



ASALUD-0019-2024

19 de junio de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2024 de la Auditoría Interna, y en atención a las denuncias DE-183-2023, DE-217-2023 y DE-256-2023, sobre la gestión del programa de trasplante hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los resultados de la evaluación revelan oportunidades de mejora en la efectividad de las acciones de la Gerencia Médica, en cuanto al direccionamiento, coordinación y supervisión del Programa Institucional de Donación y Trasplante. Lo descrito, podría estar afectando la disminución en el desempeño de indicadores, la ejecución de acciones oportunas para la atención de recomendaciones y órdenes sanitarias del Ministerio de Salud, entre otros aspectos. Se destaca la necesidad de revisar y fortalecer la ejecución del programa, haciendo hincapié en el fortalecimiento de la dirección efectiva y supervisión constante. Asimismo, es procedente garantizar el cumplimiento de las directrices regulatorias y fortalecer la gestión del Programa de Donación y Trasplante.

El presente informe, en relación con los deberes y responsabilidades de la Coordinación Institucional de Donación y Trasplante, se evidenció como áreas de mejora, la actualización del plan de formación, ausencia de protocolos en diversas especialidades, falta de revisión de diagramas de flujo tras cambios normativos y la carencia de indicadores de gestión y análisis estadísticos, situaciones que comprometen la eficiencia y calidad del programa.

El estudio realizado permitió determinar que el equipo del Programa Institucional de Donación y Trasplante no cumple completamente con los requisitos del Perfil Funcional establecido, aunque la Junta Directiva aprobó este perfil en el 2021, al observarse que el programa carece de personal, especialmente en el equipo de gestores, esenciales para las actividades de donación, trasplante y promoción. Además, la ausencia de un diagnóstico de capacidad operativa dificulta que la Administración conozca los recursos disponibles; al respecto, a pesar de los esfuerzos realizados desde 2020, aún no se ha finalizado el estudio de capacidad instalada para evaluar la idoneidad de los recursos en relación con los objetivos del programa.

Adicionalmente, se evidenció que la institución no ha completado la implementación de la Primera Etapa del Modelo de Gestión para Donación y Trasplante, generando incertidumbre sobre su alineación con regulaciones actuales. Sobre el particular, ni el Modelo, ni el Perfil Funcional han sido cumplidos por la Gerencia Médica y la Coordinación del Programa, afectando la gestión estratégica y operativa. A pesar de modificaciones en 2021, no se concretaron cambios significativos en las actividades relacionadas con donación y trasplante en los establecimientos de salud.

Es relevante mencionar que el modelo actual de remuneración para profesionales de la salud involucrados en trasplantes carece de normativa, a pesar de la instrucción de la Junta Directiva para establecer un marco regulatorio; en este sentido, en 2016 se aprobó un modelo de pago, pero la correspondiente normativa no se elaboró hasta abril de 2023, mediante la presentación de un instructivo en esa fecha, el cual las autoridades institucionales aún no han oficializado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Por otro lado, las estrategias propuestas para disponer de un sistema de donación efectivo por parte de la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes no han garantizado alcanzar las tasas de donación proyectadas a nivel nacional, siendo que en el año 2020 se canceló por concepto de disponibilidades médicas a los médicos especialistas que participan en los procesos de trasplante un total ₡445.950.609.37, con la tasa de donación de 5.3 por millón de habitantes, mientras que para el 2021 esa suma ascendió a ₡731.694.509.18, precisamente en el año con la tasa más baja de donación de 3.3 (según los registros considerados en el estudio), para el 2022 el monto fue de ₡666.441.060.93 con la tasa de donación de 5.21 y para el 2023 ₡537.665.728.76 con la tasa de donación de 4.03.

Asimismo, se determinó que las disposiciones de Junta Directiva acordadas en el artículo 25 de la sesión número 8782 celebrada el 11 de junio de 2015 y en el artículo 10 de la sesión número 9062 del 7 de noviembre de 2019, relacionados con los trasplantes hepático-pediátricos con donante cadavérico y con donante vivo, no se han cumplido desde junio de 2019 hasta la fecha, por cuanto estas intervenciones quirúrgicas se realizaron únicamente por un cirujano especialista en trasplante de hígado pediátrico en el Hospital Nacional de Niños, periodo en el cual se presentó un aumento en los fallecimientos intraoperatorios (muerte en sala operaciones) y perioperatorios (muerte horas después del trasplante), así como en las complicaciones pos-trasplante que requirieron reintervención quirúrgica en el citado centro hospitalario.

Del análisis de mortalidad realizado del 2016 al 2023, se determinó que el promedio de puntaje MELD al momento del trasplante del total de pacientes fallecidos en el hospital México fue MELD > 21 puntos y superior a 25 puntos y en el hospital Dr. Rafel Ángel Calderón Guardia, fue un MELD < 21 puntos; además, del total de los pacientes fallecidos (14), 10 fallecieron durante el primer año post trasplante, es decir 71.42% sobrevivieron menos de 1 año y un 60 % tuvieron un MELD menor a 21 puntos al momento de ser trasplantados.

Se determinó que la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes no dispone de un sistema de control para el seguimiento de los registros de pago de disponibilidades médicas que se cancelan en los diferentes Centros Hospitalarios autorizados para realizar trasplantes, así como tampoco de un plan de monitoreo para determinar el costo beneficio de la continuidad de la disponibilidad.

Debido a lo anterior, se emitieron 7 recomendaciones dirigidas a la Administración Activa, con el objetivo de mejorar la eficacia, eficiencia, calidad y cumplimiento normativo en los procesos de donación y trasplante a nivel institucional.



ASALUD-0019-2024

19 de junio de 2024

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE- 2901

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2024 del Área Auditoría de Salud, en atención a las denuncias DE-183-2023, DE-217-2023 y DE-256-2023, y según lo acordado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 57° de la sesión N° 9354, celebrada el 13 de julio de 2023, referente a la atención del oficio N° FVNDD-001-06-2023 del 7 de junio de 2023.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa y funcionamiento del programa de trasplante hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la razonabilidad del direccionamiento, coordinación y supervisión del programa institucional de donación y trasplante.
- Evaluar el cumplimiento de las funciones sustantivas asignadas a la Coordinación del programa institucional de donación y trasplante, según las disposiciones regulatorias.
- Verificar las acciones impulsadas para el cumplimiento y atención de las órdenes sanitarias giradas por el Ministerio de Salud.

ALCANCE

El alcance del estudio comprendió la revisión de las competencias y gestiones efectuadas por parte de la Gerencia Médica y la Coordinación del programa institucional de donación y trasplante, en relación con el programa de hepático, con el objetivo de evaluar su eficiencia y efectividad. El periodo de estudio comprende desde el 2018 al 2023, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.



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

METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Análisis de información extraída de sistemas institucionales (EDUS, ADIM) y de fuentes externas (IRODaT).
- Solicitud de información a los directores médicos de los establecimientos de salud relacionados con los procesos de donación y trasplante, así como a organizaciones externas.
- Entrevista y reuniones con los siguientes funcionarios Institucionales:
 - Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes.
 - Dr. José André Madrigal Bustamante, Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes.
 - Dra. María Amalia Matamoros Ramírez, Coordinadora del Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar en el Hospital México.
 - Dra. María Vanesa López Jara, Cirujana del Programa de Trasplante Hepático del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Marietta Vanessa Dailey Araya, Coordinadora Hospitalaria del Programa de Donación y Trasplante del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos y su Reglamento, 9222.
- Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, 2021.
- Manual de Organización de la Gerencia Médica.
- Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, (Código P3.PF-2-2020), 2020.
- Modelo de Gestión: "Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células", 2015.
- Documento "Fortalecimiento del Programa Institucional de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células", 2019.



ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 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 (...).”

SOBRE LOS HECHOS DENUNCIADOS

Mediante acuerdo de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 57° de la sesión N° 9354, celebrada el 13 de julio del año 2023, se conoció el oficio FVNDT-001-06-2023, de fecha 7 de junio del 2023. De forma unánime se acordó el “*traslado del citado oficio para que la Auditoría atendiera conforme corresponda e informe a esta Junta Directiva*”.

En las denuncias DE-183-2023, DE-217-2023 y DE-256-2023 se exponen supuestas irregularidades en la gestión del programa de trasplante hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social, las cuales se resumen a continuación:

1. El coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante incumplió funciones y deberes, evidenciados por una gestión ineficiente y opaca en la donación y trasplante de órganos; incumplimiento de las órdenes sanitarias giradas por el Ministerio de Salud; baja tasa de donación, tiempos de espera prolongados y alta mortalidad en la lista de espera de trasplante de hígado. Falta de comunicación y coordinación con especialistas y pacientes para comprender las necesidades del programa de trasplante hepático y los recursos necesarios (insumos, infraestructura, personal, equipamiento, entre otros) para llevar a cabo los trasplantes en el Centro de Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar del hospital México.
2. Presunta incompatibilidad de funciones de un Coordinador de Trasplantes de un Centro Hospitalario, al incumplir el artículo 32 del Reglamento a la Ley N° 9222 de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, donde se establece que el personal de salud encargado de la extracción y del trasplante de los órganos, participe también en el proceso de petición de órganos y/o tejidos del donante cadavérico. Debilidades en el control interno en la gestión de las disponibilidades médicas e incumplimiento de la normativa que regula este tema.
3. Cirujano jubilado de la CCSS participa en trasplantes hepáticos y renales de un Hospital Nacional, ante la falta de especialistas para atender un operativo de trasplante.

Con respecto a los puntos 2 y 3 mencionados previamente, este órgano de control llevó a cabo los procedimientos para abordarlos, siguiendo las técnicas y prácticas de auditoría establecidas, a partir de los cuales no se determinó la existencia de hallazgos, documentación respaldada en los papeles de trabajo de este informe.



ANTECEDENTES

Para una mejor comprensión del presente estudio, es relevante indicar que el periodo evaluado corresponde a la gestión del Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, quien se desempeñó como Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, a partir del 8 de noviembre de 2019 y de manera simultánea como Coordinador del Programa de Trasplantes del hospital Nacional de Niños.

Posteriormente, el puesto de Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes fue asumido por el Dr. José André Madrigal Bustamante, quien se incorporó a partir del 1° de noviembre de 2023.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA GESTIÓN REALIZADA POR LA GERENCIA MÉDICA AL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE.

Los resultados evidencian la importancia de mejorar la efectividad de las acciones ejercidas por la Gerencia Médica en lo que respecta a su función de dirección, de coordinación y supervisión, de la gestión del Programa Institucional de Donación y Trasplante.

El análisis evidencia oportunidades de mejora en la administración y el direccionamiento de las actividades del programa en los aspectos que se detallan a continuación:

- **Indicadores de gestión:** Los informes del Registro Internacional de Donación y Trasplante (IRODaT) y los datos proporcionados por la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante¹ indican una tendencia a la baja en los principales indicadores que miden la gestión en el ámbito de la donación y trasplante. A continuación, se detalla algunos de los resultados obtenidos:

Cuadro 1
Indicadores de gestión en donación y trasplante
Programa Institucional de Donación y Trasplante
2018 – I Semestre 2023

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022	I Semestre 2023
Tasas donantes cadavéricos (por millón de población)	6,97	6,70	5,27	3,30	5,21	2,30
Tasas donantes vivos (por millón de población)	5,97	8,36	1,79	4,98	5,97	4,78
Cantidad donantes cadavéricos	44	34	29	19	30	14
Cantidad donantes vivos	30	42	9	25	30	24
Tasa de Procuración (por millón de población)	8,76	6,70	5,66	3,69	5,79	2,68
Tiempo de Espera hasta Trasplante Hepático (en días)	No Datos	No Datos	304.40	316.78	404.90	201.18

Fuente: Oficio GM-PIDT-0234-2023 del 14 de octubre de 2023

¹ Oficio GM-PIDT-0234-2023 del 14 de octubre de 2023.



De acuerdo con la información consignada en el cuadro anterior, se evidencia una disminución en la tasa de donantes cadavéricos y vivos en 2020, lo que coincide con el inicio de la pandemia de la COVID-19. En 2021 y 2022, se observa cierta recuperación en las tasas de donantes cadavéricos y vivos, aunque no alcanza los niveles previos a la citada pandemia.

En lo referente a la Tasa de Procuración, esta tiene un comportamiento similar, con una caída en el indicador para el 2021 y una leve recuperación en 2022. Por su parte, el Tiempo de Espera para Trasplante Hepático presentó un aumento de 2020 a 2022, y una reducción en el primer semestre de 2023, lo cual es positivo. En el primer semestre de 2023, la mayoría de los indicadores muestran una tendencia a la baja, lo que podría indicar un problema persistente o estacional.

Cabe mencionar que existen indicadores² sobre los cuales la Coordinación Institucional de Donación y Trasplante no dispone de información y/o datos, tales como: Calidad de gestión de procuración y donación; Tasa de viabilidad de órganos; Mortalidad intraoperatoria; Calidad de gestión del procedimiento de trasplante; Cantidad de casos y causas de no aprovechamiento de órganos; Costo anual por procedimientos, que son fundamentales para el fortalecimiento y verificación de la gestión de donación y trasplante.

- **Seguimiento a Informes de Auditoría Interna:** Se ha identifican incumplimientos puntuales a las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría, así como a las acciones concretas para abordar los puntos señalados en los comunicados de advertencia y asesoría.

Un ejemplo de esto es el informe ASS-079-2019³, el cual no ha sido atendido en su totalidad y dentro de sus recomendaciones solicita la realización de un diagnóstico situacional del programa de donación y trasplante, definir y monitorear indicadores de gestión, elaborar normativa técnica y evaluar costos hospitalarios, entre otros aspectos.

Además, en el oficio de asesoría AS-ASS-1882-2020⁴ y en la advertencia AD-ASF-1135-2021⁵, se emiten consideraciones referentes a los principalmente riesgos asociados a la dirección, supervisión, recursos disponibles y gestión institucional en donación y trasplante, sin que se evidencie la atención y el abordaje de cada uno de los aspectos señalados por esta Auditoría Interna.

- **Denuncias y solicitudes de investigación:** El Programa Institucional de Donación y Trasplante, particularmente en lo concerniente al ámbito hepático, ha sido objeto de denuncias presentadas, ante la Auditoría Interna como en otras instancias, en las cuales se cuestiona la actuación y dirección del anterior coordinador del programa. Además, medios de comunicación y organizaciones relacionadas con la donación y el trasplante, han externado críticas y señalamientos sobre la actuación institucional en este asunto.

² Indicadores definidos en el Modelo por Procesos para la Gestión del Programa de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, del Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

³ Estudio especial sobre el cumplimiento de las Normas referentes a trasplantes hepáticos..

⁴ Oficio de asesoría sobre la atención del acuerdo tercero del artículo No. 29 de la sesión No.9104, celebrada el 15 de junio de 2020, relacionado con la actualización del Informe del Programa Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

⁵ Oficio de advertencia respecto a la gestión institucional en materia de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

- **Órdenes Sanitarias:** El Ministerio de Salud, a través de informes técnicos, ha señalado debilidades en el Programa Institucional de Donación y Trasplante en aspectos relacionados con la disponibilidad de los equipos responsables de las donaciones y trasplantes, las condiciones de infraestructura necesarias. Estas preocupaciones generaron que el organismo regulador emitiera la orden sanitaria al Programa de Trasplante Hepático del Hospital México. Hasta la fecha de cierre de la ejecución de esta evaluación, el citado programa está funcionando debido a una medida cautelar dictada por el Tribunal Contencioso Administrativo y Civil de Hacienda el 23 de setiembre de 2023.
- **Disponibilidades Médicas:** La información extraída de la Aplicación de Disponibilidades Médicas (ADIM), para el periodo comprendido entre enero y julio de 2023, sugieren la necesidad de efectuar un análisis de la gestión y ejercer un mejor control de las disponibilidades médicas destinadas al proceso de donación y trasplante. A continuación, se presentan los siguientes datos:
 - De 599 días totales de disponibilidad en el periodo señalado (enero a julio 2023), 228 corresponden a disponibilidades con atención⁶, lo que representa un aprovechamiento del 38%.
 - En el citado periodo se generaron 420 boletas de atención, de las cuales 69 se atendieron presencialmente (16%) y 351 (84%) fueron por medio de llamada telefónica. Llama la atención la variación en la cantidad de las atenciones presenciales que realizan los diferentes equipos, ya que, por ejemplo, los especialistas del hospital México atendieron el 3% (8) de forma presencial y el 97% (250) telefónicamente, el equipo del hospital de Niños realizó el 28% (39) de sus atenciones de manera presencial y el restante 72% (101) mediante llamada telefónica. El equipo del hospital Calderón Guardia realizó todas sus atenciones (22) de forma presencial.
 - Con respecto a la distribución de las disponibilidades, el comportamiento en el periodo (enero a julio de 2023) fue el siguiente:

Cuadro 2
Cantidad de disponibilidades por especialista
enero a junio 2023

Médico	Hospital	Cantidad de Disponibilidades	Porcentaje
J.P.G.C.	H.N.N.	112	19%
A.H.Q.	H.N.N.	111	19%
V.L.J.	H.C.G.	64	11%
I.M.Q.	H.C.G.	61	10%
S.A.C.	H.C.G.	57	10%
L.M.M.H.	H.C.G.	30	5%
M.A.M.R.	H.M.	64	11%
C.L.C.B.	H.M.	58	10%
E.C.S.	H.M.	22	4%
A.Á.O.	H.M.	20	3%
Total		599	100%

Fuente: Elaboración propia.

⁶ Atención médica, ya sea de manera presencial o por medio de llamada telefónica, realizada por el especialista en disponibilidad.



Sobre si se analiza la efectividad de las disponibilidades médicas, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, mencionó⁷ a esta Auditoría lo siguiente: “Dado que las disponibilidades pertenecientes al Programa Institucional de Donación y Trasplante se rigen, al igual que toda disponibilidad médica en la institución, por el Reglamento Único de Disponibilidades Médicas, se ha entregado el correspondiente informe anual a la Unidad Técnica de Listas de Espera. En estos informes y la retroalimentación generada por la instancia técnica a cargo del control de esta modalidad de cobertura, se han encontrado obstáculos y limitaciones para llevar un adecuado control”.

La Gerencia Médica, de conformidad con su manual de organización aprobado por la Junta Directiva, tiene como objetivo general “Conducir la prestación integral de servicios de salud a la población y promover la participación social, de acuerdo con las políticas, planes, estrategias y programas gubernamentales e institucionales, con el propósito de mejorar los indicadores de salud, la eficiencia, la eficacia y la gestión de los establecimientos de salud que conforman la red de servicios”.

Asimismo, en cuanto a la donación y trasplante, le corresponde la conducción estratégica, la normalización y la regulación, para lo cual se apoya en sus Direcciones y unidades técnicas, así como del Programa Institucional de Donación y Trasplantes.

Al respecto, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, mencionó⁸ a esta Auditoría lo siguiente:

“(...) el Programa Institucional de Donación y Trasplante ha requerido de un mayor apoyo por parte de las instancias superiores, definiciones en cuanto a su nivel jerárquico y capacidad de resolución, empoderamiento de la Coordinación Institucional por parte de la Gerencia Médica, entre otros.

(...) A esta fecha, la dotación de plazas solicitadas y descritas en el Perfil Funcional no se ha materializado. Las plazas descritas en el Perfil y solicitadas a la Junta Directiva, forman parte del mismo Modelo por Procesos en que se presentan los indicadores, por lo que se requiere de la dotación de recurso solicitado para el cumplimiento en totalidad de las funciones, procesos y generación de indicadores descritos.”.

Uno de los factores que eventualmente ha incidido en la gestión de dirección es la rotación de titulares en la Gerencia Médica. Al respecto, desde la incorporación del Programa Institucional de Donación y Trasplante a esta gerencia en febrero de 2020, se han designado tres gerentes, lo que puede haber afectado la consistencia y estabilidad en la toma de decisiones, así como en la implementación de estrategias y políticas a largo plazo.

La necesidad de fortalecer la función de supervisión y gestión de la Gerencia Médica se hace patente debido a la disminución en el rendimiento de los indicadores de donación y trasplante, así como a la falta de prontitud y diligencia en la atención a las recomendaciones de auditoría interna y a las órdenes sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud.

⁷ Entrevista escrita del 22 de noviembre de 2023.

⁸ Oficio GM-PIDT-0234-2023 del 14 de octubre de 2023.



Asimismo, la presunta carencia de una comunicación efectiva y una coordinación adecuada entre los diferentes actores involucrados en el Programa de Donación y Trasplante podría haber resultado en una gestión fragmentada y descoordinada.

Los aspectos indicados en el presente informe tienen el potencial de impactar negativamente en la calidad de atención médica proporcionada por el Programa de Donación y Trasplante, afectar la reputación de la institución y generar posibles consecuencias legales y regulatorias.

Lo evidenciado implica la necesidad urgente de revisar y mejorar la gestión y ejecución del programa. Asimismo, resalta la importancia de una dirección efectiva y una supervisión constante para abordar estas deficiencias y lograr un impacto positivo en la donación y el trasplante de órganos.

Esta situación pone en evidencia la necesidad de abordar las problemáticas identificadas y cumplir con las directrices regulatorias, a fin de asegurar la integridad y la calidad del Programa de Donación y Trasplante, además, se subraya la necesidad de establecer un mecanismo de seguimiento más riguroso y efectivo que garantice el cumplimiento normativo, optimice la eficiencia interna y fortalezca la confianza en la gestión del Programa Institucional de Donación y Trasplante.

2. SOBRE LOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Mediante la valoración de la documentación existente y entrevistas efectuadas, se evidencian debilidades de la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante. A continuación, se detallan las citadas áreas de mejora:

- **Documento actualizado que precise las áreas críticas de cada establecimiento de salud y proponga estrategias para mejorar el proceso de donación y trasplante:** Existe el documento titulado "Hacia una nueva gestión en la Donación y Trasplante de órganos y tejidos", elaborado por la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante en junio de 2020. En el documento se establecen acciones destinadas a impulsar cambios y mejoras en los resultados de los procesos de donación y trasplante, sin embargo, es importante señalar que las propuestas y actividades definidas en dicho instrumento no se llevaron a cabo en su totalidad según el cronograma y los plazos establecidos (para el periodo entre 2020 y el primer semestre de 2022).
- **Diagnóstico que identifique las necesidades institucionales de formación y capacitación para fortalecer los procesos de donación y trasplante:** La institución dispone del documento "Plan de Formación y Capacitación para los procesos de Donación y Trasplantes de Órganos, tejidos y Células en la Caja Costarricense de Seguro Social", el cual data del 2015, en donde se estableció una propuesta de capacitaciones para el periodo 2016-2020; al respecto este plan no ha sido actualizado a la realidad Institucional, lo que impacta en el eventual crecimiento y desarrollo de las actividades propias del programa.

- **Protocolos de Atención e Instructivos de Trabajo:** No se han elaborado todos los protocolos, manuales e instructivos necesarios de las diferentes especialidades y/o disciplinas que participan en las actividades de donación y trasplante institucional. Existen guías y manuales que están en proceso de validación por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y de la valoración de especialistas⁹, así como documentos pendientes de confeccionar, como lo son: Criterios técnicos y administrativos de inclusión, exclusión y selección de donantes/receptores; Trasplante de Intratorácico (pulmón y corazón); Trasplante de Hígado; Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas.
- **Revisión de diagramas de flujo:** No se ha llevado a cabo la revisión y actualización de los diagramas de flujo definidos en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. La Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante (SETDT) emitió la nueva versión de la Norma Nacional de Distribución y Asignación Renal Proveniente de Donante Cadavérico, publicada de manera oficial en La Gaceta del 22 de junio de 2023 como “Reforma a la norma nacional de distribución y asignación renal proveniente de donante cadavérico”. Al 31 de octubre de 2023 no se había iniciado la revisión del diagrama de flujo correspondiente a esta norma actualizada.
- **Indicadores de gestión y análisis estadísticos:** No se dispone de indicadores de gestión debidamente aprobados y oficializados, ni de análisis estadísticos que contribuyan a la evaluación y mejora de la eficacia del programa.

El Reglamento a la Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, en el artículo 38, sobre los requisitos y obligaciones del Coordinador Institucional de Donación y Trasplante, establece:

“g) Identificar áreas críticas del establecimiento de salud y proponer estrategias en beneficio del proceso de donación y trasplante del establecimiento de salud, ante las autoridades respectivas.

k) Identificar las necesidades institucionales de formación y capacitación para fortalecer la donación y trasplante de órganos, tejidos y células y proponer estrategias para su atención a nivel institucional”.

El Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, define dentro de las funciones y responsabilidades del Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, lo siguiente:

“Establecer en conjunto con las instancias técnicas a nivel interno y externo correspondiente, la estrategia de formación y capacitación de profesionales en salud de los niveles locales e involucrados en donación y trasplante de órganos, tejidos y células, con el fin de fortalecer este componente a nivel institucional.

⁹ Guía de buenas prácticas para la comunicación de malas noticias en el proceso de donación de órganos y tejidos en la CCSS; Manual de atención clínica para el tratamiento del donante de órganos en muerte encefálica; Protocolo de Trasplante Renal; Manual de Procedimientos para el Proceso de Donación, Mantenimiento, Distribución y Utilización de Sistema Musculoesquelético.

Gestionar y participar con las instancias técnicas correspondientes del nivel central, la definición de indicadores, análisis estadísticos, sistemas de información, aplicativos del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y aspectos de orden jurídico, entre otros, que permitan determinar la eficiencia cuantitativa y cualitativa de las actividades de donación y trasplante a nivel institucional, a efecto de evaluar el cumplimiento de las metas y establecer la planificación y programación basado en la evidencia.

Participar con la instancia técnica competente en la elaboración de los protocolos de donación y trasplante, con el propósito de estandarizar esta actividad a nivel institucional en beneficio de los usuarios”.

Además, el marco normativo previo identifica como factores claves para la implementación del perfil funcional de donación y trasplante, y como responsabilidades de la Coordinación Institucional de Donación y Trasplante, las siguientes:

“b. Participar con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, en la elaboración de los protocolos y las guías técnicas para el trasplante por tipo de órgano, tejido y/o célula, con el propósito de lograr la estandarización de los procedimientos que se realizan en los establecimientos de salud (...)

f. Revisar en forma periódica los diagramas de flujo planteados en este Perfil Funcional, conforme sean emitidas y/o actualizadas las normas nacionales de distribución y asignación en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, emitidas por la Secretaría Ejecutiva Técnica del Ministerio de Salud, para lo cual deberá comunicar los ajustes a las instancias técnicas correspondientes”.

Al respecto, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, mencionó¹⁰ a esta Auditoría lo siguiente:

“(...) Son muchas las funciones y actividades que se tienen en la CIDT. Para cumplir con estas a cabalidad, se requiere de un gran apoyo institucional y una estructura de mayor capacidad. Como instancia técnica no se tiene nivel jerárquico ni decisorio en la CCSS, por lo que considero que, con los recursos existentes, se logró avances importantes en materia de donación y trasplante que generarán beneficios presentes y futuros a los pacientes.”.

Las observaciones presentadas por esta auditoría podrían estar vinculadas u originadas en la falta de robustez de la estructura organizacional y funcional del programa, insuficiente supervisión ejercida por la Gerencia Médica, la asignación de recursos inadecuados, la falta de actualización en documentos y protocolos, así como la necesidad de implementar procesos más eficientes para asegurar el cumplimiento de la normativa y el logro de los objetivos del programa de donación y trasplante.

¹⁰ Entrevista escrita del 22 de noviembre de 2023.



La falta de implementación de estrategias propuestas, la desactualización en la formación del personal, la ausencia de protocolos, pueden resultar en inconsistencias en la ejecución de actividades y limitar la capacidad de evaluación y mejora del Programa Institucional de Donación y Trasplante. Asimismo, existe un riesgo de incumplimiento normativo y la posibilidad de que estas deficiencias generen desconfianza entre las partes interesadas, comprometiendo la eficacia general del programa. Es crucial abordar estas cuestiones para garantizar una operación eficiente y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

3. SOBRE LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO Y CAPACIDAD OPERATIVA DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Se determinó que el equipo de trabajo del Programa Institucional de Donación y Trasplante no cumple en su totalidad con los requisitos establecidos en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante.

Aunado a lo anterior, la Administración no dispone de un diagnóstico de capacidad operativa para conocer los recursos disponibles, un elemento esencial para llevar a cabo sus operaciones y actividades de manera eficaz y eficiente.

En el año 2021, la Junta Directiva aprobó el Perfil Funcional de Donación y Trasplante con el propósito de establecer la conceptualización, los objetivos, la estructura operativa, las responsabilidades y actividades de las unidades y equipos de trabajo involucrados, así como las relaciones de coordinación, entre otros aspectos, con el fin de alcanzar los objetivos de la prestación de servicios de salud a los usuarios. En dicho documento se especifica el personal requerido para el Programa Institucional de Donación y Trasplante, que incluye:

- Coordinador Institucional.
- Profesional en Administración.
- Epidemiólogo.
- Secretaria.
- Equipo de gestores, que comprende:
 - o Gestor de Donación.
 - o Gestor de Trasplante.
 - o Gestor en Promoción y Prevención.

No obstante, al asumir el Dr. José André Madrigal Bustamante la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante el 1° de noviembre de 2023, se identificó que el programa no dispone del personal necesario para el equipo de gestores, cuya función es esencial en las áreas de donación, trasplante, promoción y prevención.

Por otro lado, no se cuenta con un estudio de capacidad instalada que permita evaluar si los recursos disponibles son adecuados para alcanzar los objetivos y garantizar la prestación de servicios del Programa Institucional de Donación y Trasplante. A pesar de los esfuerzos realizados desde 2020 para gestionar la elaboración de este estudio ante la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, esta herramienta sigue pendiente de finalización.

En la Sesión N° 9212, celebrada el 30 de setiembre de 2021, la Junta Directiva tomó el siguiente acuerdo, según se establece en el artículo 8:



“ACUERDO SEXTO: Instruir a la Gerencia Médica para que analice y priorice la dotación de plazas de acuerdo con el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”.

En la Orden Sanitaria N° MS-DM-RC-6141-2019 el Ministerio de Salud ordenó a las autoridades institucionales: “Garantizar que se cuente con las condiciones de infraestructura de manera que se optimice la utilización de los órganos y tejidos donados.”.

Esta Auditoría, en el oficio de advertencia AD-ASF-1135-2021 del 3 de junio de 2021, emitió una advertencia dirigida a la Gerencia Médica y a la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, informando la importancia de mejorar la gestión y los procedimientos del programa. Específicamente, se hizo hincapié en la necesidad de llevar a cabo una revisión de la infraestructura y los recursos físicos disponibles.

Es relevante destacar que a través del Oficio GG-DAGP-0023-2023, emitido el 11 de enero de 2023, el Lic. Walter Campos Paniagua, director de Administración y Gestión de Personal, comunicó al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, quien en ese momento desempeñaba el cargo de Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplante, la responsabilidad de gestionar la priorización de plazas ante la Gerencia Médica. El objetivo de esta gestión era que dicha gerencia presentara ante las autoridades superiores la solicitud de incorporación de plazas para el Programa Institucional de Donación y Trasplante y, al respecto, detalló los pasos que debían seguirse, a saber:

1. *“Que la Gerencia Médica solicite ante el Consejo Financiero y de Control Presupuestario la incorporación de las plazas citadas, dentro de uno de los trectos de plazas definidos.*
2. *Que el Consejo Financiero y de Control Presupuestario remita a la Dirección de Administración y Gestión de Personal un oficio indicando en cual tracto de plazas se incluirían las citadas plazas y se solicite la revisión y validación técnica correspondiente, a fin garantizar la correcta utilización del recurso humano requerido.*
3. *Las plazas que cuenten con el criterio de la Dirección de Administración y Gestión de Personal son remitidas a la Gerencia Médica, a fin de que puedan gestionar ante el Consejo Financiero y de Control Presupuestario su aval y contenido presupuestario, en el marco de la sostenibilidad financiera.*
4. *Las plazas que cuentan con el aval del Consejo Financiero y de Control Presupuestario, se remiten a conocimiento de la Presidencia Ejecutiva y posteriormente, se presentan ante la Junta Directiva para su aval final, mediante una modificación presupuestaria.*
5. *Seguidamente, la Dirección de Presupuesto con la aprobación de la modificación presupuestaria, le asigna los códigos presupuestarios a cada una de las plazas que conforma el tracto de plazas aprobado por Junta Directiva y comunica a la Dirección de Administración y Gestión de Personal los códigos para su inclusión en el Sistema de Planillas”.*

Sobre los puntos señalados anteriormente, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, anterior Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplante, mediante oficio GM-PIDT-0238-2023 del 31 de octubre de 2023, manifestó lo siguiente:

“(…) es claro que los establecimientos que cuentan con la habilitación y autorización, por parte del Ministerio de Salud, para realizar actividades de donación y/o trasplante de órganos y tejidos, han cumplido con la evaluación del ente rector y por consiguiente cuentan con las condiciones de infraestructura necesarias, lo cual permitió obtener este aval.

Aunado a lo anterior, y comprendiendo que existen oportunidades de mejora en relación con la disponibilidad y aprovechamiento de la infraestructura existente, así como posibles mejores en esta, la Coordinación Institucional ha solicitado y ha trabajado en conjunto con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud un estudio de oferta y demanda de trasplante renal y hepático, sin embargo, por motivos ajenos a esta instancia el trabajo no se ha concluido. Esto a pesar de que se aportó a esa instancia técnica la información que fue solicitada. La instancia supracitada manifestó verbalmente a esta Coordinación que el estudio de infraestructura, recurso humano y equipamiento estaría finalizado a finales del mes de junio de 2021.

(…) La Coordinación Institucional ha realizado inmensos esfuerzos, ha logrado importantes avances y ha enfrentado retos desafiantes, a pesar de las limitaciones que la propia instancia técnica ha expresado a las autoridades, así como la propia Auditoría Interna ha subrayado en diversos informes.

Cada instancia tiene una capacidad limitada de funcionamiento, determinada por los recursos con que dispone, principalmente relacionados con el recurso humano, tanto en cuanto a cantidad, como a calidad y nivel profesional.

(…) La capacidad resolutive de la Coordinación Institucional depende del apoyo de instancias superiores y, al ser una instancia recomendativa no jerárquica, toda decisión final será tomada por la instancia jerárquica real a la cual se adscribe, en este caso, la Gerencia Médica.

Repetidamente he expresado que es necesario mayor recurso humano, el cual fue aprobado por la Junta Directiva en el año 2021, pero que aún no se cristaliza. Esta ha sido y seguirá siendo una gran limitante para poder cumplir con las expectativas de la CCSS y del país.”.

Aunado a lo anterior, el Dr. Garbanzo Corrales señaló¹¹ a esta Auditoría lo siguiente:

“A pesar de que la Junta Directiva aprobó la creación de las plazas para el nombramiento de ese personal (“Gestores”), no ha sido creada ninguna de ellas. Se logró contratar a una persona como “Gestor(a) de Donación” en la plaza duplicada del Dr. Marvin Agüero y posteriormente en la plaza de la Dra. Evelyn Morales, quien está con permiso sin goce de salario. Esto ha sido posible en momentos no continuos durante el periodo de mi gestión. Los otros gestores no han sido nunca parte real de la CIDT.

(…) A esta fecha, la dotación de plazas solicitadas y descritas en el Perfil Funcional no se ha materializado. Las plazas descritas en el Perfil y solicitadas a la Junta Directiva, forman parte del mismo Modelo por Procesos en que se presentan los indicadores, por lo que se requiere de la dotación de recurso solicitado para el cumplimiento en totalidad de las funciones, procesos y generación de indicadores descritos.”.

¹¹ Entrevista escrita del 22 de noviembre de 2023 y oficio GM-PIDT-0234-2023 del 14 de octubre de 2023.



Lo descrito en relación con el incumplimiento de lo dispuesto en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante, obedece a que la Gerencia Médica y la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, no han cumplido con la implementación de este perfil, mediante la obtención del aval financiero y la aprobación de plazas, particularmente en el caso del equipo de gestores. Además, no se ha garantizado la finalización del estudio de capacidad instalada, insumo fundamental para disponer de claridad acerca de los recursos disponibles, necesidades y facilitar la toma de decisiones informadas.

La insuficiencia de personal en áreas críticas como donación, trasplante y promoción y prevención podría afectar la capacidad del programa para proporcionar servicios de calidad y gestionar con eficacia. El incumplimiento de los requisitos estipulados en el Perfil Funcional puede afectar el cumplimiento de las normativas y regulaciones relacionadas con la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células.

Además, la carencia de un estudio de capacidad operativa obstaculiza la toma de decisiones estratégicas informadas, limitando la planificación y el desarrollo eficaz del programa, así como la utilización eficiente de los recursos disponibles. Sin un diagnóstico exhaustivo de la capacidad operativa, es una limitante que la Administración debe resolver para identificar áreas de mejora y las necesidades de recursos adicionales, lo que dificulta la adaptación a las cambiantes demandas y la mejora de la eficiencia del programa.

4. SOBRE LA ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN Y DEL PERFIL FUNCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE.

La Administración Activa aún no ha completado la implementación de la Primera Etapa del Modelo de Gestión: "Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células", diseñado para asegurar buenas prácticas en este proceso y una organización eficiente y efectiva; además, no se puede garantizar que este documento esté acorde con los actuales lineamientos y regulaciones en el ámbito de esta actividad.

Paralelamente, el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, establece elementos esenciales para su implementación, los cuales no han sido cumplidos por parte de la Gerencia Médica y la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, según se detalla a continuación:

- Modelo de Gestión

La Junta Directiva aprobó el Modelo de Gestión: "Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células" en la Sesión N° 8775 del 7 de mayo de 2015, mediante el acuerdo segundo del artículo 10, no obstante, han transcurrido más de 8 años sin lograr la concreción y consolidación de la primera fase de este modelo.

Adicionalmente, es importante señalar que el Modelo de Gestión se fundamentó en la Política Institucional de Donación y Trasplante del 2013, sin embargo, en el año 2021 se promulgó una nueva versión de la Política Institucional.

En la Sesión N° 9212 del 30 de septiembre de 2021, en el quinto acuerdo del artículo 8, la Junta Directiva aprobó una modificación al Modelo de Gestión. Esta modificación afectó dos aspectos: en primer lugar, la reubicación de la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, que pasó de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud al Despacho de la Gerencia Médica; y, en segundo lugar, la actualización de la plantilla de personal definida en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. Sin embargo, es pertinente señalar que no se realizaron cambios en lo que respecta a las actividades relacionadas con la donación y el trasplante en los establecimientos de salud.

El Modelo de Gestión: "Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células" se formuló como una herramienta para promover las mejores prácticas y con el objetivo de establecer una estructura organizativa que garantice la distribución transparente, equitativa, eficiente y oportuna de órganos y tejidos, además, para asegurar una selección adecuada de receptores. La implementación de la Primera Etapa consta de 2 ejes principalmente¹²: el primero se enfoca en el fortalecimiento de la Coordinación Institucional de Donación y Trasplante, mientras que el segundo se concentra en el reforzamiento de las actividades en los establecimientos de salud que realizan donación y trasplante. En la siguiente figura se describen las etapas del modelo:

Figura 1
Etapas de implementación



Fuente: Acta de la Sesión N° 8775 del 7 de mayo del 2015, pág. 82.

En lo que respecta al fortalecimiento de la Coordinación Institucional de la Red de Donación y Trasplante, se destaca cierto apoyo brindado en términos de recursos humanos, equipamiento e infraestructura destinados a potenciar los procesos y la gestión del programa institucional de donación y trasplante. Sin embargo, las gestiones no han sido efectivas para mejorar y fortalecer los equipos hospitalarios existentes y en la optimización de la asignación de los recursos previamente asignados por parte de la institución en el ámbito de los trasplantes, con el objetivo de maximizar la red de donación y, de esta manera, garantizar un mayor número de trasplantes.

¹² Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, pág. 24.

- Perfil Funcional

Por su parte, el Perfil Funcional de donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, en el apartado 10, establece factores claves para mejorar el desarrollo de la gestión estratégica y operativa de la estructura funcional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Entre estos factores se incluyen: ajustes al Modelo de Gestión de Donación y Trasplante; evaluación de la agenda de implementación de la Política Institucional de Donación y Trasplante; la elaboración de protocolos y guías técnicas para el trasplante por tipo de órgano, tejido y/o célula; la estandarización de los sistemas de información referente a la donación y trasplante en los establecimientos de salud; el fortalecimiento de los recursos necesarios; la revisión periódica de los diagramas de flujo definidos en el Perfil Funcional, entre otros. Hasta la fecha, las autoridades responsables de dicho proceso no han gestionado ni cumplido en su totalidad estos aspectos, lo que podría estar afectando el cumplimiento de los objetivos del programa de donación y trasplante a nivel institucional.

La Gerencia Médica, de conformidad con su manual de organización aprobado por la Junta Directiva, tiene como objetivo general “Conducir la prestación integral de servicios de salud a la población y promover la participación social, de acuerdo con las políticas, planes, estrategias y programas gubernamentales e institucionales, con el propósito de mejorar los indicadores de salud, la eficiencia, la eficacia y la gestión de los establecimientos de salud que conforman la red de servicios”.

Así mismo, en el tema de donación y trasplante, le corresponde la conducción estratégica, la normalización y la regulación, para lo cual se apoya en sus Direcciones y unidades técnicas, así como del Programa Institucional de Donación y Trasplantes.

El Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, dispone como funciones del Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplante, las siguientes:

En consulta¹³ realizada sobre este tema el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, manifestó lo siguiente:

“En relación con la implementación de la Primera Etapa del Modelo de Gestión, esta se ha logrado poner en práctica solo de forma parcial. No se ha planteado la segunda etapa, por cuanto la primera no ha sido completada. El documento del Modelo de Gestión presentado en el año 2015 no incluía ningún elemento de una segunda etapa”.

Aunado a lo anterior, con respecto a las razones por las que no se ha implementado el Modelo, el Dr. Garbanzo Corrales señaló¹⁴ a esta Auditoría lo siguiente:

“Porque no se ha proporcionado al Programa Institucional de Donación y Trasplante de los recursos necesarios, principalmente de recurso humano. No se logró la asignación de las plazas definidas en esa I Etapa, y posteriormente se aprobó por Junta Directiva la asignación de recurso humano adaptado a lo definido en el Perfil Funcional, pero tampoco se ha dotado de ese recurso.

¹³ Correo electrónico del 11 de setiembre de 2023, 04:29 PM.

¹⁴ Entrevista escrita del 22 de noviembre de 2023.



Adicionalmente, se trabajó y concluyó el Módulo de Donación y Trasplante de EDUS, pero se construyó en un lenguaje informático que no se podía implementar. Este módulo respondía a lo aprobado para el Sistema de Información.

Además, no se contó con la participación de la DDSS para la creación de Normalización Técnica de los componentes del PIDT, hasta hace pocos meses, cuando se logra retomar las actividades con la participación requerida de esa Dirección”.

Lo mencionado podría atribuirse a una insuficiente labor de supervisión y revisión periódica de los procesos por parte de la Gerencia Médica, así como a la falta de un sistema integral de seguimiento y control por parte de la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante para garantizar la adecuada implementación del modelo y el cumplimiento de los factores claves indicados en el Perfil Funcional.

La falta de revisión y actualización del modelo de gestión institucional de donación y trasplante, así como el incumplimiento en la implementación de factores clave del Perfil Funcional, conlleva riesgos significativos para la eficiencia, calidad y cumplimiento normativo en los procesos de donación y trasplante. Esto puede resultar en ineficiencias operativas, riesgos para la seguridad del paciente, falta de conformidad con las regulaciones, y pérdida de oportunidades para mejorar la atención médica. Además, puede socavar la confianza pública en la Institución y su capacidad para mantenerse alineada con las mejores prácticas en este campo crítico de la medicina. Por lo tanto, es esencial abordar estos desafíos de manera adecuada y oportuna para garantizar una gestión efectiva y segura de la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

5. SOBRE LA NORMATIVA QUE REGULA EL MODELO DE PAGO A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS PARTICIPANTES EN LOS PROCESOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

El modelo de remuneración actual utilizado para compensar a los profesionales de la salud que brindan cobertura y participan en los procedimientos de trasplante a partir de donantes cadavéricos, carece de normativa que regule esta forma de pago, a pesar de que la Junta Directiva de la Institución emitió una instrucción en 2016 para la creación de dicho marco normativo.

Es importante mencionar que derivado de la aprobación por Junta Directiva de la Primera Etapa del Modelo para la Atención de los Procesos de Donación y Trasplantes en la CCSS en el 2015, se instruyó a la Dirección de Administración y Gestión de Personal presentar una propuesta de remuneración para el Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células. En el 2016, la Junta Directiva aprobó la modalidad de pago denominada "Modelo de Pago a los Profesionales en Ciencias Médicas que participan en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos en la CCSS", instruyendo a la Gerencia Administrativa a elaborar la correspondiente normativa.

Después de gestiones y reuniones entre la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplante y funcionarios de la Dirección de Administración y Gestión de Personal entre el año 2021 y 2022, no fue hasta el 25 de abril de 2023 que se presentó la primera versión del "Instructivo para la aplicación del modelo de pago a los Profesionales en Ciencias Médicas, participantes en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos en la CCSS", sin embargo, hasta la fecha de alcance de esta auditoría, las autoridades institucionales no han brindado la aprobación oficial de este documento.

En la Sesión N° 8873, celebrada el 7 de noviembre de 2016, la Junta Directiva tomó el siguiente acuerdo, según se establece en el tercer punto del artículo 11:

“ACUERDO TERCERO: *Se encomienda a la Gerencia Administrativa la elaboración del marco normativo que regulará la modalidad de pago conocida como "Modelo de pago para los profesionales en Ciencias Médicas que participen en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos en la CCSS". Además, se instruye a la Gerencia Médica a llevar a cabo la normalización técnica de los procesos relacionados con la donación y el trasplante.”*

El documento “Fortalecimiento del Programa Institucional de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células”, emitido por la Gerencia Médica en el 2019, señala en el capítulo VII lo siguiente:

“(…) Se evidenció que el 60% de los órganos donados de manera efectiva a la fecha, no son aprovechados por causa de problemas de gestión derivados en su mayor parte de la falta de compromiso del modelo actual para atender las llamadas de alerta para trasplante, como consecuencia de la falta de un modelo de pagos adecuado, situación que genera problemas de oportunidad para los pacientes en lista de espera para recibir a tiempo su procedimiento de trasplante y un incremento en el costo de oportunidad”.

Al respecto, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Excoordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, mencionó¹⁵ a esta Auditoría lo siguiente:

“(…) Se han realizado múltiples gestiones para la creación del documento, el cual requiere de los trámites correspondientes para su aprobación, los cuales deben ser realizados por la DAGP. Se avanzó hasta una versión final que incluye cambios que, a criterio de la CIDT de ese momento, beneficiarían la conformación de los equipos de especialistas para realizar trasplantes. La aprobación del instructivo se encuentra pendiente por parte de la DAGP”.

Tal y como se señaló, las autoridades institucionales no han emitido la normativa que aborde los aspectos generales relacionados con el modelo de compensación para los Profesionales en Ciencias Médicas que participan a nivel institucional en los procesos de procuración de donantes, obtención de órganos y tejidos (evisceración), manejo de tejidos, trasplante de órganos, atención de pacientes trasplantados y la gestión de posibles complicaciones en el periodo temprano, y por ende, se presenta un incumplimiento por parte de la Gerencia Administrativa a lo acordado por la Junta Directiva de la Institución.

Esta falta de regulación podría estar dificultando la remuneración de manera oportuna y proporcional a estos profesionales involucrados en los procesos de donación y trasplante, así como el garantizar un uso eficiente de los recursos. Además, esta situación impacta negativamente en la tasa efectiva de donación, la participación de los profesionales en estos procesos, y sitúa en riesgo la sostenibilidad del sistema institucional de donación y trasplante de órganos. Por lo tanto, es crucial abordar este problema y establecer la normativa necesaria para garantizar un funcionamiento adecuado y eficiente de este sistema.

¹⁵ Entrevista escrita del 22 de noviembre de 2023.

6. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA AUMENTAR LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS DE DONANTES CADAVERICOS EFECTIVOS.

Las estrategias propuestas para disponer de un sistema de donación efectivo por parte de la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes, según documento “Hacia una Nueva Gestión junio 2020”, no han sido eficaces para el cumplimiento de las tasas de donación proyectadas a nivel nacional, lo cual impacta la lista de espera y por lo consiguiente la salud de los pacientes.

En oficio AI-1827-2023 del 11 de septiembre de 2023, se solicitó al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, excoordinador Programa Institucional de Donación y Trasplantes, indicar si las tasas de donación proyectadas en el documento “Fortalecimiento del “Programa Institucional de Donación y Trasplantes de órganos y tejidos - 2019” alcanzaron las metas durante los años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 al 1º de setiembre de 2023, de conformidad con la cantidad de trasplantes efectuados. Lo anterior, en virtud de que las metas están proyectadas en el citado documento del 2019 al 2025 y mediante oficio GM-PIDT-0213-2023 del 20 de setiembre de 2023, el Dr. Garbanzo Corrales, indicó:

“No se han alcanzado las tasas de donación proyectadas en el documento de fortalecimiento mencionado”.

- 6.1-Estrategias para aumentar la procuración de órganos de donantes cadavéricos

Mediante el oficio PIDT-CCSS-0169-2020 08 de junio 2020 del 8 de junio de 2020, el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, ex Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, trasladó al Dr. Mario Ruíz Cubillo, gerente médico en ese momento, el documento “Hacia una Nueva Gestión junio 2020”, en el cual se consignan las estrategias para aumentar la procuración de órganos de donantes cadavéricos, según detalle:

- *Impulsar ante las instancias correspondientes las modificaciones en la forma en que se remunera la labor en horario extraordinario de los Coordinadores Hospitalarios de Donación y Trasplante*
- *Crear una comisión de Coordinadores Hospitalarios de Donación y Trasplante para que analice el funcionamiento de los procesos en sus hospitales sede (...)*
- *Crear e implementar el Plan de Gestión de Calidad del Programa Institucional de Donación de Órganos y Tejidos*
- *Consolidar el Grupo Gestor de Donación como un órgano de colaboración de la CIDT que retroalimente a esta Coordinación con propuestas de cambio y mejoras a nivel hospitalario*
- *Crear e implementar una estructura estandarizada en cada uno de los hospitales donantes “Comité Hospitalario de Donación y Trasplante”*
- *Crear la Estrategia Institucional de Donación de Órganos y Tejidos de la CCSS, a partir de la puesta en marcha de los puntos anteriores*



- **6.2 - Plan Piloto para aumentar la tasa de donación mediante guardias médicas y tiempo extraordinario en Centros Médicos donde se realizan actividades en donación y trasplante.**

Mediante oficio GM-13979-2023 del 22 de setiembre de 2023, el Dr. Wilbur Díaz Cruz, gerente médico, comunicó el aval a la propuesta de plan piloto para aumentar la tasa de donación mediante guardias médicas y tiempo extraordinario en centros médicos que realizan actividades en donación y trasplante a partir del 1º de octubre del 2023 en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México y Hospital San Juan de Dios, debido a la actividad de generación de donantes cadavéricos que se concentra principalmente en estos hospitales.

- Cabe señalar, que el Plan Piloto para Aumentar la Tasa de Donación Mediante Guardias Médicas y Tiempo Extraordinario propone *“la cobertura en jornada no ordinaria por parte de un Coordinador hospitalario de Donación y Trasplantes en cada hospital mediante la modalidad de guardias médicas o tiempo extraordinaria de acuerdo con la disciplina del coordinador (medicina o enfermería), por un período inicial de 3 meses (octubre-diciembre de 2023), prorrogable a 6 meses según la evaluación de resultados”*.

- **Informe de resultados del Plan Piloto para aumentar la tasa de donación**

Mediante oficio GM-PIDT-0325-2023 del 14 de diciembre de 2023, el Dr. José André Madrigal Bustamante, actual Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, trasladó a la Gerencia Médica el informe de resultados del plan piloto para aumentar la tasa de donación mediante guardias médicas y tiempo extraordinario.

Esta Auditoría Interna, analizó el citado informe de resultados, evidenciando lo siguiente:

- Se evidencian registros relacionados a problemas para convertir los posibles donantes en donantes efectivos, como, por ejemplo, el alto porcentaje de diagnósticos de muerte encefálica no confirmados, así como de contraindicaciones médicas para la donación detectadas.
- Se determinó la necesidad de revisar y actualizar los protocolos vigentes en el país para realizar los diagnósticos de muerte encefálica, ampliar los criterios de selección y contraindicaciones para la donación.
- Se registran donaciones no concretadas por motivos de logística externa, la cual se refiere a la no disponibilidad de técnicos para la extracción de tejido corneal, principalmente durante la jornada extraordinaria y en horarios nocturnos.
- El mecanismo de alerta Glasgow para notificación automática al Coordinador hospitalario de donación y trasplantes mediante EDUS y el teléfono celular de la Coordinación no ha sido implementado en su totalidad, por cuanto se encuentra en desarrollo la herramienta informática del Sistema de Información en Donación y Trasplantes (SIDT), y se depende además de la activación del servicio de mensajería celular.



- El informe no presenta el análisis el costo económico invertido por pago de guardias médicas conforme a la cantidad de donantes efectivos captados y la cantidad de trasplantes realizados.

De acuerdo con los registros de la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes de la Gerencia Médica, las tasas de donantes cadavéricos eficaces son las siguientes:

Cuadro 3
Tasas donantes cadavéricos eficaces (por millón de población)
Del 2020 al 2023

Año	Tasa donación
2020	5.3
2021	3.3.
2022	5.21
2023	4.03

Fuente: Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes

De cuadro anterior, se desprende que las tasas de donación son bajas, dado que debe considerarse que la Institución estableció estrategias para aumentar el desempeño de este indicador y ha invertido en el programa de donación para captar un mayor número de donantes.

Cabe indicar, que de acuerdo con los estándares internacionales para que un sistema programa de donación de órganos sea efectivo, es necesario que se disponga de factores-componentes que se agrupan a su vez en tres categorías:

1. Factor-componente de CONTEXTO: describe el entorno externo y organizacional en el que están adheridos los programas de donación de órganos y que podría tener un impacto (positivo o negativo) en su desempeño.
2. Factor-componente de PROCESO: denota cualquier paso o procedimiento organizacional utilizado para facilitar el proceso de donación de órganos.
3. Factor-componente ESTRUCTURA: define cualquier componente estructural organizacional como recursos financieros y humanos, tecnologías, médicos especialistas, etc.

Tabla 1
Factores-componentes que influyen para un efectivo programa de donación de órganos,
Según los estándares internacionales

Factor-Componente	Atributos Constitutivos
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Dilemas Éticos • Visión Compartida • Políticas Públicas • Perfil del Donador • Apoyo Externo
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Enfoque de Equipo • Mejora Continua de Calidad
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de la donación de órganos • Existencia de prácticas Estandarizadas • Provisión de Entrenamiento Específico/Educación. • Equipo dedicado en el Sitio. • Factores estructurales. • Rol del coordinador de donación. • Políticas Públicas

Fuente: Los datos fueron tomados de la literatura internacional.

De la tabla anterior, se desprende que las estrategias establecidas por la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes para que el programa de donación sea funcional, requieren la incorporación de los factores-componentes, así como atributos constitutivos, de conformidad a los estándares internacionales. Asimismo, el sistema de donación debe contener además un análisis situacional de la epidemiología y prevalencia de la enfermedad orgánica terminal, en virtud que la longevidad de la población tiene un efecto automático y exponencial en el aumento de la incidencia de enfermedades terminales de los órganos producto del envejecimiento y la exposición crónica de los órganos, al vivir más tiempo las personas, a factores de riesgo cardiovascular y metabólicos como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hígado graso y sedentarismo. Es decir, tanto los donantes como los receptores podrían presentar complicaciones durante el tratamiento.

En el artículo 38 sobre los requisitos y obligaciones del Coordinador institucional de donación y trasplante de órganos y tejidos, se indica lo siguiente:

“g) Identificar áreas críticas del establecimiento de salud y proponer estrategias en beneficio del proceso de donación y trasplante del establecimiento de salud, ante las autoridades respectivas.

f) Facilitar una justa distribución e intercambio de órganos y tejidos entre establecimientos de salud donadores y trasplantadores”.

En entrevista realizada en su oportunidad al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, ex coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, se consultó si la Gerencia Médica dispone de un documento donde estén definidas las estrategias a desarrollar para promover la donación de órganos, tejidos y células y al respecto indicó:

“Sí. Documento Hacia una Nueva Gestión, PIDT-CCSS-0169-2020”.

La situación descrita, evidencia que, si bien es cierto, la Gerencia Médica, a través de la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, elaboró estrategias para aumentar la procuración de órganos de donantes cadavéricos y la tasa de donación, el documento “Hacia una Nueva Gestión junio 2020” debe incorporar un análisis situacional epidemiológico y prevalencia de la enfermedad orgánica terminal de nuestro país, a causa de que no se consideran los factores epidemiológicos indicados en el presente hallazgo para el desarrollo de las estrategias.

En virtud de lo anterior, no se podría determinar que a través de las estrategias establecidas la Institución alcance un aumento revelador de donantes efectivos de acuerdo con los estándares internacionales, por cuanto no están siendo considerados los registros de la longevidad de la población que afectarían tanto, a donantes como receptores afectando el éxito del sistema de donación, toda vez que la Institución está disponiendo de mayores recursos económicos.

7. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA

Se evidenció el incumplimiento por parte de la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, y del Coordinador del Programa del trasplante de hígado pediátrico del hospital Nacional de Niños, de lo acordado por la Junta Directiva de la sesión 8782 artículo 25 del 11 de junio de 2015 y sesión 9062 artículo 10 del 7 de noviembre de 2019, referente a que los profesionales en trasplantes hepáticos pediátricos del hospital México y del hospital Nacional de Niños realicen en conjunto los trasplantes, según se detalla seguidamente:

En el artículo 25 de la sesión número **8782 celebrada el 11 de junio de 2015**, se consignó lo siguiente:

“Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-6802-2015, fechado 27 de mayo del año 2015, firmado por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de modificación del artículo 20° de la sesión N° 8240, celebrada el 10 de abril del año 2008, en cuanto al Programa de trasplante de hígado, de modo que el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar brinde cobertura de atención a la patología hepatobiliar de la población tanto adulta como pediátrica (...)

En el oficio GM-AOP-PD-00192-2019 del 11 de marzo de 2019, dirigido al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, gerente general con recargo de la gerencia médica en ese momento y suscrito por la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora general en ese entonces y el Dr. Rafael Cortés Ángel, Coordinador Procedimientos y Disponibilidades Médicas ambos de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE), se consignó lo siguiente:

“...2. Obligación de dar cobertura del equipo de disponibilidad tanto en el Programa de Trasplante Hepático del Hospital México como en el Hospital Nacional de Niños, según lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 25 de la sesión N°8782.

Además de tener en consideración los siguientes aspectos:

1. Los únicos cirujanos de trasplante hepático que son cirujanos pediátricos de formación se encuentran laborando actualmente, en el programa de trasplante hepático del Hospital México.

2. *Por características propias de la población pediátrica en el Hospital Nacional de Niños lo más usual es que, los trasplantes que se realizan a los niños que así lo requieren son con donante vivo y en la actualidad, solamente los cirujanos de trasplante hepático del programa del Hospital México están capacitados para realizar trasplante con donante vivo*. (Lo subrayado no corresponde al original)

Se verificó, además, que en oficio DGHM-1253-2019 del 25 marzo de 2019 dirigido al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, gerente general con recargo de la gerencia médica en ese momento, suscrito por el Dr. Douglas Montero Chacón, director general del hospital México, se informó lo siguiente:

“5. Estamos en la revisión final del Plan de fortalecimiento del Programa de Trasplante del Hospital México – Hospital Nacional de Niños, muy próximamente le solicitaremos una cita para exponerlo”.

En oficio DG-792-HNN-19 del 10 de abril del 2019 dirigido a la Dra. María Amalia Matamoros Ramírez y firmado por la Dra. Olga Arguedas Arguedas, directora general del hospital Nacional del Niños en ese momento, indicó lo siguiente:

“3. (...) en la actualidad estamos funcionando con un programa interhospitalario (Hospital México-Hospital Nacional de Niños), en que existen equipos de apoyo base individuales en cada centro, con cirujanos hepatobiliares itinerantes que cubren las necesidades de ambos centros”.

En el Plan de Fortalecimiento del Programa Institucional de Donación y Trasplante del 06 de noviembre del 2019, se consignó en el escenario 3 sobre las disponibilidades médicas para trasplante hepático lo siguiente:

“El equipo de trasplante del Hospital México apoyará los llamados de alerta que se generen dentro del Hospital Nacional de Niños”.

En el artículo **10 de la sesión número 9062 celebrada el 07 de noviembre del 2019** por la Junta Directiva, se aprobó el escenario 3 de disponibilidades correspondientes al Plan de Fortalecimiento del Programa Institucional de Donación y Trasplante del 06 de noviembre del 2019, según detalle:

*“**Acuerdo Segundo:** Con base en la recomendación de la Gerencia Médica, aprobar la propuesta de combinación de Modalidades de cobertura en especialidades médicas para la atención de operativos de trasplante con donación cadavérica según el escenario 3, incluido en el plan de fortalecimiento antes indicado, esto con el fin de garantizar el llamado al operativo de trasplantes y la conformación del equipo para su atención”*

En el oficio CTHCH-0167-06-2020 del 04 de junio del 2020 dirigido a la Dra. Olga Arguedas Arguedas, directora general a.i. del hospital Nacional de Niños en ese entonces, suscrito por la Dra. María Amalia Matamoros Ramírez y el Dr. Edward Castro Santa, funcionarios del Programa de Trasplante Hepático del Hospital México, manifestaron lo siguiente:



“De esta manera esperamos su coordinación para iniciar con el apoyo de la disponibilidad aprobada para el Hospital Nacional de Niños, así mismo como para programar y realizar los próximos trasplantes de hígado con donante vivo, tal y como hemos realizado de forma exitosa en los últimos 20 años para las niñas y niños con enfermedad hepática de Costa Rica”

Mediante el oficio DG-HNN-2303-2023 del 31 de agosto 2023, suscrito por Dr. Carlos Jiménez Herrera, director general a.i. del hospital Nacional de Niños, en respuesta al oficio de Auditoría AI-1704-2023 del 25 de agosto del 2023, indicó lo siguiente:

“En cuanto al trabajo itinerante o colaborativo entre ambos hospitales se dieron problemas de comunicación (...)”

En entrevista realizada el 9 de noviembre 2023, se consultó al Dr. Douglas Montero Chacón, director general del hospital México, si recibió comunicado de parte del Dr. Carlos Jiménez Herrera, director general a.i. del hospital de Niños sobre dificultades de coordinación entre el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales y el Equipo de Trasplantes del hospital México que pudieron interferir en el incumplimiento del acuerdo de Junta Directiva de la sesión N°8782.

“No he recibido una nota del parte del Dr. Jiménez sobre dicho tema. Fue una decisión no conocida, que en la práctica se manifestó como exclusión del equipo de trasplante hepático”.

En entrevista realizada al Dr. Carlos Jiménez Herrera, director general a.i. del hospital Nacional de Niños, si giró alguna instrucción al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, para el cumplimiento del acuerdo de Junta Directiva número 8782 del 11 de junio de 2015 y al respecto manifestó:

“Amén de que el cumplimiento de las normas y erudiciones institucionales está contemplado en la instrucción genérica de previa mención, no he girado ninguna instrucción particular en lo referente al acuerdo de Junta Directiva N° 25° de la Sesión 8782, dado que los reportes actuales de atención médica y quirúrgica demuestran el cumplimiento permanente del ánimo que inspiró dicho acuerdo y el cumplimiento de todos sus extremos”.

La ley General de Control Interno en el artículo 8 - Concepto de sistema de control interno dicta:

“se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.*

Del análisis efectuado en el periodo contemplado (2019-2023) la Gerencia Médica y el entonces Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes no garantizaron el cumplimiento de los acuerdos de Junta Directiva de la sesión 8782 artículo 25 del 11 de junio de 2015 y sesión 9062 artículo 10 del 7 de noviembre de 2019, respecto a que los trasplantes hepáticos deben ser realizados por especialistas en trasplante hepático pediátrico del hospital Nacional de Niños y del hospital México de manera conjunta.

Si bien es cierto en el hospital Nacional de Niños continuó con la atención médica y quirúrgica de los pacientes pediátricos, la decisión de excluir la participación de los especialistas de trasplante de hígado pediátrico del hospital México, en la atención integral de los niños que requieren de un trasplante de hígado o ya han sido trasplantados, produjo una diferencia en la atención y cobertura del tratamiento entre la población pediátrica respecto a la población adulta, debido a que los pacientes adultos que necesitan de un trasplante de hígado, tienen garantizada una cobertura efectiva de especialistas durante el año completo, quienes para el procedimiento incorporan las decisiones de evaluación y selección de candidatos a trasplante de hígado de manera conjunta, contrario al hospital Nacional de Niños, en el cual los procedimientos están a cargo de un solo médico especialista en trasplante hepático pediátrico.

La disposición desde el 2019 hasta la fecha, de un único cirujano especialista en trasplante de hígado pediátrico en el hospital de Nacional de Niños, implica lo siguiente:

1. La selección, evaluación y decisión de cuáles pacientes pediátricos con enfermedad terminal hepática puedan ser considerados como candidatos a un trasplante de hígado, así como su respectiva inclusión a la lista de espera nacional, está a cargo únicamente del cirujano destacado en el Hospital Nacional de Niños, Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, siendo que los estándares internacionales señalan que al menos deben de participar en el proceso varios cirujanos especialistas en trasplante de hígado pediátrico, con el fin de que las decisiones tengan el obligado equilibrio ético y científico compuesto por múltiples contrapartes.
2. El manejo especializado de las complicaciones de los pacientes pediátricos producto de su enfermedad hepática terminal antes de ser trasplantados está siendo abordado exclusivamente por el único especialista en trasplante hepático pediátrico (Dr. José Pablo Garbanzo Corrales).
3. Al ser el Dr. Garbanzo Corrales el único cirujano pediátrico especialista en trasplante hepático, esto implica que este profesional es el único que puede dar cobertura de disponibilidad 15 días al mes para la atención de las eventuales complicaciones de los pacientes pre-trasplante y pos-trasplante, así como para la atención de las ofertas de donante de hígados cadavéricos, lo que significa que durante 6 meses del año, la población pediátrica no está cubierta en disponibilidad de un especialista en trasplante de hígado pediátrico al ser excluidos los especialistas en trasplante de hígado pediátrico del hospital México.
4. Esta situación ocasiona que las decisiones clínicas adoptadas acerca del rechazo de una oferta de injerto hepático estén a cargo de un solo profesional médico, sin la posibilidad de un segundo criterio, tal y como como lo establecen los estándares internacionales.
5. El Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, es el único médico especialista en trasplante de hígado pediátrico que está realizando el trasplante con donante cadavérico mientras que los hospitales de adultos disponen siempre de un grupo de especialistas de al menos 2 para la realización de cada trasplante de hígado con donante cadavérico.
6. El único médico especialista en trasplante de hígado pediátrico del Hospital Nacional de Niños, es quien realiza la selección de los pacientes adultos que donan en vida una parte de sus hígados para los pacientes pediátricos y del mismo modo efectúa la evaluación (anatómica y fisiológica de la parte del hígado que se va a extraer) para determinar si esa porción del hígado será suficiente e idónea en tamaño, función y anatomía para que pueda ser trasplantada con éxito en el paciente pediátrico.

- **Análisis de la mortalidad en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera del 2019 al 2023**

Se evidenció que en el periodo del 2019 al 2023 se presentó un aumento considerable en los fallecimientos intraoperatorios (muerte en sala operaciones) y perioperatorios (muerte horas después del trasplante), así como en las complicaciones pos-trasplante que requirieron reintervención quirúrgica en el hospital Nacional de Niños.

Esta Auditoría Interna mediante oficio AI-1705-2023 del 24 de agosto de 2023, solicitó al Dr. Carlos Eduardo Jiménez Herrera, director a.i. del hospital Nacional de Niños, información relacionada con la mortalidad en trasplante hepático pediátrico. Lo anterior, con el objetivo de valorar los efectos de la no ejecución de los acuerdos del artículo 25 de la sesión número 8782 celebrada el 11 de junio de 2015 y el artículo 10 de la sesión número 9062 del 07 de noviembre del 2019, por parte del hospital Nacional de Niños, al estar realizando trasplantes con donante cadavérico y vivo sin la participación de los especialistas del hospital México.

Mediante oficio CHDT-DM-HNN-009-23 del 31 de agosto de 2023, el Dr. Carlos Eduardo Jiménez Herrera, director a.i. del hospital Nacional de Niños, remitió los datos referentes a los fallecimientos (intraoperatorios, perioperatorios y posoperatorios), así como la tasa de complicaciones postrasplante que requirieron reintervención quirúrgica durante el periodo comprendido entre el 2016 y el 2023; se detalla a continuación el resultado del análisis efectuado:

- Del 2016 al 2019 no se registró ningún caso de mortalidad intraoperatoria ni de mortalidad perioperatoria.
- A partir de junio del 2019 hasta agosto del 2023, existe una mortalidad perioperatoria de 13.6% y una mortalidad intraoperatoria de 9.1%
- De la sumatoria de la mortalidad intraoperatoria y perioperatoria, se obtiene un 22.7% de mortalidad que ocurrió después de junio del 2019.
- Del 100% de los pacientes trasplantados (22 pacientes) entre junio del 2019 hasta agosto del 2023, el 59.1% de los pacientes trasplantados, requirió ser reintervenido quirúrgicamente por complicaciones quirúrgicas pos-trasplante, en contraste con el periodo 2016 hasta junio del 2019, donde del 100% de los pacientes (18 pacientes) trasplantados sólo el 11.1% (2 pacientes) requirieron ser reintervenidos quirúrgicamente por complicaciones pos-trasplante.

Según los datos consignados respecto al total de trasplantes hepáticos realizados (22 pacientes) en el hospital Nacional de Niños, se desprende que la sumatoria de la mortalidad intraoperatoria (13.6%) y perioperatoria (9.1%), es de un 22.7% de (mortalidad que ocurrió después de junio del 2019 al 2023) y el 59.1% de los pacientes trasplantados, requirió ser reintervenido quirúrgicamente por complicaciones quirúrgicas pos-trasplante.

Cabe indicar, que del 2016 a junio de 2019 cuando no se registró ningún caso de mortalidad intraoperatoria ni de mortalidad perioperatoria, los pacientes pediátricos recibieron cobertura y atención en conjunto por los especialistas en trasplante hepático pediátrico a saber: Dra. María Amalia Matamoros Ramírez, Dr. Edward Castro Santa y Dr. José Pablo Garbanzo Corrales.



La ley General de Control Interno en el artículo 8 - Concepto de sistema de control interno dicta:

“se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.*

La situación descrita es ocasionada al disponerse en el hospital Nacional de Niños de un solo especialista en trasplante de hígado pediátrico, el cual no realiza los procedimientos de trasplantes de manera conjunta con los especialistas en cirugía de trasplante hepático pediátrico, que laboran actualmente en el hospital México, en contraste con los programas de trasplante de hígado para adulto en el país que son gestionados por grupos de especialistas en cirugía de trasplante.

Lo anterior, se puede reflejar en el aumento de la mortalidad intraoperatoria (13.6%) y perioperatoria (9.1%) así como la tasa de reintervenciones quirúrgicas con un 59.1% de los pacientes trasplantados entre junio del 2019 hasta agosto 2023 debido a que el Centro Hospitalario especializado pediátrico dispuso que las decisiones de la evaluación y selección de los potenciales candidatos a trasplante de hígado pediátrico tanto de donante cadavérico como de donante vivo, así como el planeamiento y realización de los respectivos trasplantes de hígado de éstos pacientes y el manejo de las complicaciones fuesen abordados manera unipersonal por el Dr. José Pablo Garbanzo Corrales.

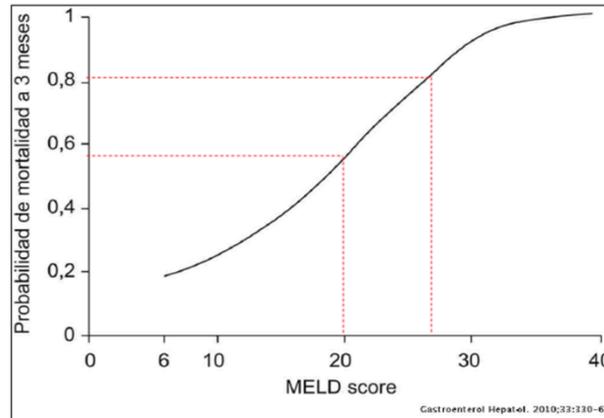
8. ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN (MELD)

Se determinó que en la Caja Costarricense de Seguro Social no se dispone de un lineamiento interno en el cual se establezca un criterio estandarizado en relación con el MELD¹⁶ de los pacientes, y la existencia de mayores riesgos de sufrir complicaciones por mantenerse en lista de espera por mayor tiempo, en relación con pacientes que presentan MELD más bajos.

Es relevante indicar que la evidencia científica mundial ha establecido con base al MELD que tiene cada paciente y su relación con el riesgo de muerte en lista de espera por trasplante de hígado, el significado de un trasplante para un paciente y lo que conlleva a un verdadero beneficio en sobrevida y en costo-beneficio la realización del procedimiento, siendo el más oneroso y de más alta inversión logística-humano de la medicina actual, según se observa en el siguiente gráfico:

¹⁶ Modelo para el Estadío Final de Enfermedad Hepática - (MELD por sus siglas en inglés)

Gráfico 1
Probabilidad de mortalidad por enfermedad hepática terminal sin trasplante de hígado de acuerdo con el puntaje MELD



Probabilidad de mortalidad a 3 meses de enfermos con hepatopatía crónica de cualquier etiología. Adaptado de Wiesner et al., Gastroenterology 2003.

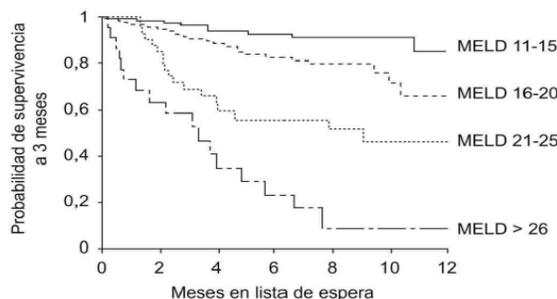
Fuente: Tomado de la publicación de Wiesner et al, de la revista Gastroenterology 2003.

En el gráfico 1, se observa que el riesgo de morir que tienen los pacientes con enfermedad terminal hepática sin trasplante una vez detectada la enfermedad. El riesgo de muerte a tres meses aumenta después de que el paciente alcanza un puntaje de MELD de 20 puntos (línea roja punteada) a casi el 60%. también se expone que al igual que los pacientes reportados en la literatura con MELD > a 25, la mayoría de los pacientes están muy enfermos y arrastran un riesgo acumulado de muerte intraoperatoria y post trasplante elevados.

El tiempo de espera en Costa Rica para un trasplante hepático mantiene un promedio general de 930.7 días (que puede aumentar a 1.000 días), es decir casi tres años de espera, debido a la debilidad del sistema de donación de órganos institucional.

Gráfico 2
Probabilidad de supervivencia en meses de los pacientes con enfermedad hepática terminal en lista de espera.

Gráfico 2c. Probabilidad de supervivencia en meses de los pacientes con enfermedad hepática terminal en lista de espera.



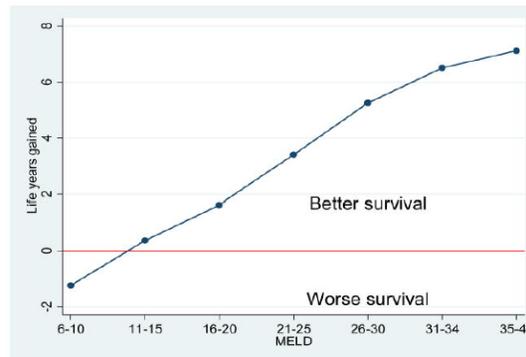
Probabilidad de supervivencia a 12 meses en una cohorte de pacientes incluidos en lista de espera de trasplante en el Hospital Clinic entre los años 2000 y 2004, estratificada según el Model for End-stage Liver Disease en lista de espera.

Fuente: Tomado del Programa de Trasplante Hepático (PTH) del Hospital Clínic europeo

En el gráfico 2 se demuestra como los pacientes con puntaje MELD de 21 a 25, su probabilidad de sobrevida cae por debajo del 60% si cumplen 6 meses de espera por un trasplante y cae a casi 50% si esperan 12 meses. Asimismo, aquellos pacientes con MELD mayor a 26, donde su probabilidad de sobrevida cae a casi un 20% si espera 6 meses y de 10% de probabilidad de sobrevida si debe esperar 12 meses.

Gráfico 3
Beneficio en sobrevida y años vida ganados con el trasplante de hígado de acuerdo con la severidad de la enfermedad hepática terminal categorizada según el puntaje MELD

Gráfico 3 Beneficio en sobrevida y años vida ganados con el trasplante de hígado de acuerdo a la severidad de la enfermedad hepática terminal categorizada según el puntaje MELD:



Luo et al. MELD as a metric for survival benefit of liver transplantation. *Am J Transplant.* 2018 May;18(5):1231-1237

Fuente: American Journal of Transplantation, May 2018

Del gráfico 3 se observa como los pacientes con un MELD mayor a 21-25 tienen la mayor probabilidad de beneficio de sobrevida y ganancia de años-vida. Se puede apreciar que los pacientes con enfermedad avanzada (MELD 21-25) ganan al menos casi 4 años-vida como beneficio derivado del trasplante. Los pacientes graves con MELD de 35 a 40 puntos tienen el mayor beneficio con una ganancia de casi 8 años-vida. Asimismo, también se puede inferir que no representa necesariamente un real beneficio en sobrevida trasplantar pacientes con MELD inferior a 16 que son pacientes estables sin enfermedad avanzada o severa. También demuestra las valoraciones para justificar trasplantar pacientes con enfermedad hepática y MELD menor o igual a 11 puntos.

Esta Auditoría, mediante los oficios AI-1706-2023 del 24 de agosto de 2023, y AI-1707-2023 del 25 de agosto de 2023, solicitó a los doctores Douglas Montero Chacón, director general del hospital México y al Dr. Marco Vinicio Umaña Ramírez, director a.i. del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en ese momento, información relacionada con la mortalidad en trasplante hepático.

De la información suministrada, se realizó el siguiente análisis:

- **Análisis mortalidad hospital México en Trasplante de hígado del periodo 2016 al 2023.**

La mortalidad postoperatoria incluye todos los pacientes fallecidos durante el primer mes posterior al trasplante de hígado, abarcando consecuentemente la mortalidad intraoperatoria y perioperatoria.

- De los 19 pacientes fallecidos del 2016 al 2023 en el periodo post trasplante en el hospital México, 13 (68.9%) fallecieron durante el primer año post trasplante de hígado y un 31.6% sobrevivió más de 1 año. El promedio del puntaje de MELD de estos pacientes al momento del trasplante fue 25.63, es decir el Hospital México trasplantó pacientes con puntaje de MELD superior a 25, significando que los procedimientos se realizaron en pacientes más enfermos, con mayor severidad clínica y complejidad quirúrgica y para los cuales los largos tiempos de espera repercuten en aumentar su riesgo de muerte en lista y post operatoria.
- De los 19 pacientes fallecidos el 73.7 % (14) tuvieron un puntaje de MELD superior a 21 puntos al momento del trasplante, lo que traduce una relativa baja severidad clínica.
- De los 19 pacientes fallecidos sólo 10.5% (2) tuvieron un puntaje de MELD menor a 16 puntos al momento del trasplante. Es decir, el 89.5% (17) de los pacientes fallecidos se trasplantó con un puntaje de MELD superior a 16 puntos al momento de la intervención quirúrgica.
- De los 19 pacientes fallecidos el 10.5 % (2 pacientes) tuvieron un puntaje de MELD menor a 11 puntos al momento del trasplante, es decir es decir el 89.5% (17) de los pacientes fallecidos se trasplantó con un puntaje de MELD superior a 11 puntos al momento del trasplante.

➤ **Causas de fallecimiento reportadas en el hospital México**

Las causas de fallecimiento en el Hospital México son reportadas con información limitada, debido a que no se dispuso de los registros en los expedientes clínicos físicos anteriores al periodo de uso del Expediente Único en Salud (EDUS).

Los resultados son los siguientes:

- Fallos primarios del injerto: 4 pacientes (21.4%)
- Recidiva de enfermedad tumoral: 1 paciente (5.3%)
- Sepsis/Infección/ Shock séptico: 7 pacientes (36.8.5%)
- Shock cardiogénico/vasoplegia refractaria: 1 (5.3%)
- Tromboembolismo Pulmonar Masivo: 2 (10.5%)
- Rechazo crónico del injerto: 1 (5.3%)
- Depresión/Mala Adherencia a tratamiento inmunosupresor 2 (10.5%)
- Infarto cardiaco: 1 (5.3%)

➤ **Reintervenciones quirúrgicas pos-trasplante**

Sobre las reintervenciones quirúrgicas pos-trasplante, son reportadas con información limitada, debido a que no se dispuso de los registros en los expedientes clínicos físicos anteriores al periodo de entrada del Expediente Único en Salud. (EDUS).

- Se reportan 13 reintervenciones en 10 pacientes, de los cuales sólo 5 han sido por complicaciones, dentro de estas están la hemorragia abdominal y fuga de vías biliares, las cuales podrían considerarse como complicaciones quirúrgicas y que representan el 40% y 20 %, respectivamente de las causas del total (10 reintervenciones).

- **Análisis mortalidad hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en Trasplante de hígado del periodo 2016 al 2023.**

En los datos reportados por el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se incluye que 67 pacientes fueron trasplantados desde abril de 2016 hasta agosto de 2023. Cabe resaltar que estos datos no fueron solicitados, sino la cantidad de pacientes fallecidos en forma intraoperatoria, perioperatoria y posoperatoria.

- De los 67 pacientes trasplantados de hígado, fallecieron 14, para una mortalidad en este periodo del 20.9% y una sobrevivida de 79.1%. El promedio del puntaje de MELD es de 19.8 puntos al momento del trasplante, es decir se trasplantaron pacientes con una severidad clínica relativamente baja durante este período.
- De los 67 pacientes trasplantados el 70.1% (47) registraron un puntaje de MELD inferior a 21 puntos y sólo un 29.9% (20 pacientes) tienen un MELD superior a 21 puntos.
- De los 67 pacientes trasplantados el 40.3% (27) registró un puntaje de MELD inferior a 16 puntos.
- En el análisis específico de mortalidad, se registró que, de los 14 pacientes fallecidos, 10 murieron durante el primer año postrasplante, es decir el 71.4% fallece durante el primer año post trasplante de hígado y un 28.6% (4 pacientes) ocurrieron después del año de trasplante.
- De los 14 pacientes fallecidos, sólo el 35.7 % (5) tuvieron un puntaje de MELD superior a 21 puntos al momento del trasplante, es decir el 64.3% (9 pacientes) que fallecieron tenían un puntaje de MELD inferior a 21 puntos al momento del trasplante lo que traduce una relativa baja severidad clínica.
- De los 14 pacientes fallecidos, el 42.9 % (6) tuvieron un puntaje de MELD menor a 16 puntos al momento del trasplante.
- De los 14 pacientes fallecidos, el 14.2 % (2) tuvieron un puntaje de MELD menor a 11 puntos al momento del trasplante.

➤ **Causas de fallecimiento reportadas en el hospital México**

Las causas de fallecimiento son reportadas con información limitada, debido a que no se dispuso de los registros en los expedientes clínicos físicos anteriores al periodo de entrada del Expediente Único en Salud (EDUS).

Los resultados son los siguientes:

- Fallos primarios del injerto: 3 pacientes (21.4%)
- Recidiva de enfermedad tumoral: 2 pacientes (14.2%)
- Sepsis/Infección: 4 pacientes (28.5 %)

- Shock cardiogénico/vasoplegia refractaria: 3 (21.4%)
- Muerte súbita: 1 (7.14%)
- Rechazo crónico del injerto: 1 (7.14%)

➤ **Reintervenciones quirúrgicas pos-trasplante**

Sobre las reintervenciones quirúrgicas pos-trasplante, estas son reportadas con información limitada, debido a que no se dispuso de los registros en los expedientes clínicos físicos anteriores al periodo de entrada del Expediente Único en Salud (EDUS).

- Se reportan 10 reintervenciones, es decir 14.9% de los pacientes han requerido reintervenciones por complicaciones dentro, de estas están la trombosis de la arteria hepática y hemorragia abdominal, las cuales son complicaciones quirúrgicas y que representan el 30% y 20 %, respectivamente de las causas del total (10 reintervenciones).

En el artículo 38 del Reglamento a la ley 9222 de Donación y Trasplantes sobre los requisitos y obligaciones del Coordinador institucional de donación y trasplante de órganos y tejidos, se indica lo siguiente:

“g) Identificar áreas críticas del establecimiento de salud y proponer estrategias en beneficio del proceso de donación y trasplante del establecimiento de salud, ante las autoridades respectivas”.

La situación ocurre porque el hospital México efectúa trasplantes hepáticos a pacientes con MELD más altos en comparación con los pacientes trasplantados del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia que registran MELD más bajos. Asimismo, en ambos centros hospitalarios la causa de muerte de los pacientes trasplantados es por sepsis.

Lo anterior, genera que los pacientes que requieren de un trasplante hepático y que se mantienen en lista de espera, estén propensos a que presenten una mayor severidad de su enfermedad al no recibir un trasplante en un tiempo oportuno y fallezcan estando en lista de espera.

9. AUSENCIA DE UN SISTEMA DE CONTROL PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DEL PAGO DE DISPONIBILIDADES MÉDICAS

Se evidenció que la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes no dispone de un sistema de control para el seguimiento de los registros correspondientes al pago de disponibilidades médicas, que se pagan en los diferentes Centros Hospitalarios autorizados para realizar trasplantes y tampoco de un plan de monitoreo para determinar el costo beneficio de la continuidad de la disponibilidad.

Cabe señalar, como antecedente, que esta Auditoría a través de diferentes oficios solicitó a la Gerencia Médica, los mecanismos de control para el pago de disponibilidades médicas, en virtud de la baja tasa de donación que repercute en la cantidad de trasplantes realizados, según se detalla:

- En oficio AI-1097-20 del 8 de mayo de 2020, esta Auditoría solicitó al Dr. Mario Ruiz Cubillo, gerente médico en ese momento y al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, la necesidad de implementar un sistema de control interno, que permita una efectiva rendición de cuentas de la efectividad de las gestiones administrativas y técnicas del programa.
- En el oficio GM-8728-2020 del 8 de julio de 2020, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, gerente médico en ese momento instruyó al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplantes, en ese momento establecer y definir los mecanismos para el seguimiento, monitoreo, controles a implementar y garantizar el cumplimiento de las funciones de la Coordinación a su cargo, así como de los demás actores involucrados en este proceso, para cumplir con la normativa vigente en esta materia.
- En el oficio de asesoría AS-ASS-1858-2020 del 23 de julio de 2020, se expuso al Dr. Mario Ruiz Cubillo, gerente médico en ese momento y al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, que esta Auditoría Interna, consultó a la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, sobre los montos de los trámites de pago de las disponibilidades y se informó que los datos aún no forman parte de registro de la citada Coordinación.
- En el GM-PIDT-0011-2024 del 11 de enero de 2024, suscrito por el Dr. José André Madrigal Bustamante, Coordinador Institucional de Donación y Trasplantes y dirigido al Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médico, en relación con el criterio técnico para las disponibilidades para trasplante Cardiopulmonar, exponiendo lo siguiente: *“Las disponibilidades también deberán estar sujetas a evaluación periódica de los resultados obtenidos, y podrá ser modificada en función de lo observado”*.

En oficio AI-0016-2024 del 10 de enero de 2024, este Órgano de Fiscalización, solicitó al Dr. José André Madrigal Bustamante, Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes, información relacionada con el pago de disponibilidades médicas canceladas por año para la realización de trasplantes en población adulta y pediátrica.

Mediante oficio GM-PIDT-0066-2024 del 16 de febrero de 2024, el Dr. José André Madrigal Bustamante, Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes, brindó la información de los datos requeridos y anotó lo siguiente: *“resulta de suma importancia aclarar que esta Coordinación solicitó de nueva cuenta la información faltante o incompleta a los hospitales, con el fin de tener los datos completos y poder dar respuesta al requerimiento como fue planteado en su totalidad”*.

Cabe señalar, que la Institución canceló por pago de disponibilidades médicas para la realización de trasplantes en población adulta y pediátrica del año 2020 al 2023, los siguientes montos:



Tabla 2
Pagos cancelados por disponibilidades médicas
por Centro Hospitalario
Periodo 2020 al 2023

Centro Hospitalario	Año 2020 Monto cancelado	Año 2021 Monto cancelado	Año 2022 Monto cancelado	2023 Monto cancelado
Nacional de Niños	₡ 59.318.391.75	₡ 114.664.805.33	₡ 115.177.843.72	₡ 95.148.425.73
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	₡ 136.748.229.04	₡ 230.211.952.20	₡ 231.450.217.25	₡ 211.132.056.36
México	₡ 183.735.152.00	₡ 234.633.960.10	₡ 195.070.494.43	₡ 110.262.479.99
Dr. Maximiliano Peralta	₡ 66.148.836.58	₡ 152.183.791.55	₡ 124.742.505.53	₡ 121.122.766.68
Total General	₡ 445.950.609.37	₡ 731.694.509.18	₡ 666.441.060.93	₡ 537.665.728.76

Fuente: Elaboración propia con datos aportados en el oficio GM-PIDT-0066-2024 del 16 de febrero de 2024 - Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes

De la tabla anterior se desprende que la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, desconoce la totalidad de los pagos efectuados por disponibilidades médicas, considerando que los datos relacionados al hospital San Juan de Dios, no fueron aportados, siendo que en el oficio AI-0167-2024 del 30 de enero del 2024, se le extendió el plazo para aportar la información a este Órgano de Fiscalización, sin embargo, no fue remitida.

Llama la atención a esta Auditoría Interna, la cantidad de recursos económicos que la Institución ha invertido en disponibilidades médicas, a saber: en el año 2020 se cancelaron ₡445.950.609.37 con la tasa de donación de 5.3 por millón de habitantes, para el año 2021 la suma de ₡731.694.509.18 registrando ese año la tasa más baja de donación de 3.3. (según los registros considerados en el estudio) para el 2022 el monto fue de ₡666.441.060.93 con la tasa de donación de 5.21 y para el 2023 un total de ₡537.665.728.76 con la tasa de donación de 4.03.

Cabe indicar que el artículo 10 de la sesión número 9062 celebrada el 07 de noviembre del 2019 por la Junta Directiva, se acordó lo siguiente:

“Acuerdo cuarto: instruir a la Gerencia Médica para que cada 6 meses el primer año y posteriormente cada año, presente a esta Junta Directiva, la evaluación de la producción en términos de eficiencia, oportunidad y calidad, con la generación de indicadores que arrojen los resultados con miras al mejoramiento continuo de los procesos de donación y trasplante para el fortalecimiento en la atención al paciente”.

En el artículo 38 Reglamento a la ley 9222 de Donación y Trasplantes, sobre los requisitos y obligaciones del Coordinador institucional de donación y trasplante de órganos y tejidos, se indica lo siguiente:

“g) Identificar áreas críticas del establecimiento de salud y proponer estrategias en beneficio del proceso de donación y trasplante del establecimiento de salud, ante las autoridades respectivas.

f) Facilitar una justa distribución e intercambio de órganos y tejidos entre establecimientos de salud donadores y trasplantadores”.



La situación descrita, evidencia que la Gerencia Médica no ha implementado los mecanismos para el control, monitoreo y seguimiento de las funciones que debe cumplir la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, así como de los demás actores involucrados en este proceso, en observancia a la normativa vigente en esta materia.

En virtud de lo anterior, al no disponer la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes de los datos sobre el pago de disponibilidades médicas en los Centros Hospitalarios, tampoco se están realizando las evaluaciones periódicas de los resultados en relación con la cantidad de trasplantes realizados versus las tasas de donación.

CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió evidenciar la existencia de aspectos sujetos de mejora en la eficacia de las medidas implementadas por la Gerencia Médica en lo que concierne a la estructura organizacional y funcional, dirección, coordinación y supervisión del Programa Institucional de Donación y Trasplante, situación que subraya la urgente necesidad de fortalecer tanto la administración como la orientación de las operaciones de este programa vital para la Institución.

Lo descrito repercute en la calidad de la atención médica y la reputación institucional, además de generarse riesgos legales como operativos. Es imperativo abordar estas problemáticas a través de una estructura robusta, liderazgo sólido, una comunicación efectiva y una coordinación eficiente, a fin de salvaguardar la integridad, calidad y eficacia del Programa Institucional de Donación y Trasplante.

Este Órgano de Fiscalización evidenció áreas de mejora en el Programa Institucional de Donación y Trasplante, asociadas a la falta de implementación de estrategias, una organización sólida, la desactualización en la formación del personal, la ausencia de protocolos y el no estar alineada a las normativas recientes, aspectos que plantean desafíos importantes que deben ser atendidos con la prontitud que demandan los riesgos asociados al programa. Estas circunstancias no solo pueden generar inconsistencias en la ejecución de actividades, sino que también presentan riesgo de incumplimiento normativo y la posibilidad de socavar la confianza de las partes interesadas.

El incumplimiento de los requisitos establecidos en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante, junto con la ausencia de un diagnóstico de capacidad operativa, ha generado una serie de debilidades significativas en el Programa Institucional de Donación y Trasplante, lo que se traduce en una disminución de la capacidad del programa para brindar servicios de alta calidad y operar de manera eficaz. Además, la falta de un diagnóstico completo de la capacidad operativa afecta la identificación de áreas de mejora y las necesidades de recursos adicionales, dificultando la capacidad del programa para adaptarse a las cambiantes demandas y mejorar su eficiencia. Es relevante abordar estos aspectos de manera oportuna y efectiva para garantizar la calidad de los servicios, cumplir con las regulaciones y normativas pertinentes y permitir una gestión más eficiente y estratégica del Programa Institucional de Donación y Trasplante.



La falta de regulación en el modelo de remuneración para los profesionales de la salud que participan en los procedimientos de trasplante, a partir de donantes cadavéricos implica la necesidad de que las autoridades institucionales aborden este problema de manera urgente, emitiendo la normativa necesaria para garantizar un sistema de remuneración adecuado y eficiente para los profesionales de la salud involucrados en los procesos de donación y trasplante. Esto no solo asegurará la justa compensación de estos profesionales, sino también preservará la sostenibilidad del sistema y mejorará la tasa de donación, lo que, en última instancia, salvará vidas.

Es fundamental la creación, desarrollo e implementación de sistemas y programas de donación de órganos eficientes, efectivos y exitosos, que permitan y logren maximizar la tasa de detección de potenciales donantes fallecidos de órganos, la tasa de consentimientos positivos para donación, la calidad de los órganos donados, la cantidad de aceptaciones de esos órganos, y de trasplantes exitosos de esos órganos. Asimismo, de acuerdo con los registros internacionales los programas en los Estados Unidos como de los países de la Comunidad Europea tienen como componente en la eficiencia de sus programas, una entidad técnico especializada en donación y trasplante responsable de la organización gestión desarrollo de políticas toma de decisiones y análisis de todo lo concerniente en donación y trasplante para sus respectivos países, lo cual garantiza la máxima eficiencia, calidad y seguridad en los procesos de donación y trasplante y que las decisiones que se adopten estén orientadas a definir soluciones acorde a las necesidades específicas de los pacientes que requieren un órgano para ser trasplantado y que benefician el funcionamiento eficiente, seguro y transparente de los programas.

Preocupa a esta Auditoría, el incumplimiento de los acuerdos de Junta Directiva, por parte de la Coordinación del Programa del trasplante de hígado pediátrico del hospital Nacional de Niños y la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, en virtud de que estos fueron tomados considerando que el trasplante de órganos es un proceso científico y ético integral que incluye evidentemente al trasplante de hígado y el trasplante de hígado pediátrico.

En el caso del trasplante de hígado pediátrico como proceso integral, debe garantizar maximizar todos los factores de calidad y seguridad en cada uno de los procesos que constituyen el trasplante de hígado pediátrico con el objetivo de obtener la mayor tasa posible de éxito en sobrevivencia del paciente y del injerto hepático trasplantado en esta población vulnerable, a través de la participación de un equipo (que la Institución dispone) de cirujanos de trasplante de hígado con especialización y formación en trasplante hepático- pediátrico en todas las fases de este proceso integral: selección del candidato pediátrico a trasplante de hígado, inclusión del paciente pediátrico en la lista de espera para trasplante de hígado, manejo de las complicaciones médicas del paciente pediátrico en lista de espera para trasplante de hígado, el planeamiento quirúrgico y logístico del trasplante de hígado pediátrico en sala de operaciones y post trasplante en cuidado intensivo y la prevención y manejo posoperatorio especializado de las posibles complicaciones que se presenten post trasplante.

Cabe señalar, que, si bien es cierto la especialidad de trasplante hepático pediátrico, no está registrada en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, la institución dispone de 3 especialistas en trasplante hepático pediátrico.



Se considera pertinente que la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes de la Gerencia Médica, gestione de conformidad a las funciones establecidas en el artículo 38 del Reglamento a la ley 9222 de Donación y Trasplantes, en cuanto a facilitar una justa distribución e intercambio de órganos y tejidos entre establecimientos de salud donadores y trasplantadores, dado que como se evidenció hay diferencias de oportunidad en pacientes que requieren de un trasplante hepático y la sobrevida de ellos, conforme a los procedimientos efectuados por los hospitales México y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia debido a los disímiles datos de MELD registrados que presentan los pacientes adscritos en los citados centros hospitalarios.

Esta Auditoría, en reiteradas ocasiones ha manifestado a la Gerencia Médica que la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes, debe disponer de un sistema de información ágil y oportuno referente al pago de disponibilidades médicas en los Centros Hospitalarios, no obstante, el estudio evidenció que el sistema no ha sido implementado y tampoco se están realizando las evaluaciones periódicas de los resultados en relación con la cantidad de trasplantes realizados versus las tasas de donación.

Así mismo, el Ministerio de Salud, es el ente rector en materia de trasplantes, no obstante la Institución dispone de especialistas en los diferentes Centros Hospitalarios autorizados para colaborar en temas que se requieren, pero es importante disponer de estrategias a nivel institucional para reformular ante el Ministerio de Salud, la reactivación de los programas de trasplante hepático en el hospital México y trasplante renal en el hospital San Juan de Dios para garantizar el derecho a la salud y a la vida que le asiste a los pacientes que requieren de un trasplante como última opción de vida.

RECOMENDACIONES

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

1. Considerando la importancia que reviste el Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Tejidos y Células, en la salud de los pacientes, llevar a cabo un análisis con el propósito de definirle una estructura jerárquica que esté acorde con las competencias, niveles de responsabilidad y funcionalidades que desempeña, ya que actualmente el Coordinador Institucional se encuentra limitado para resolver situaciones que requieren acciones ágiles y oportunas que se presentan en los diferentes centros hospitalarios. Dentro de la revisión que se lleve a cabo, valorar la conveniencia de que este programa, esté adscrito a una Dirección de Sede de esa Gerencia Médica.

Para acreditar el cumplimiento esta recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría en el plazo de **9 meses** a partir del recibo del presente informe, evidencia de los documentos que respaldan las gestiones y el cumplimiento de la recomendación a cabalidad, incluyendo las valoraciones efectuadas a nivel interno de la Gerencia Médica y la solicitud al Proyecto de Reestructuración.

2. Con fundamento en los resultados obtenido sobre la gestión y supervisión del Programa Institucional de Donación y Trasplante (**hallazgos 1, 7, 8 y 9**), diseñar y ejecutar un plan de acción con el objetivo de fortalecer los procedimientos de trasplantes considerando los siguientes aspectos:



- a. Comunicación y coordinación efectivas: Implementación de reuniones periódicas de seguimiento donde se incluyan a los equipos médicos, administrativos, organizaciones externas pertinentes y otros actores relevantes, así como la adopción de sistemas de gestión que faciliten la coordinación y el intercambio de información.
- b. Desarrollar indicadores de gestión: diseño e implementación de indicadores de gestión adecuados para evaluar el rendimiento del Programa de Donación y Trasplante. Estos indicadores deben ser medibles, realistas y centrados en mejorar las tasas de donación y trasplante, así como en la calidad y seguridad del proceso en su totalidad.
- c. Revisión y optimización de procesos: Realizar una revisión de los procesos operativos del programa e identificar áreas susceptibles de mejora, que permita optimizar el flujo de trabajo y garantizar una gestión fluida y efectiva.
- d. Análisis y control de Disponibilidades Médicas: Efectuar un análisis de la efectividad, aprovechamiento, distribución y control interno de las Disponibilidades Médicas del Programa Institucional de Donación y Trasplante, con el propósito de identificar oportunidades de mejora para maximizar la eficiencia y el cumplimiento de la normativa institucional, en tal sentido valorar implementar un sistema de información ágil y oportuno para que se realicen evaluaciones periódicas de los resultados en relación con la cantidad de trasplantes realizados en función de las tasas de donación, dando especial énfasis al comportamiento que se presenta en el Hospital Nacional de Niños, considerando los principios de equidad en la asignación de disponibilidades médicas.
- e. Sobre control de calidad en un sistema de donación y trasplante: Valorar la Conformación de un Consejo de Donación y Trasplante con autoridad y responsabilidad, integrado por los Coordinadores de los Equipos de Trasplantes de los Establecimientos de Salud autorizados, con el objetivo de que se analicen situaciones que se presentan entorno a los pacientes y sea el Consejo el que analice junto con la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes, las acciones que requieren atención oportuna por los riesgos que se presenten. De igual manera, valorar que la permanencia de sus miembros sea rotativa por un periodo de 2 años tal y como se realiza en el Consejo Oncológico Institucional.
- f. Acatamiento de los acuerdos de Junta Directiva: Instruir de manera inmediata el cumplimiento de los acuerdos correspondientes al artículo 25 de la sesión número 8782 celebrada el 11 de junio de 2015 y el artículo 10 de la sesión número 9062 del 07 de noviembre del 2019, en cuanto a que los trasplantes hepático-pediátrico con donante cadavérico y con donante vivo sean realizados por los especialistas en trasplante hepático pediátrico que la Institución dispone (2) en el hospital México y (1) en el hospital Nacional de Niños, con el objetivo de garantizar que la población pediátrica disponga siempre de un grupo de especialistas en trasplante hepático pediátrico de al menos 2, para la selección, evaluación, decisión y realización de cada procedimiento quirúrgico con donante cadavérico y vivo en apego a las normas internacionales.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría el plan de acción¹⁷ que incluya los aspectos señalados en los incisos a, b, c, d, e y f.

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

3. Con base en los aspectos identificados en el hallazgo 7 de este informe, efectuar una revisión al comportamiento de la tasa de mortalidad de los pacientes pediátricos durante el periodo 2019 al 2023, con el propósito determinar causas y proceder, a partir de los resultados obtenidos a ejecutar las acciones correctivas, administrativas y de otra índole que pudieran corresponder.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse evidencia del análisis y resoluciones tomadas por esa Gerencia Médica a partir del análisis del comportamiento de la tasa de mortalidad de los pacientes de trasplantes hepático-pediátricos durante el periodo 2019 al 2023.

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

4. Realizar las coordinaciones y gestiones ante el Consejo Financiero y de Control Presupuestario; Dirección de Administración y Gestión de Personal; Dirección de Presupuesto; Junta Directiva (punto a) y ante la Dirección de Proyección de Servicios de Salud (punto b), que permitan **(hallazgo 3)**:
 - a. La dotación del recurso humano faltante al Programa Institucional de Donación y Trasplante, de conformidad con el Perfil Funcional de Donación y Trasplante, lo anterior, teniendo en consideración los pasos señalados por la Dirección de Administración y Gestión de Personal en el oficio GG-DAGP-0023-2023 del 11 de enero de 2023.
 - b. La finalización del estudio de capacidad operativa (Dirección de Proyección de Servicios de Salud) que proporcione una visión integral de los recursos disponibles, las necesidades de personal, los equipos, la infraestructura y otros aspectos esenciales para el funcionamiento del programa.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría la documentación que evidencie las gestiones para la ocupación de las plazas disponibles y la dotación del recurso humano faltante (apartado a), así como el estudio de capacidad operativa finalizado (inciso b).

Plazo de cumplimiento **9 meses** a partir del recibo del presente informe.

5. Considerando lo evidenciado en el **hallazgo 4** del presente informe con respecto al Modelo de Gestión y al Perfil Funcional de Donación y Trasplante, realizar en conjunto con la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, las siguientes acciones:

¹⁷ Documento formal que establece una serie de pasos o actividades específicas que deben llevarse a cabo para lograr un objetivo determinado. Este plan generalmente incluye detalles sobre quién es responsable de cada tarea, los plazos para completarlas, los recursos necesarios y los criterios de éxito.

- a. Revisar y actualizar el Modelo de Gestión: "Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células" para alinear adecuadamente sus disposiciones con la nueva Política Institucional en este tema, así como con el Modelo por Procesos para la Gestión del Programa de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células y los lineamientos establecidos en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.
- b. Revisar y evaluar la agenda de implementación de la Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células para asegurar que las actividades estén alineadas con los objetivos establecidos y ajustarlas según sea necesario.
- c. Colaborar con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en la elaboración de los protocolos y las guías técnicas específicas para los trasplantes según tipo de órgano, tejido y/o célula, con el propósito de lograr la estandarización de los procedimientos en los establecimientos de salud.
- d. Llevar a cabo revisiones periódicas de los diagramas de flujo establecidos en el Perfil Funcional, de acuerdo con las normas nacionales de distribución y asignación en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células emitidas por la Secretaría Ejecutiva Técnica del Ministerio de Salud. Cualquier ajuste debe comunicarse a las instancias técnicas pertinentes.
- e. Solicitar a la Junta Directiva valorar la pertinencia de delegar en este nivel gerencial o en la Gerencia General la aprobación de las modificaciones de orden técnico y funcional al Modelo de Gestión de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, con el propósito de facilitar la implementación de las estrategias gerenciales en esta materia y permitir la actualización oportuna de dicho documento. En casos donde los ajustes impliquen la conformación de unidades organizacionales formales, se requerirá del estudio técnico por parte de la instancia competente en la materia y deberá contar con la aprobación de dicho órgano colegiado.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría documentación que evidencie la revisión y actualización del modelo (inciso a); la revisión y evaluación de la agenda de implementación de la Política Institucional (inciso b); la presentación ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de protocolos y guías técnicas (inciso c); revisión de los diagramas de flujo del Perfil Funcional (inciso d) y la solicitud ante Junta Directiva (inciso e).

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

6. Considerando lo evidenciado en los **hallazgos 2 y 6** del presente informe relacionado con los deberes y responsabilidades del Coordinador Institucional de Donación y Trasplante, instruir al Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, llevar a cabo las siguientes acciones:

- a. Revisar y valorar la actualización del documento de la estrategia "Hacia una nueva gestión en la Donación y Trasplante de órganos y tejidos" o la confección de un nuevo instrumento, que identifique áreas críticas y proponga estrategias específicas para optimizar los procesos de donación y trasplante en los centros médicos, mejorar la eficiencia, y garantizar la calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud y además se incorpore un análisis situacional de la epidemiología y prevalencia de la enfermedad orgánica terminal, en virtud que la longevidad de la población tiene un efecto automático y exponencial en el aumento de la incidencia de enfermedades terminales de los órganos producto del envejecimiento y la exposición crónica de los órganos, al vivir más tiempo las personas, a factores de riesgo cardiovascular y metabólicos como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hígado graso y sedentarismo.
- b. Actualizar el "Plan de Formación y Capacitación para los procesos de Donación y Trasplantes de Órganos, tejidos y Células en la Caja Costarricense de Seguro Social". Asimismo, realizar las gestiones que aseguren la inclusión de temas relacionados con donación y trasplante en los planes locales de formación y capacitación de los establecimientos de salud vinculados con dichos procesos.
- c. Gestionar la elaboración, validación y aprobación de los protocolos, manuales e instructivos pendientes para las diversas especialidades y disciplinas involucradas en las actividades de donación y trasplante institucional. Establecer un cronograma para la finalización y validación de estos documentos, involucrando a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y a especialistas relevantes en el proceso.
- d. Efectuar la revisión y actualización de los diagramas de flujo definidos en el Perfil Funcional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. Dada la emisión de la nueva versión de la Norma Nacional de Distribución y Asignación Renal, se debe priorizar la actualización correspondiente, asegurando la coherencia con las normativas más recientes.
- e. Gestionar la definición, aprobación y oficialización de indicadores de gestión. Además, la implementación de análisis estadísticos que respalden la evaluación y mejora continua de la eficacia del programa.

Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría documentación que evidencie el documento actualizado donde se identifiquen las áreas críticas y estrategias (inciso a); la actualización del plan y de documentación que certifique la inclusión de temas en donación y trasplante en los centros médicos (inciso b); la presentación ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de protocolos y guías técnicas (inciso c); revisión de los diagramas de flujo del Perfil Funcional (inciso d) y la definición de indicadores y análisis estadísticos (inciso e).

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

A LA LICDA. GABRIELA ARTAVIA MONGE, EN CALIDAD DE GERENTE ADMINISTRATIVA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

7. Realizar las gestiones y coordinaciones conjuntas con el Área de Diseño, Administración y Gestión de Personal; Dirección de Administración y Gestión de Personal; Programa Institucional de Donación y Trasplante; Gerencia Médica; y Gerencia General; con el propósito de obtener la aprobación oficial y posterior aplicación del "Instructivo para la aplicación del modelo de pago a los Profesionales en Ciencias Médicas, participantes en los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos en la CCSS", de conformidad con el **hallazgo 5** del presente informe.



Para el cumplimiento de la presente recomendación, la Administración deberá aportar a esta Auditoría la documentación que certifique la aprobación definitiva y oficialización del mencionado instructivo.

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

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles¹⁸ se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”¹⁹ con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

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

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el Artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe se comentaron el 18 de junio de 2024 por medio de la Plataforma Microsoft Teams; de acuerdo con la convocatoria realizada por la Auditoría Interna, mediante oficio AI-0855-2024 del 3 de junio de 2024, dirigido al Dr. Alexander Sánchez Cabo, gerente médico.

Los principales comentarios efectuados en la presentación de los resultados del informe se plasman de la siguiente manera:

Recomendación 1:

Considerar ampliar el plazo de 6 a 9 meses, según lo indicado por los representantes de la Gerencia Médica; al respecto se efectúa el ajuste correspondiente.

Recomendación 2:

Considerar ampliar el plazo de 4 a 6 meses, según lo indicado por los representantes de la Gerencia Médica, modificación que se realiza en el presente documento.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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”.



Recomendación 4:

Considerar ampliar el plazo de 6 a 9 meses, según lo indicado por los representantes de la Gerencia Médica. Además, en el punto a), eliminar la frase “La ocupación de plazas disponibles”, en virtud de que no se dispone de plazas y, por el contrario, se debe dotar de las mismas; al respecto, se realizan los ajustes correspondientes.

Recomendación 5:

En el apartado del entregable para el cumplimiento de la recomendación, cambiar la frase “elaboración de los protocolos y guías técnicas” y sustituirla por “presentación ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de protocolos y guías técnicas”; se realiza al ajuste.

Recomendación 6:

El Dr. Madrigal Bustamante comentó la importancia y necesidad de que un ingeniero industrial colabore y acompañe a la Coordinación del PIDT en el cumplimiento de las recomendaciones. En el apartado del entregable para el cumplimiento de la recomendación, cambiar la frase “elaboración de los protocolos y guías técnicas” y sustituirla por “presentación ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de protocolos y guías técnicas”; se realizó el ajuste.

Recomendación 7:

Considerar ampliar el plazo de 3 a 6 meses, según lo indicado por los representantes de la Gerencia Administrativa; se realizó el ajuste correspondiente.

ÁREA AUDITORIA DE SALUD

MBA. Víctor Hugo Ruiz Méndez
Asistente de Auditoría

Licda. Francella Fallas Núñez, jefe a.i.
Subárea

Ing. Miguel Salvatierra Rojas, jefe
Subárea Estratégica

Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe
Área

EAM/MASR/FFN/VHRM/lbc