las jornadas de producción en el Plan Piloto de Radiología, conforme lo evidenciado en el hallazgo 3.4.5, a efectos de garantizar la uniformidad y calidad de la información.
- f- Remitir los informes de productividad en el marco del Plan Piloto de Radiología a la UTLE, conforme el plazo solicitado por esa instancia, en virtud de expuesto en el hallazgo 3.4.7.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación se deberá remitir a esta Auditoría la evidencia documental del análisis efectuado y las acciones adoptadas en la ejecución del Plan Piloto de Radiología en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital de Las Mujeres.

Plazo de cumplimiento: seis meses posteriores al recibo del presente informe.

6. Emitir recordatorio a las jefaturas del hospital, mediante un comunicado general, para que se refuerce el cumplimiento estricto en la elaboración y presentación de los roles de trabajo, de acuerdo con los formatos establecidos en las circulares GG-DAGP-1905-2022 y GA-DAGP-1188-2024, con el propósito de garantizar que los roles ordinarios y extraordinarios sean documentados de manera adecuada, cumpliendo con las normativas internas y asegurando la calidad y precisión de la información, de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 5.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación se deberá remitir a esta Auditoría la circular emitida a las jefaturas sobre el formato que debe ser utilizado para la presentación de los roles de tiempo ordinario y extraordinario.

Plazo de cumplimiento: un mes posterior al recibo del presente informe.

7. Efectuar, en coordinación con la jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas y de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, las acciones correspondientes a fin de que se revisen las inconsistencias identificadas por esta Auditoría en el trámite y pago de las jornadas de producción laboradas en el marco del Plan Piloto de Radiología (Metodología CUMCAS-PIB) por los médicos especialistas en Radiología del Hospital de Las Mujeres, a fin de que se adopten las acciones que en derecho correspondan, según lo expuesto en el hallazgo 3.4.6.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá remitir a la Auditoría informe de la actuado para subsanar las inconsistencias identificadas.

Plazo de cumplimiento: ocho meses, posterior al recibido el presente informe.

8. Valorar y revisar las observaciones y comentarios realizados por los funcionarios del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, sobre la percepción del clima laboral, con el fin de identificar y corregir las áreas de mejora en cada unidad. Además, es necesario asegurar que los resultados de las encuestas de clima organizacional de ese nosocomio sean comunicados de manera transparente a los funcionarios de cada unidad, promoviendo la equidad y la confianza en el proceso de mejora continua, conforme a lo indicado en el hallazgo 7.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría la evidencia documental que demuestre las acciones implementadas por la Administración para atender las observaciones y comentarios realizados por los funcionarios de las unidades mencionadas.

Plazo de cumplimiento: nueve meses contados a partir de la recepción del presente informe.

9. Instruir a la Jefatura del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, revisar y de ser procedente, actualizar la información incluida dentro de la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que se realizan en esa unidad y que se vinculen 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”. Asimismo, se establezcan los controles mínimos para mitigarlos y la metodología para monitorear de forma periódica su cumplimiento y eficacia. De conformidad con el **hallazgo 8**, de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de la citada recomendación, se deberá suministrar información de la instrucción girada al Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, así como la evidencia documental que demuestre la actualización de la “Matriz de Valoración de Riesgos” en dichas unidades, que contenga de forma integral la totalidad de riesgos identificados.

Plazo de cumplimiento: ocho meses contados a partir de la recepción del presente informe.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles¹⁴ se deberá remitir a esta Auditoría el “cronograma”¹⁵ con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo

¹⁴ 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.

¹⁵ Requerido en el Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: “Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

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

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 65 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, AI-R001, mediante oficio AI- 1995- 2024, del 12 de diciembre de 2024, se realizó la convocatoria para comunicar los hallazgos, conclusiones y recomendaciones obtenidos en el presente informe.

Los resultados de la evaluación fueron comunicados el 17 de diciembre de 2024, a las 10 horas, en la Oficina de la Auditoría Interna, piso 12 del Edificio Laureano Echandi, con la participación de los siguientes funcionarios: Licda. Karen Vargas López, Asesora de la Gerencia Médica; Dra. María Verónica Quesada Espinoza, Coordinadora Unidad Técnica de Listas de Espera y Dra. Ileana Azofeifa Hernández, Directora General del Hospital de Las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Los principales comentarios fueron los siguientes:

Hallazgos: No hubo comentarios.

Recomendaciones:

- **Recomendación 1 y 2:** La Dra. Quesada Espinoza solicitó ampliar el plazo a 6 meses.
- **Recomendaciones 3:** La Dra. Azofeifa solicitó ampliar el plazo de entrega del plan a 4 meses, y el avance en 6 meses posterior a la entrega del plan, para un total de 10 meses para el cumplimiento de la recomendación.
- **Recomendación 4 y 5:** La Dra. Azofeifa solicitó ampliar el plazo a 6 meses.
- **Recomendación 7:** La Dra. Azofeifa solicitó ampliar el plazo 8 meses.
- **Recomendación 8:** La Dra. Azofeifa solicitó ampliar el plazo a 9 meses.
- **Recomendación 9:** La Dra. Azofeifa solicitó ampliar el plazo 8 meses.

La Auditoría Interna, aceptó la propuesta de ampliación de plazo solicitada por las doctoras antes mencionadas.

ÁREA AUDITORIA DE SALUD

Lic. Eduardo Morales Sánchez
Asistente de Auditoría

Licda. Pamela Viales Espinoza
Asistente de Auditoría



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Licda. Francella Fallas Núñez, jefe
Subárea

OSC/RJS/EAM/FFN/EAMS/PVE/ayms



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

ANEXO 1

Imagen de lista de espera radiodiagnóstico: Mamografías

N° ID	Fecha Registro	Fecha Cita	Seci	Dsc Secci	Co	Dsc Serv	Servi	Dsc Servi	Dí	Plē	ESTADO	Fecha Aten	Día atenc	Mes atē	Año ate
202202000000	12/05/2022	12/05/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202202000000	31/03/2022	31/03/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202202000000	31/03/2022	31/03/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202202000000	31/03/2022	31/03/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202202000000	31/03/2022	31/03/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202107000000	01/12/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202107000000	01/12/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	01/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	1	0	DEPURADA				
202105000000	09/09/2021	09/09/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	0	0	DEPURADA				
202001000000	14/07/2020	18/09/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	66	46	DEPURADA				
202201000000	07/02/2022	24/02/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	17	9	DEPURADA				
202000000000	29/01/2020	27/02/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	29	17	DEPURADA				
202105000000	28/09/2021	16/12/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	79	71	DEPURADA				
202102000000	18/05/2021	09/08/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	83	59	DEPURADA				
202001000000	06/05/2020	14/07/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	69	0	DEPURADA				
202202000000	17/05/2022	23/06/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	37	30	DEPURADA				
202106000000	29/09/2021	01/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	2	0	DEPURADA				
202103000000	25/06/2021	12/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	109	103	DEPURADA				
202002000000	04/08/2020	28/09/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	55	24	DEPURADA				
202002000000	28/09/2020	14/10/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	16	14	DEPURADA				
202107000000	30/11/2021	03/01/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	34	26	DEPURADA				
202201000000	21/03/2022	06/05/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	46	39	DEPURADA				
202001000000	30/04/2020	30/06/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	61	57	DEPURADA				
202101000000	30/03/2021	07/04/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	8	2	DEPURADA				
202103000000	21/06/2021	14/09/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	85	75	DEPURADA				
201904000000	12/12/2019	13/01/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	32	7	DEPURADA				
202101000000	16/03/2021	19/04/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	34	14	DEPURADA				
202106000000	04/10/2021	12/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	8	1	DEPURADA				
202106000000	04/10/2021	24/11/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	51	44	DEPURADA				
202200000000	12/01/2022	18/02/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	37	30	DEPURADA				
202201000000	01/03/2022	28/04/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	58	51	DEPURADA				
202202000000	03/05/2022	17/06/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	45	36	DEPURADA				
202001000000	19/02/2020	16/03/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	26	12	DEPURADA				
202001000000	12/06/2020	21/07/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	39	0	DEPURADA				
202000000000	04/02/2020	19/03/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	44	15	DEPURADA				
202202000000	06/05/2022	13/06/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	38	32	DEPURADA				
202103000000	28/06/2021	14/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	108	105	DEPURADA				
202202000000	02/05/2022	10/06/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	39	29	DEPURADA				
202103000000	06/07/2021	22/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	108	95	DEPURADA				
202106000000	20/10/2021	23/11/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	34	22	DEPURADA				
202101000000	18/05/2021	05/08/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	79	55	DEPURADA				
202001000000	22/04/2020	24/06/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	63	51	DEPURADA				
201902000000	23/08/2019	18/02/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	179	155	DEPURADA				
201900000000	15/01/2019	26/02/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	407	392	DEPURADA				
202102000000	08/06/2021	21/09/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	105	90	DEPURADA				
202105000000	22/09/2021	30/09/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	8	3	DEPURADA				
202202000000	11/05/2022	17/06/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	37	24	DEPURADA				
202107000000	17/11/2021	11/01/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	55	34	DEPURADA				
202101000000	27/04/2021	01/07/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	65	58	DEPURADA				
202103000000	30/06/2021	19/10/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	111	110	DEPURADA				
202000000000	27/01/2020	01/10/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	248	234	DEPURADA				
202101000000	28/04/2021	01/09/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	126	120	DEPURADA				
202108000000	21/12/2021	16/03/2022	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	85	79	DEPURADA				
202300000000	19/01/2023	22/02/2023	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	34	16	DEPURADA				
202000000000	17/01/2020	13/02/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	27	3	DEPURADA				
202000000000	15/01/2020	11/02/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	27	1	DEPURADA				
202002000000	29/07/2020	25/09/2020	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	58	53	DEPURADA				
202002000000	25/09/2020	20/01/2021	3363	RADIOLOGIA	43	RADIOLOGIA	43095	MAMOGRAFIA	117	112	DEPURADA				



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

ANEXO 2

Tiempos ejecutados en la realización de procedimientos diagnósticos.

Funcionario	Reporte	Dia/Mes	Procedimiento	Cantidad de procedimientos realizados	Horario laborado	Monto devengado por día	Monto devengado por mes	Observaciones
A.E.R.	1965863-2024	28/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	98	De 10am a 4pm (6 horas)	€ 1,195,600.00	€ 1,195,600.00	En promedio destinó 3,67 minutos para cada lectura.
R.G.A.	1965945-2024	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	122	De 9am a 6pm (9 horas)	€ 1,488,400.00	€ 5,990,200.00	En promedio destinó 4,42 minutos para cada lectura.
		28/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	215	De 9am a 6pm (9 horas)	€ 2,623,000.00		En promedio destinó 2,51 minutos para cada lectura.
		30/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	77	De 4pm a 10pm (6 horas)	€ 939,400.00		En promedio destinó 4,68 minutos para cada lectura.
		31/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	77	De 4pm a 10pm (6 horas)	€ 939,400.00		En promedio destinó 4,68 minutos para cada lectura.
M.M.S.	1965880-2024	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	198	De 9am a 10pm (13 horas)	€ 2,415,600.00	€ 2,415,600.00	En promedio destinó 3,94 minutos para cada lectura.
P.V.C.	1965917-2024	27/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	29	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 353,800.00	€ 732,000.00	En promedio destinó 10,34 minutos para cada lectura.
		31/07/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	31	De 4pm a 9pm (5 horas)	€ 378,200.00		En promedio destinó 9,68 minutos para cada lectura.
R.G.A.	1994373-2024	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	227	De 9am a 9pm (12 horas)	€ 2,769,400.00	€ 2,769,400.00	En promedio destinó 3,17 minutos para cada lectura.
P.V.C.	1994342-2024	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	60	De 9am a 4pm (7 horas)	€ 732,000.00	€ 732,000.00	En promedio destinó 7 minutos para cada lectura.
M.M.S.	1994307-2024	10/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	247	De 9am a 9pm (12 horas)	€ 3,013,400.00	€ 8,442,400.00	En promedio destinó 2,91 minutos para cada lectura.
		24/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	246	De 9am a 9pm (12 horas)	€ 3,001,200.00		En promedio destinó 2,93 minutos para cada lectura.
		31/08/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	199	De 9am a 3pm (6 horas)	€ 2,427,800.00		En promedio destinó 1,81 minutos para cada lectura.
P.V.C.	2050567-2024	07/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	30	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 366,000.00	€ 732,000.00	En promedio destinó 10 minutos para cada lectura.
		08/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	30	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 366,000.00		En promedio destinó 10 minutos para cada lectura.
M.M.S.	2050577-2024	05/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	93	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 1,134,600.00	€ 8,320,400.00	En promedio destinó 3,23 minutos para cada lectura.
		07/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	93	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 1,134,600.00		En promedio destinó 3,23 minutos para cada lectura.
		19/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	80	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 976,000.00		En promedio destinó 3,75 minutos para cada lectura.
		20/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	80	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 976,000.00		En promedio destinó 3,75 minutos para cada lectura.
		21/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	81	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 988,200.00		En promedio destinó 3,70 minutos para cada lectura.
		27/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 1,037,000.00		En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
		28/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 1,037,000.00		En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
		29/09/2024	Lecturas de MMG por tomosíntesis	85	De 9am a 2pm (5 horas)	€ 1,037,000.00		En promedio destinó 3,53 minutos para cada lectura.
A.E.R.	1994484-2024	22/08/2024	Ultrasonidos	24	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 295,200.00	€ 885,600.00	En promedio destinó 10 minutos para cada US.
		26/08/2024	Ultrasonidos	24	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 295,200.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 26 ago: 23 US mama y 1 de abdomen completo
		28/08/2024	Ultrasonidos	24	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 295,200.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 28 ago: 23 US mama y 1 de abdomen completo
A.E.R.	2051460-2024	16/09/2024	Ultrasonidos	20	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 246,000.00	€ 516,600.00	Se debe revisar, registró en detalle de pago: 18 US mama 1 vías urinarias y 1 de abdomen completo
		23/09/2024	Ultrasonidos	22	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 270,600.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago: 15 US mama, 3 cuello y 4 de abdomen completo
R.G.A.	2051463-2024	19/09/2024	Ultrasonidos	30	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 369,000.00	€ 1,512,900.00	Se debe revisar, registró en detalle de pago: 27US mama, 1 vías urinarias, y 2 de abdomen completo
		24/09/2024	Ultrasonidos	30	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 369,000.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago : 23 US mama, 2 vías urinarias, 1 cuello, 1 tejidos blandos y 3 de abdomen completo
		26/09/2024	Ultrasonidos	32	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 393,600.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago: 28 US mama, 1 vías urinarias, 2 cuello y 1 de abdomen completo
		27/09/2024	Ultrasonidos	31	De 3pm a 7pm (4horas)	€ 381,300.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago: 25 US mama, 1 vías urinarias, 2 cuello y 3 de abdomen completo
R.G.A.	1965823-2024	29/07/2024	Ultrasonidos	32	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 393,600.00	€ 836,400.00	En promedio destinó 7.30 minutos para cada US.
		31/07/2024	Ultrasonidos	36	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 442,800.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 31 de julio: 30 US mama y 6 de abdomen completo
M.M.S.	2051459-2024	09/09/2024	Ultrasonidos	33	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 405,900.00	€ 1,070,100.00	Se debe revisar, registró en detalle de pago el 9 set: 22 US mama, 2 vías urinarias, 1 tejidos blandos y 8 de abdomen completo
		18/09/2024	Ultrasonidos	32	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 393,600.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 18 set: 27 US mama, 1 vías urinarias, 1 cuello y 1 de abdomen completo
		25/09/2024	Ultrasonidos	22	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 270,600.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 25 set: 16 US mama, 2 cuello y 4 de abdomen completo
M.M.S.	1994449-2024	05/08/2024	Ultrasonidos	30	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 369,000.00	€ 1,156,200.00	En promedio destinó 8 minutos para cada US.
		19/08/2024	Ultrasonidos	31	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 381,300.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 19 ago: 27 US mama y 4 de abdomen completo
		26/08/2024	Ultrasonidos	33	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 405,900.00		Se debe revisar, registró en detalle de pago el 26 ago: 30 US mama y 3 de abdomen completo
M.M.S.	1965835-2024	29/07/2024	Ultrasonidos de mama	28	De 4pm a 8pm (4 horas)	€ 344,400.00	€ 344,400.00	En promedio destinó 8,57 minutos para cada ultrasonido.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 3

Productividad de ultrasonidos reportada por Radiólogo

Nombre	Día/Mes	Reporte	Horario	Cantidad de procedimiento	Horario ordinario	Procedimiento según detalle pago	Fecha realización según herramienta detalle	Cantidad proc según producción	Fecha realización según herramienta producción	Cantidad US en EDUS	Fecha de realización	Observaciones
A.E.R.	16/09/2024	2051460-2024	De 4pm a 8pm	20	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	20	16/09/2024	20	16/09/2024	20	16/09/2024	OK
A.E.R.	23/09/2024	2051460-2024	De 4pm a 8pm	22	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	22	23/09/2024	22	23/09/2024	9	23/09/2024	
R.G.A.	19/09/2024	2051463-2024	De 4pm a 8pm	30	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	30	18/09/2024	30	19/09/2024	30	19/09/2024	
R.G.A.	24/09/2024	2051463-2024	De 4pm a 8pm	30	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	30	24/09/2024	30	24/09/2024	29	24/09/2024	
R.G.A.	26/09/2024	2051463-2024	De 4pm a 8pm	32	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	32	26/09/2024	32	26/09/2024	31	26/09/2024	
R.G.A.	27/09/2024	2051463-2024	De 3pm a 7pm	31	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	31	27/09/2024	31	27/09/2024	10	27/09/2024	
M.M.S.	09/09/2024	2051459-2024	De 4pm a 8pm	33	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	33	09/09/2024	33	09/09/2024	28	09/09/2024	
M.M.S.	18/09/2024	2051459-2024	De 4pm a 8pm	32	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	32	18/09/2024	32	18/09/2024	30	18/09/2024	
M.M.S.	25/09/2024	2051459-2024	De 4pm a 8pm	22	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	22	25/09/2024	22	25/09/2024	21	25/09/2024	
A.E.R.	22/08/2024	1994484-2024	De 4pm a 8pm	24	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	24	22/08/2024	Ver observaciones	Ver observaciones	24	22/08/2024	No se aporta producción de este día, sin embargo, en el reporte de producción del 28-8, se observa que el día 23 ago realizó 22 US
A.E.R.	26/08/2024	1994484-2024	De 4pm a 8pm	24	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	24	26/08/2024	24	26/08/2024	24	26/08/2024	En hoja de producción se incluye información de otros médicos y días
A.E.R.	28/08/2024	1994484-2024	De 4pm a 8pm	24	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	24	28/08/2024	22	28/08/2024	23	28/08/2024	En hoja de producción se incluye información de otros médicos y días
R.G.A.	29/07/2024	1965823-2024	De 4pm a 8pm	32	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	32	29/07/2024	32	29/07/2024	34	29/07/2024	
R.G.A.	31/07/2024	1965823-2024	De 4pm a 8pm	36	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	36	31/07/2024	66	31/07/2024	37	31/07/2024	Tiene al paciente 113590102 duplicado.
M.M.S.	05/08/2024	1994449-2024	De 4pm a 8pm	30	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	30	05/08/2024	Ver observaciones	Ver observaciones	32	05/08/2024	No se aportó
M.M.S.	19/08/2024	1994449-2024	De 4pm a 8pm	31	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	31	19/08/2024	66	19/08/2024	31	19/08/2024	
M.M.S.	26/08/2024	1994449-2024	De 4pm a 8pm	33	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	33	26/08/2024	Ver observaciones	Ver observaciones	38	26/08/2024	No se aportó
M.M.S.	29/07/2024	1965835-2024	De 4pm a 8pm	28	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	28	29/07/2024	26	29/07/2024	28	29/07/2024	



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincecs@ccss.sa.cr

ANEXO 4

Productividad de lecturas de mamografías reportada por Radiólogo

Nombre	Día/Mes	Reporte	Horario	Cantidad de procedimiento	Horario ordinario	Procedimiento según detalle según pago	Fecha realización según herramienta detalle	Cantidad proc según producción	Fecha realización según herramienta producción	Observaciones
M.M.S	05/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	93	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto y producción indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	07/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	93	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	19/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	80	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	20/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	80	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	21/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	81	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	27/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	85	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	28/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	85	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto indica que realizó 186 el 2/9, 241 el 16/9 y 255 el 23/9
M.M.S	29/09/2024	2050577-2024	De 9am a 2pm	85	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto y en producción indica que realizó 60 lecturas el 2/9.
P.V.C	07/09/2024	2050567-2024	De 9am a 2pm	30	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto y en producción indica que realizó 60 lecturas el 2/9.
P.V.C	08/09/2024	2050567-2024	De 9am a 2pm	30	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	En hoja detalle de gasto y en producción indica que realizó 60 lecturas el 2/9.
A.E.R.	28/07/2024	1965863-2024	De 10am a 4pm	98	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	98	22/07/2024	98	22/07/2024	
R.G.A.	10/08/2024	1994373-2024	De 9am a 9pm	227	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	227	05/08/2024	227	19/08/2024	
R.G.A.	27/07/2024	1965945-2024	De 9am a 6pm	122	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	No concuerda con la producción indicada en herramienta gasto: indica que hizo 244 el 22/7, 247 el 29/7. Además, en producción indica que el 29/7 realizó 32 lecturas; el 31/7 realizó 331 lecturas; el 22/7 realizó 244 lecturas.
R.G.A.	28/07/2024	1965945-2024	De 9am a 6pm	215	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	No concuerda con la producción indicada en herramienta gasto: indica que hizo 244 el 22/7, 247 el 29/7. Además, en producción indica que el 29/7 realizó 32 lecturas; el 31/7 realizó 331 lecturas; el 22/7 realizó 244 lecturas.
R.G.A.	30/07/2024	1965945-2024	De 4pm a 10pm	77	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	No concuerda con la producción indicada en herramienta gasto: indica que hizo 244 el 22/7, 247 el 29/7. Además, en producción indica que el 29/7 realizó 32 lecturas; el 31/7 realizó 331 lecturas; el 22/7 realizó 244 lecturas.
R.G.A.	31/07/2024	1965945-2024	De 4pm a 10pm	77	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	Ver observación	Ver observación	Ver observación	Ver observación	No concuerda con la producción indicada en herramienta gasto: indica que hizo 244 el 22/7, 247 el 29/7. Además, en producción indica que el 29/7 realizó 32 lecturas; el 31/7 realizó 331 lecturas; el 22/7 realizó 244 lecturas.
M.M.S	10/08/2024	1994307-2024	De 9am a 9pm	247	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	247	05/08/2024			
M.M.S	24/08/2024	1994307-2024	De 9am a 9pm	246	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	246	19/08/2024			
M.M.S	31/08/2024	1994307-2024	De 9am a 3pm	199	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	199	26/08/2024			
M.M.S	27/07/2024	1965880-2024	De 9am a 10pm	198	L-M: 7:30am a 4pm/K: 7:30am a 12:30pm	198	29/07/2024	198	29/07/2024	
P.V.C	10/08/2024	1994342-2024	De 9am a 4pm	60	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	60	05/08/2024	60	05/08/2024	
P.V.C	27/07/2024	1965917-2024	De 9am a 2pm	29	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	29	22/07/2024	29	22/07/2024	
P.V.C	31/07/2024	1965917-2024	De 4pm a 9pm	31	L-J: 7am a 4pm; V_ 7am a 3pm	31	29/07/2024	31	29/07/2024	



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

ANEXO 6

Plan de mejora Estudio de Clima Organizacional

Nombre del Indicador de Clima Organizacional prioritario	Acciones o Compromisos	Evidencias
1. Adecuación de condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> a. Mejor aprovechamiento de la infraestructura del servicio b. Búsqueda de mejoras en la infraestructura del servicio c. Obtención de equipamiento nuevo y en buen funcionamiento d. Aun se requiere de espacio de oficinas y sala de reuniones adecuado para el personal e. Iluminación de espacios de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> a. Re ubicación de espacios laborales b. Mejoras en mobiliario, ventilación del espacio c. Adquisición de equipamiento digital actualizado en sala de rayos x y equipos portátiles, de equipo de estereotaxia, actualización de sistema de cómputo del mamógrafo, futura adquisición de equipo de gamma sonda d. Por falta de espacio físico es difícil poder contar con esas necesidades e. Implementar posibilidad de instalar sistema de iluminación Blue Room en la sala de reportes de los radiólogos
2. Reconocimiento a la aportación	<ul style="list-style-type: none"> a. Ambiente laboral armonioso b. Comunicación asertiva c. Cumplimiento de metas y objetivos según el perfil laboral 	<ul style="list-style-type: none"> a. No han existido conflictos en el servicio tanto entre jefatura y subalternos como entre subalternos. Trato con respeto, solidaridad, empatía, buen trato interpersonal, compañerismo
	<ul style="list-style-type: none"> d. Equidad constante en los derechos y deberes de los funcionarios e. Fortalecimiento en el enfoque de valores al momento de llevar a cabo las labores encomendadas f. Llevar a cabo reconocimientos en cuanto a factores como calidad y excelencia en el trabajo realizado g. Mejorar el trabajo en equipo h. Adecuado diálogo para resolver conflictos inter personales y laborales i. Contribuir en la constante formación y capacitación del personal (desarrollo laboral) j. Mejoras en la comunicación entre jefatura y personal 	<ul style="list-style-type: none"> b. Comunicados, dialogo grupal o entre jefatura y determinada funcionaria c. Labores que muestran rendimiento satisfactorio y que permiten cumplir las metas pactadas d. Distribución equitativa de roles y funciones ordinarias y en sus derechos tales como realización de tiempo extraordinario, derecho de expresión y de manifestar cambios, sugerencias, etc e. Trabajar con ética y valores para con la Institución y para con las usuarias, respeto hacia los funcionarios o compañeros institucionales, contar cada persona con compromiso, integridad, dar lo mejor de sí, trabajar con responsabilidad f. Reconocimientos manifestados de manera verbal o escrita (certificado, correo electrónico), ofrecimiento de incentivos, flexibilidad horaria, hacia la persona funcionaria considerando su buena labor y estimulando la continuidad de dicha acción g. Mejor comunicación grupal, contar con protocolos o planes de acción , compartir conocimientos y experiencias para obtener mejoras en el servicio, llevar a cabo el mismo bajo apoyo mutuo o cooperación, con participación organizada h. Procurar esa acción mediante reuniones de personal donde se traten asuntos para mejorar, ideas constructivas, retroalimentación de experiencias laborales por fallo organizacional o laboral, no culpabilizar, sino más bien enmendar el error o falla mediante propuestas de mejora i. Otorgar permisos para asistir a cursos, capacitaciones, congresos, talleres o charlas educativas relacionadas con la profesión que se ejerce, para actualizaciones o refrescamientos, también pueden ser cursos motivacionales, de bienestar mental y sobre crecimiento personal.