



## AOPER-0110-2023

18 de diciembre de 2023

### RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2023 del Área de Auditoría Operacional, con el objetivo de evaluar la razonabilidad de las acciones estratégicas que se han efectuado en la institución para fomentar y consolidar una cultura organizacional orientada a la calidez y buen trato en la prestación de los servicios de salud.

Al respecto, la calidez y buen trato forman parte del respeto de los derechos humanos, en particular, en el tema de salud debe posicionarse como un tópico de primer orden en la agenda pública, ya que el trato digno es un derecho propio de todas las personas; la percepción de buen trato en la atención de salud implica que esta sea coherente, integrada y que no fragmente los requerimientos de los usuarios.

En ese sentido, los resultados del estudio permiten determinar que pese a los esfuerzos institucionales en diagnosticar aquellos factores que afectan la prestación de servicios de calidad donde se encuentra inmersa la calidez y el buen trato, se requieren idear estrategias robustas y articuladas consignadas en planes de mejora, que permita establecer acciones concretas donde se refleje el cumplimiento de metas que permitan reconocer una mejora sustancial en la consolidación de toda una cultura de buen trato y calidez que pueda permear en forma eficiente y eficacia a toda la organización.

En lo que respecta a la Política de Buen Trato aprobada en el año 2013, a la fecha de cierre de la presente evaluación todavía se encuentran pendientes de cumplimiento 4 de los siete lineamientos definidos inicialmente, relacionados con 3.2 Política de regulación y lineamientos para fomentar, fortalecer el comportamiento y las conductas positivas en el funcionario de la Caja: Gestionar la aprobación del Código de Ética y Comunicar y capacitar sobre el Código de Ética, 3.5. Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios: Incluir y ponderar en los cursos de inducción y reinducción, temas que fomenten el sentido de pertenencia, cultura organizacional y buen trato, 3.6. Política de fortalecimiento de la imagen Institucional dirigida a los usuarios internos y externos: Elaborar y coordinar una campaña de concientización de los deberes de los usuarios y Desarrollo de proyectos de comunicación sobre aspectos positivos de la gestión institucional como el caso de profesionales y otros funcionarios innovadores y comprometidos con la institución y el asegurado, 3.7. Política de reconocimiento por proyección y buen trato: Reconocimiento o acreditación a las unidades cuyos funcionarios se encuentren en un 100% capacitados y conozcan el protocolo de atención a los usuarios; situación que no coadyuva al establecimiento integral de una cultura organizacional enfocada en el trato digno, con calidez y de calidad.

Por otra parte, Junta Directiva en el artículo 2° de la sesión N° 9259, celebrada el 18 de mayo del 2022 proyectó generar una propuesta de buen trato que permitiera mejorar los servicios que se brindan a los usuarios de los servicios. Esta propuesta comprendió 7 ejes relacionados con la actualización de la Política Integral de Buen Trato, Código de Ética y Modelo Cultura, Clima y Ética, capacitación y sensibilización a los funcionarios, fortalecimiento del tema buen trato en los programas de inducción y reinducción, ingreso y reingreso, aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria, ranking resultados de las encuestas de satisfacción, campaña interna y externa de comunicación sobre los deberes y derechos de la población usuaria, evaluación periódica de las pruebas de ingreso de los funcionarios. No obstante, la ruta de esta propuesta evidencia debilidades que no han permitido cumplir su objetivo de mejorar los servicios de salud en materia de buen trato, y que a la fecha del presente estudio – noviembre de 2023- no se evidencia certeza de su cumplimiento.



En cuanto a la supervisión y al seguimiento que debe efectuar la Gerencia Médica en relación con los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, para esta Auditoría no fue factible disponer del acceso de la información requerida para valorar los planes de mejora que diseñan las unidades médicas; por lo cual, a pesar de que esa Gerencia manifestó que si se ejecuta los procesos de supervisión, no existe una seguridad razonable de la efectividad de esos controles, por lo que según el comportamiento observado en los resultados de las encuestas entre el 2018-2022, donde no se observan mejoras en los indicadores de la mayor parte de los centros de salud, e incluso algunos presentan un puntaje menor, permite inferir que es posible que los planes de mejora no estén siendo lo suficientemente efectivos en cuanto a incrementar la calidad de los servicios.

La situación evidenciada en general, denota una dispersión de funciones, ante la clara ausencia de una figura que articule y de un seguimiento efectivo a las unidades que participan de manera directa e indirecta en el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la calidad en el servicio a los usuarios, y que permita ejecutar en tiempo y forma los esfuerzos y estrategias planteadas.

En cuanto a los diagnósticos de riesgos relacionados en las unidades evaluadas, es importante mencionar que el concepto de riesgo no tiene una definición global que admita la consideración de todas y cada una de sus diferentes acepciones, el concepto de forma general es exponerse al futuro, considerando que éste puede depararnos sucesos no deseados en forma de daños o pérdidas. Esta definición está en línea con la que ofrece el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, que lo define como “Contingencia o proximidad de un daño”. El concepto de riesgo en ISO 31000:2018 se refiere al efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

De conformidad con lo anterior, la gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que se debe cumplirse. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y seguimiento y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo).

Una débil gestión ocasionaría que no esté acertada la identificación y priorización de los riesgos, lo que podría dejar excluidos riesgos principales que afecten los objetivos de la unidad o de la institución, como lo establece la estrategia 3k, del objetivo 3 del Plan Estratégico Institucional, que requiere que los sistemas integrados de gestión contribuyan a la toma de decisiones y la administración de los riesgos.

En virtud de lo anterior, se han emitido recomendaciones a la Gerencia Administrativa, Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud y Dirección de Bienestar Laboral para realizar las acciones que correspondan, con el fin de que, en términos generales, se defina una unidad o comisión que contribuya en el seguimiento e integración de las acciones en torno a la temática de calidez y buen trato, por otra parte, se atiendan los ejes pendientes de la Propuesta Integral de Buen Trato del 2022 y por último mejorar la identificación y valoración de riesgos de las unidades afines.



**AOPER-0110-2023**

18 de diciembre de 2023

**ÁREA AUDITORÍA OPERACIONAL**

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS  
INSTITUCIONALES EJECUTADAS PARA FOMENTAR Y CONSOLIDAR UNA CULTURA  
ORGANIZACIONAL ORIENTADA A LA CALIDEZ Y BUEN TRATO EN LA PRESTACIÓN DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD**

**GERENCIA ADMINISTRATIVA-1104**

**GERENCIA MÉDICA-2901**

**DIRECCIÓN INSTITUCIONAL DE CONTRALORÍAS DE SERVICIOS DE SALUD-2908**

**ORIGEN DEL ESTUDIO**

La evaluación se efectuó de conformidad con el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el año 2023.

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la razonabilidad de las acciones estratégicas que se han efectuado en la institución, para fomentar y consolidar una cultura organizacional orientada a la calidez y buen trato en la prestación de los servicios de salud.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar la implementación de la Política Integral del Buen Trato 2013 y el avance de la Propuesta Integral de Buen Trato, aprobada por Junta Directiva en el artículo 2° de la sesión N° 9259, celebrada el 18 de mayo del 2022.
- Determinar el cumplimiento de las actividades sustantivas de las unidades institucionales relacionadas con el fomento del trato digno, humanizado y de calidez en la prestación de los servicios.
- Verificar la razonabilidad el monitoreo sobre la satisfacción de los usuarios en los servicios médicos y administrativos institucionales, así como la implementación y seguimiento de planes de mejora.
- Comprobar la identificación y administración de los riesgos asociados a las acciones que promueven la calidez y buen trato en las unidades cuyas funciones sustantivas están asociadas a esta temática.

## ALCANCE

El estudio comprende la revisión de las acciones realizadas en cuanto a la implementación de la Política Integral de Buen Trato 2013, la vinculación de la política con el Plan Estratégico Institucional, estado de avance de la Propuesta Integral de Buen Trato del 2022, cumplimiento de funciones sustantivas de las unidades relacionadas a promover la cultura de calidez y buen trato, análisis de los resultados de los boletines estadísticos y las encuestas de satisfacción de consulta externa y hospitalización en los últimos años, así como las acciones de mejora implementadas y su seguimiento en atención a los resultados, acciones de monitoreo de la satisfacción de los usuarios de servicios no médicos, así como verificación de los diagnósticos de riesgos relacionados a esta temática en las unidades afines. El periodo de evaluación comprende 2013 a 2023, ampliándose en los casos en que se consideró necesario.

El examen se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (Resolución R-DC-064-2014, publicada en La Gaceta 184 del 25 de setiembre de 2014, vigentes a partir del 1º de enero de 2015) y las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público (divulgadas en La Gaceta 28 del 10 de febrero de 2010), ambas emitidas por la Contraloría General de la República.

## METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos del presente estudio, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Revisión de las acciones realizadas en seguimiento a la implementación de la Política Integral de Buen Trato 2013.
- Verificación de la vinculación de la política con el Plan Estratégico Institucional.
- Análisis del estado de avance de la Propuesta Integral de Buen Trato del 2022.
- Identificación de las unidades que como parte de sus funciones sustantivas tengan asignadas labores relacionadas a fomentar el trato digno y con calidez en la prestación de servicios y verificar su cumplimiento efectivo.
- Análisis de los resultados de los boletines estadísticos y las encuestas de satisfacción de consulta externa y hospitalización en los últimos años, así como las acciones de mejora implementadas y su seguimiento en atención a los resultados.
- Comprobar que se ejecuten acciones de monitoreo de la satisfacción de los usuarios de servicios no médicos y se implementen acciones de mejora.
- Análisis de los riesgos identificados por las unidades afines a esta temática en los periodos 2022-2023
- Solicitud de información a unidades como Gerencia Médica, Gerencia Administrativa, Gerencia de Pensiones, Gerencia Financiera, Dirección de Planificación Institucional, Dirección de Contralorías de Servicios de Salud, Área de Protección al Usuario, Dirección de Bienestar Laboral, Subárea de Ética y Valores.
- Entrevistas con: Lic. Mauricio Chacón Sánchez, jefe, Área de Protección al Usuario de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, Lic. Jonathan Quirós Solórzano, jefe de la Subárea de Ética y Rescate de Valores de la Dirección de Bienestar Laboral.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de la Administración Pública, 6227, de 1978.
- Ley General de Control Interno, 8292, del 2002.
- Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y privados, 8239, del 2002.
- Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, 7935, de 1999.
- Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, 7600, de 1996.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, del 2009.
- Normativa de Relaciones Laborales del 2010.
- Política Integral del Buen Trato del 2013.
- Protocolo de Atención a la Persona Usuaria del 2017.
- Artículo 27° de la sesión de Junta Directiva N° 9120 del 20 de agosto de 2020.
- Artículo 5° de la sesión de Junta Directiva N°9224 del 18 de noviembre 2021.
- Artículo 7° de la sesión de Junta Directiva N°9227 del 2 de diciembre 2021.
- Artículo 2° de la sesión de Junta Directiva N°9259 del 18 de mayo 2022.
- Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), del 2005.
- Guía Institucional de Valoración de Riesgos, del 2019.

## ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

Esta Auditoría informa y previene a los jefes y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden en el trámite de las evaluaciones, en lo referente a los plazos que deben observarse, así como sobre las posibles responsabilidades en que pueden incurrir por incumplir injustificadamente los artículos 35, 36, 37, 38 y el párrafo primero del artículo 39 de la Ley General de Control Interno:

*“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa El Jefe y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta ley, sin perjuicios de otras causales previstas en el régimen a la respectiva relación de servicios (...).”*

## ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidez en servicios de salud, se constituye en la manera en que las personas perciben cómo fueron tratadas en cada una de las etapas de la atención. Este trato va desde el primer contacto con el usuario como lo es el personal de seguridad hasta los funcionarios de los servicios más especializados. La calidez puede entenderse como empatía, y en este caso como la identificación de una persona con otra, cuyas relaciones se fundan en el respeto, la amabilidad y la confidencialidad. La empatía tiene su origen en una comunicación asertiva entre quien brinda el servicio y quien lo recibe.



Por su parte, el buen trato en salud se define en cuatro pilares fundamentales: la importancia del soporte emocional al usuario en medio de una situación que afecta su estado físico y mental, la información que se le da sobre su proceso de atención y su estado, la ética, compromiso y responsabilidad al atenderle, así como garantizar su atención oportuna. El buen trato significa brindar un espacio de relación con los pacientes, familiares y la comunidad, con un enfoque inclusivo, humano y participativo, el buen trato es un derecho inalienable y una forma de relación con la paciente basada en el reconocimiento de la dignidad.

Así las cosas, según la comunidad científica existe consenso en que estos dos factores de percepción y satisfacción (calidez y buen trato), forman parte esencial en las características de definen a un servicio sanitario de calidad, además de que el cuidado de la salud tiene un componente humano de solidaridad y respeto inmerso que debe premiar; de ahí la importancia que las instituciones de salud ejecuten acciones que garanticen la satisfacción plena de los usuarios.

Como parte de las principales acciones vinculadas directa o indirectamente con la garantía de calidez y buen trato a nivel institucional se identifica lo siguiente:

La Política Integral de Buen Trato, aprobada por Junta Directiva en el artículo 1° de la sesión 8626 del 7 de marzo de 2013, sus orígenes se exponen en la Introducción de este documento, según cita:

*“La mejora constante y fortalecimiento en la gestión, requiere el diseño de una política en la que se establezcan lineamientos y acciones estratégicas en términos de la calidad en los servicios de la Caja, para los usuarios internos y externos, fomentando además las buenas relaciones interpersonales, ambiente laboral, ética, respeto, valores, reconocimiento al desempeño, entre otros; y de esta manera, integrar los esfuerzos realizados por las distintas unidades institucionales, en procura de disponer de marco general regulatorio que permita direccionar a los funcionarios sobre el adecuado comportamiento dentro de la Institución, y hacia el usuario.”*

En cuanto al contexto interno institucional, la política identifica diversos factores que inciden en el comportamiento del funcionario y por ende en su proyección al momento de interactuar con un usuario, por lo que establece ejecutar acciones que propicien el reforzamiento de aquellos aspectos de clima organizacional y ambiente laboral para que el trabajador interiorice el sentido de pertenencia con la institución fomentando una conciencia social que sea pública y notoria para con los usuarios, como inducción, reforzamiento, mantenimiento y retroalimentación, interiorizar valores, misión, visión, objetivos, conocimiento adecuado de sus tareas y funciones, sentido de pertenencia y motivación.

Asimismo, se establece que la percepción del usuario es basada en la experiencia propia o bien se crea de acuerdo con lo percibido por los demás, (familiares, conocidos, amigos), así como lo divulgado en los medios de comunicación. Por lo que las acciones necesarias se enfocan en campañas de información utilizando los diferentes medios como internet, prensa, radio, televisión, boletines, entre otros; para educar al usuario y concientizarlo de sus deberes, del debido acceso a los servicios, así como campañas de reforzamiento de la imagen institucional, que restablezcan y dignifiquen su nombre y la labor de sus funcionarios.





Por su parte en el 2017, la Gerencia General por medio de la Dirección de Comunicación Organizacional elaboró el “Protocolo de Atención a la persona usuaria”, fundamentado en la Política Integral de Buen Trato y la Ley 8239 sobre los Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, que señala la obligación de brindar un trato digno, diligente y eficiente a la persona usuaria, el cual es utilizado a nivel institucional como parte de la capacitación de funcionarios de nuevo ingreso, así como los permanentes, este protocolo tiene como objetivo facilitar a los prestadores de servicios, los elementos prácticos para prodigar una atención cálida, de calidad y facilitar las herramientas que contribuyan a mejorar la relación colaborador-población.

Así también, además de los monitoreos realizados por las Contralorías de Servicios de Salud sobre la calidad en la prestación de los servicios, entre el 2018 y el 2022, se elaboró una encuesta de satisfacción de las personas usuarias de consulta externa y hospitalización, con el propósito de elaborar un diagnóstico a nivel país en torno a la prestación de servicios de salud y enfocar los esfuerzos de mejora, la misma fue financiada mediante el préstamo N° 8593-CR y sus anexos entre la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), para financiar el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, que incluye un indicador ligado al desembolso, denominado ILD#6, el cual debe ser cumplido por la Institución y en donde se plantea el “Rediseño, implementación y uso de los datos recolectados en la nueva encuesta anual para medir el impacto de las nuevas intervenciones para mejorar la satisfacción de los pacientes”. El estudio procura conocer las opiniones de la ciudadanía -usuaria de los servicios de salud de la CCSS- acerca de acontecimientos diarios que tienen relevancia con los constructos de infraestructura, servicio, empatía, confiabilidad, fiabilidad y certeza de los diferentes centros hospitalarios, utilizando la metodología de modelo SERVQUAL, que analiza la satisfacción de las personas usuarias a partir de estos constructos.

Por otra parte, existen unidades institucionales que según sus funciones sustantivas promueven de manera directa el fortalecimiento de los pilares que conforman la calidez y buen trato como lo son:

La Gerencia Administrativa dispone dentro de su estructura a la Dirección de Bienestar Laboral con el Área de Salud Ocupacional y el Área de Desarrollo Laboral, esta última con las Subáreas de Ética y Rescate de Valores y la Subárea de Deporte y Recreación.

La Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, a través del Área de Protección al Usuario y las respectivas Contralorías de Servicios de Salud Locales, cuya función principal es promover que la prestación de los servicios sea con calidad y oportunidad, así como determinar y monitorear la satisfacción de los usuarios, entre otras.

La Gerencia Médica, por su parte, en conjunto con la administración activa de los centros médicos institucionales deben brindar seguimiento a los resultados de las encuestas de satisfacción y otros monitoreos suministrados por la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, así como del cumplimiento de las acciones de los planes de mejora para garantizar entre otros aspectos la calidez y buen trato en la prestación de servicios. Las Gerencias de Pensiones y Financiera realizan monitoreos sobre la calidad y buen trato en la prestación de servicios no médicos en sus unidades y establecimientos de atención al usuario.

Por otra parte, la Junta Directiva emitió una serie de acuerdos tendientes a fortalecer la cultura de calidez y buen trato como:

- Artículo 27° de la sesión N° 9120 del 20 de agosto de 2020, en el que se acordó entre otras cosas, instruir a la Gerencia Médica, para que se asegure que los Directores de las unidades prestadoras de servicios de salud a las que se les aplicó la encuesta de satisfacción al usuario en consulta externa, hospitalización o ambas, analicen los resultados propios con los colaboradores y elaboren un plan de mejora, de acuerdo con los resultados de la encuesta y que esa Gerencia en coordinación con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, efectúe el monitoreo y seguimiento de los planes de mejora, en caso de incumplimiento, la Contraloría de Servicios de Salud debía informar a la Junta Directiva y la Gerencia Médica para ejecutar las acciones sancionatorias correspondientes.
- Artículo 5° de la sesión N°9224 del 18 de noviembre 2021, en el que se acordó instruir a la Dirección de Comunicación Organizacional, a la Dirección de Contralorías de Servicios y a la Dirección del EDUS, para que se presentara a la Junta Directiva una propuesta integrada para la atención de la mejora en la atención del usuario y la educación de los funcionarios en temas de trato, empatía, entre otros.
- Artículo 7° de la sesión N°9227 del 2 de diciembre 2021, en la que se acordó instruir a la Dirección de Contralorías de Servicios, Dirección de Comunicación Organizacional y Dirección Expediente Digital Único en Salud, presentar una ampliación de la propuesta solicitada en el artículo 5° de la sesión N° 9224 y solicitar el apoyo de la Gerencia General para conformar el equipo de trabajo para implementar la estrategia de educación al usuario y a las personas trabajadoras de la institución.
- Artículo 2° de la sesión N°9259 del 18 de mayo 2022, en la que se conoce el oficio GG-1058-2022, del 27 de abril de 2022, suscrito por la Gerencia General, mediante el cual se plantea la “Propuesta Integral de Buen Trato” conformada por 7 ejes estratégicos y se instruye a la Gerencia Administrativa para que a través de las unidades competentes se establezcan las acciones de coordinación, direccionamiento, articulación y evaluación del cumplimiento de la propuesta y se rindan los informes a esa Junta Directiva.

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA INTEGRAL DE BUEN TRATO DEL 2013

Se determinó que, transcurridos 10 años desde la publicación y oficialización de la Política del Buen Trato, cuatro de los siete lineamientos y objetivos establecidos se encuentran en proceso de cumplimiento, como se puede observar a continuación:



**Cuadro 1**  
**Cumplimiento de los lineamientos incluidos en la Política del Buen Trato, Gerencia Administrativa,**  
**Periodo: 2013 al 2023**

Lineamiento	Cumplido	En Proceso	Incumplido
3.1 Política de diagnóstico de la percepción del usuario	100%	0%	0%
3.2 Política de regulación y lineamientos para fomentar, fortalecer el comportamiento y las conductas positivas en el funcionario de la Caja	33%	66%	0%
3.3 Política de reforzamiento de la Cultura Organizacional	100%	0%	0%
3.4 Política de divulgación de la gestión estratégica, rendición de cuentas y productividad	100%	0%	0%
3.5 Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios	66%	33%	0%
3.6 Política de fortalecimiento de la imagen Institucional dirigida a los usuarios internos y externos	33%	66%	0%
3.7 Política de reconocimiento por proyección y buen trato	75%	0%	25%

**Fuente:** Elaboración propia con base en información facilitada por la Gerencia Administrativa.

Los lineamientos pendientes de cumplimiento y las acciones estratégicas se detallan a continuación:

- **3.2 Política de regulación y lineamientos para fomentar, fortalecer el comportamiento y las conductas positivas en el funcionario de la Caja:** Gestionar la aprobación del Código de Ética y Comunicar y capacitar sobre el Código de Ética.
- **3.5. Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios:** Incluir y ponderar en los cursos de inducción y reinducción, temas que fomenten el sentido de pertenencia, cultura organizacional y buen trato.
- **3.6. Política de fortalecimiento de la imagen Institucional dirigida a los usuarios internos y externos:** Elaborar y coordinar una campaña de concientización de los deberes de los usuarios y Desarrollo de proyectos de comunicación sobre aspectos positivos de la gestión institucional como el caso de profesionales y otros funcionarios innovadores y comprometidos con la institución y el asegurado.
- **3.7. Política de reconocimiento por proyección y buen trato:** Reconocimiento o acreditación a las unidades cuyos funcionarios se encuentren en un 100% capacitados y conozcan el protocolo de atención a los usuarios.

Como se puede observar en el cuadro 1, los lineamientos 3.2 y 3.5 revisten de gran importancia, debido a que, mantienen una relación directa con el fortalecimiento de las aptitudes y conductas de los colaboradores en relación con el trato que reciben los usuarios de los servicios de salud.

Al respecto conviene mencionar que las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 1.2 “Objetivos del Sistema de Control Interno”, disponen:

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

Asimismo, la norma 2.3.1. indica lo siguiente:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer y divulgar factores formales orientados a la promoción y el fortalecimiento de la ética institucional, incluyendo al menos los relativos a: a. La declaración formal de la visión, la misión y los valores institucionales. b. Un código de ética o similar. c. Indicadores que permitan dar seguimiento a la cultura ética institucional y a la efectividad de los elementos formales para su fortalecimiento”.*

En esta misma línea, la norma 2.3.3. establece que los sistemas de gestión deben incorporar, como parte de las actividades de control, consideraciones de tipo ético que garanticen razonablemente un desempeño ajustado a altos estándares de comportamiento, que permitan una cabal rendición de cuentas ante los sujetos interesados, prestándose especial atención a los sistemas de particular sensibilidad y exposición a los riesgos.

Consultado al respecto, el Lic. Luis Bolaños Guzmán, director de Bienestar Laboral mediante el oficio GA-DBL-0526-2023 del 30 de octubre de 2023, mencionó a esta Auditoría que los lineamientos que se encuentran pendientes, entre los que se evidencia el 3.2 “Política de regulación y lineamientos para fomentar, fortalecer el comportamiento y las conductas positivas en el funcionario de la Caja” y el “3.5. Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios” se encuentran incorporados en la Propuesta Integral del Buen Trato 2022.

En relación con los lineamientos 3.6. “Política de fortalecimiento de la imagen Institucional dirigida a los usuarios internos y externos” y 3.7. “Política de reconocimiento por proyección y buen trato”, el Lic. Bolaños Guzmán indicó que se encuentran actualmente en ejecución debido a que son procesos continuos.

No obstante lo anterior, considera este Órgano de Control y Fiscalización que el objetivo de establecer una Política del Buen Trato es generar un proceso de mejora continua en los colaboradores y usuarios, a través de estrategias que permitan sensibilizar y fomentar la calidad en la prestación de servicios que ofrece la Institución, por lo cual, el cumplimiento oportuno de cada uno de los objetivos propuestos se convierte en un pilar fundamental para el logro de las metas planteadas, sin embargo, la principal causa observada en el no cumplimiento efectivo de la política radica en no se dispuso a nivel institucional de una figura, grupo o comisión que brinde un seguimiento efectivo y constante a esta temática y que articule los esfuerzos entre las unidades cuyas funciones sustantivas se relacionen directa o indirectamente.

Lo descrito podría generar que los servicios Institucionales no sean brindados bajo una cultura de calidad, calidez y buen trato; lo que supondría una afectación en la imagen reputacional que perciben los usuarios de los servicios de salud, además, de que se incumplen los objetivos definidos en el Plan Estratégico Institucional.

## 2. DE LA PROPUESTA INTEGRAL DE BUEN TRATO

Esta Auditoría evidenció debilidades en el cumplimiento de los acuerdos del artículo 2° de la sesión N°9259 del 18 de mayo 2022, donde la Junta Directivo aprobó una “Propuesta Integral de Buen Trato” conformada por siete ejes estratégicos, el análisis se observa en los siguientes apartados:

## 2.1 SOBRE EL AVANCE DE LOS EJES ESTRATÉGICOS ESTABLECIDOS EN LA “PROPUESTA INTEGRAL DE BUEN TRATO”.

De conformidad con la documentación analizada, se determinó que cinco de los siete ejes estratégicos establecidos en la “Propuesta Integral de Buen Trato” se mantienen en proceso de cumplimiento al 22 de noviembre de 2023, pese a que se instruyeron por parte de Junta de Directiva desde el 18 de mayo 2022, según el acuerdo primero del artículo 2° de la sesión N°9259.

Lo anterior según lo indicado en los informes de avance emitidos por la Gerencia Administrativa mediante oficio GA-1432-2022 del 30 de noviembre de 2022, y del efectuado por el Área de Desarrollo Laboral de la Dirección de Bienestar Laboral, el 21 de noviembre de 2023 - oficio DBL-ADL-0280-2023-

Al respecto, es importante indicar que la hoja de ruta de la propuesta establece plazos de cumplimiento para cada eje estratégico, que no se cumplieron según el primer informe de avance de noviembre de 2022. Aunado a lo anterior, en este primer informe de avance - - se establecieron nuevos plazos para el cumplimiento de los ejes pendientes, sin embargo, tampoco se cumplieron según el informe de avance de la propuesta a octubre de 2023<sup>1</sup>.

El siguiente cuadro detalla lo descrito:

**Cuadro 2**  
**Avance por eje estratégico “Propuesta Integral de Buen Trato”**

#	Eje	Sub-eje	Hoja de Ruta Plazo cumplimiento	Estado / Primer informe de avance (noviembre 2022)	Estado/Avance a octubre 2023 Oficio DBL-ADL-0280-2023 DEL 21-11-2023	Responsable
1	“Actualización de: Política Integral de Buen Trato, Código de Ética, Modelo Cultura, y Código de Ética”	Sobre la Actualización de Política Integral de Buen Trato	4 meses a partir de la aprobación	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega primer trimestre 2023).	Proceso	Dirección Bienestar Laboral.
		Sobre actualización de Código de Ética.	Setiembre de 2022	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega diciembre 2022).	Proceso	Dirección Bienestar Laboral.

<sup>1</sup> Oficio DBL-ADL-0280-2023el 21 de noviembre de 2023.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

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

						de la Secretaría de Junta Directiva remitido mediante oficio ADL-SEV-0442023.	
		Sobre la Actualización de Modelo Cultura Organizacional.	Diciembre de 2022	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega primer trimestre 2023).	Proceso	Pendiente remisión para la aprobación de las autoridades superiores.	Dirección Bienestar Laboral.
2	<b>Capacitación y sensibilización a los funcionarios</b>	Curso Virtual Cultura del Buen Trato.	A partir de la aprobación de los ajustes de la Política Integral de Buen Trato, el CENDEISS tendrá 3 meses para actualizar el curriculum del curso virtual. Una vez actualizado el curso virtual, el CENDEISS iniciaría, de forma inmediata, la capacitación a los funcionarios (2022-2023).	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega, 3 meses posterior a la aprobación de la Política Institucional de Buen Trato).	No detalla	Se continúa impartiendo el curso virtual de Cultura de Buen Trato, que desde octubre 2013 a 2023 ha capacitado a 5324 trabajadores	CENDEISS.
		Protocolo de Atención a la Persona Usuaría.	<b>2022</b>	Finalizado	Finalizado		Gerencia Médica. Co - responsable: DICSS, DCO y DBL
3	<b>Fortalecimiento del tema buen trato en los programas de inducción y reintroducción, ingreso y reingreso.</b>		2022-2023	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega tercer trimestre 2023).	Proceso	Se encuentra en <b>proceso</b> la construcción del material técnico-administrativo por parte de los expertos en cada tema.	DAGP
4	<b>Aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria</b>		3 meses a partir de la aprobación del aplicativo.	<b>Proceso</b> (Tiempo estimado de entrega diciembre 2022).	No detalla		EDUS -Co - responsables: Gerencia Médica y DICSS
5	<b>Ranking resultados de las</b>		Anual a partir del 2022 Primer	Finalizado	Finalizado		DICSS-Co - responsable



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

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

	encuestas de satisfacción.		trimestre de cada año.				es: Gerencia Médica y DCO.
6	Campaña interna y externa de comunicación sobre los deberes y derechos de la población usuaria.		2022	Finalizado	Finalizado		Dirección de Comunicación Organizacional- Co-responsables: DICSS.
7	Evaluación periódica de las pruebas de ingreso de los funcionarios.		2022-2023	Proceso (Tiempo estimado de entrega primer trimestre 2023, de acuerdo con oficio GGDAGP-1757-2022).	No detalla	Mediante oficio GA-DBL-066-2023 de fecha 14 de febrero del año en curso, se solicitó a la Dirección Administración y Gestión de Personal el seguimiento de los ejes estratégicos de la Política Integral de Buen Trato, de la cual no tenemos respuesta. Mediante correo electrónico de fecha 10 de octubre del presente año, la Licda. Rebecca Hernández Vargas funcionaria de la Subárea Admisión y Empleo, manifiesta que el informe de seguimiento del 2023 se encuentra pendiente de firma.	DAGP - Co-responsables: Gerencia Médica.

**Fuente:** Oficios GG-1058-2022, (DCO-0027-2022/ PE-DICSS-DIR-0085-2022/GIT-EDUS-0161-2022) y oficios GA-1432-2022, DBL-ADL-0280-2023-.

Tal y como se evidencia en el cuadro 2, solo los ejes estratégicos 5 y 6 - “Ranking resultados de las encuestas de satisfacción” y “Campaña interna y externa de comunicación sobre los deberes y derechos de la población usuaria” se finalizaron. Por el contrario, los siguientes compromisos se encuentran en proceso :

1. “Actualización de: Política Integral de Buen Trato, Código de Ética, Modelo Cultura, Clima y Ética”,
2. “Capacitación y sensibilización a los funcionarios”.
3. “Fortalecimiento del tema buen trato en los programas de inducción y reinducción, ingreso y reingreso”
4. “Aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria”.
7. “Evaluación periódica de las pruebas de ingreso de los funcionarios”, se mantienen pendientes de cumplir”.

Por otra parte, el cuadro 2 evidencia que para los sub-ejes “Actualización del código de Ética” y “Actualización de Modelo Cultura Organizacional”, no se cumplió el plazo establecido en la hoja de ruta, - setiembre y diciembre de 2022 respectivamente-. Aun así, en el primer informe de seguimiento se estableció un nuevo plazo para estos sub-ejes -diciembre de 2022 y primer trimestre de 2023 respectivamente- los cuales tampoco se cumplieron según el avance de noviembre de 2023, en los cuales se evidencian pendientes de cumplir. Esta situación se repite para los ejes estratégicos “4. Aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria” y “7. Evaluación periódica de las pruebas de ingreso de los funcionarios”.

## 2.2 SOBRE EL INFORME DE AVANCE DE LA PROPUESTA DE BUEN TRATO

De conformidad con la documentación analizada al 22 de noviembre de 2023, esta Auditoría no obtuvo evidencia documental del cumplimiento del acuerdo tercero del artículo 2º de la sesión 9259, celebrada el 18 de mayo del 2022, relacionada con el informe de avance de la “*Propuesta Integral de Buen Trato*”, por lo que el jerarca de la institución no conoce el progreso de esta propuesta.

Como se mencionó en los antecedentes, en los acuerdos del artículo 2º de la sesión N°9259 del 18 de mayo 2022, la Junta Directiva aprobó una “*Propuesta Integral de Buen Trato*” conformada por 7 ejes estratégicos y se instruyó lo siguiente:

**“ACUERDO PRIMERO:** Aprobar la “*Propuesta Integral de Buen Trato*” expuesta mediante los 7 ejes estratégicos presentados a la Junta Directiva.

**ACUERDO SEGUNDO:** Instruir a la Gerencia Administrativa para que a través de las unidades competentes se establezcan las acciones de coordinación, el direccionamiento, articulación y evaluación del cumplimiento de la “*Propuesta Integral de Buen Trato*” aprobada por la Junta Directiva.

**ACUERDO TERCERO:** Instruir a la Gerencia Administrativa para que rinda un informe a la Junta Directiva del avance de la implementación de la *Propuesta Integral de Buen Trato*, en el plazo de 6 meses”.

De conformidad con lo analizado, mediante oficio GA-1432-2022 del 30 de noviembre de 2022, la Gerencia Administrativa<sup>2</sup> remitió a la secretaria de Junta Directiva<sup>3</sup> el primer informe de avance de la implementación de la “*Propuesta Integral de Buen Trato*”, no obstante, determinó esta Auditoría, que este informe de avance no fue conocido por la Junta Directiva en sesión de trabajo.

<sup>2</sup> Emitido por la MBA. Vilma Campos Gómez, gerente Administrativa a.i.

<sup>3</sup> Remitido a la Ingeniera Carolina Arguedas Vargas, jefe de Secretaría.





Seis meses después, específicamente el 27 de junio de 2023, la Ing. Beatriz Guzmán Meza, secretaria a.i de Junta Directiva, informó mediante oficio SJD-1325-2023 a la presidenta ejecutiva<sup>4</sup> y a los gerentes institucionales<sup>5</sup> lo acordado en el artículo 11° de la sesión N° 9349 del 26 de junio del 2023, relacionado con la devolución de los documentos anteriores a mayo de 2023 a las respectivas gerencias para que sea revisada y analizada según corresponda, documentación que incluye el primer informe de avance a la “Propuesta Integral de Buen Trato” presentado por la Gerencia Administrativa. El artículo 11° de la sesión N° 9349, literalmente dice:

*“De conformidad con el artículo 11° de la presente sesión, los señores directores votan acuerdo respecto a la Gestión de Correspondencia de Junta Directiva.*

**Por tanto, de conformidad con lo deliberado, la Junta Directiva, de -forma unánime- ACUERDA:**

**ACUERDO ÚNICO:** *Con el propósito de que se realice la revisión y actualización de la información remitida para conocimiento de la Junta Directiva, remitida por las Gerencias Institucionales, se autoriza a la Secretaría de Junta Directiva para que realice la devolución de los documentos anteriores mayo 2023 a las respectivas Gerencias.*

*Dicha información deberá ser revisada por los nuevos jefes conforme a los acuerdos tomados por la Junta Directiva de forma reciente, se revise el interés actual y acuerdos que pueden ser incluidos en la estrategia de depuración que realiza la Dirección de Planificación Institucional, la unificación de información en el caso de informes periódicos y la actualización de información cuando corresponda. **ACUERDO FIRME”***

Aunado a lo anterior, el 21 de noviembre del 2023 el Área de Desarrollo Laboral de la Dirección de Bienestar Laboral, emite un nuevo informe de avance de la Propuesta Integral de Buen Trato, en el cual tampoco se vislumbra un cumplimiento de los ejes estratégicos.

Esta situación ocasiona que a la fecha de finalización de trabajo de campo del presente informe (22 de noviembre 2023) dicha propuesta no se ha implementado, ni se evidencia un plazo en que se puedan cumplir cada uno de los ejes estratégicos establecidos, lo cual no permite culminar la moción que se originó en la sesión N° 9224 del 18 de noviembre del 2021, con el objetivo de generar estrategias que permitan mejorar valores, comportamientos y actitudes como respeto, calidez, honestidad, tolerancia, por parte de nuestros funcionarios y con ello mejorar los servicios de la institución hacia la población usuaria.

### **3. SOBRE EL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA PRODUCTO DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD**

<sup>4</sup> Máster, Marta Esquivel Rodríguez.

<sup>5</sup> Doctor, Marino Ramírez Carranza, gerente Médico a.i, Licda. Gabriela Artavia Monge, gerente Financiera, Licda. Vilma Campos Gómez, gerente Administrativa, Lic. Eithel Giovanni Corea Baltodano, gerente a.i de Logística, Lic. Jaime Barrantes Espinoza, gerente de Pensiones, Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, gerente de Infraestructura y Tecnologías.

Durante el desarrollo de la presente evaluación, no se obtuvo una seguridad razonable en relación con el seguimiento de los planes de mejora que debe brindar la Gerencia Médica en coordinación con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios, en cumplimiento de lo instruido por la Junta Directiva en el acuerdo sexto del artículo 27° de la sesión N° 9120 del 20 de agosto de 2020.

Lo descrito reviste de gran importancia, debido a que los resultados de la encuesta 2022 reflejan que, a nivel de la consulta externa en los 136 centros de salud evaluados, el 74% de los usuarios externaron insatisfacción con la atención recibida, el 25% se consideran como pasivos (ni satisfecho, ni insatisfecho) y solamente el 1% se encuentra satisfecho, como se puede visualizar a continuación:

**Cuadro 3**  
**Resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción de las personas usuarias en consulta externa y hospitalización, periodo 2022**

Resultados 2022	Consulta Externa	
	UP	Porcentual
Satisfecho	2	1%
Pasivo	34	25%
Insatisfecho	100	74%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en información suministrada por la Dirección de Contralorías de Servicios de Salud.

En el artículo 27° de la sesión N° 9120 del 20 de agosto de 2020, en relación con los resultados de las encuestas de satisfacción, la Junta Directiva acordó:

**“(…) ACUERDO TERCERO:**

*Instruir a la Gerencia Médica, para que se asegure que los directores de las unidades prestadoras de servicios de salud a las que se les aplicó la encuesta de satisfacción al usuario en consulta externa, hospitalización o ambas, analicen los resultados propios con los colaboradores y elaboren un plan de mejora, de acuerdo con los resultados de la encuesta en un plazo máximo a un mes posterior a la recepción oficial de los resultados.*

**ACUERDO SEXTO:**

*Instruir a la Gerencia Médica para que, en coordinación con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, se efectúe el monitoreo y seguimiento de los planes de mejora que deben realizar anualmente las unidades según los resultados obtenidos.*

*En caso de incumplimiento por parte de las unidades, la Contraloría de Servicios de Salud deberá informar a la Junta Directiva y la Gerencia Médica deberá tomar las acciones sancionatorias correspondientes...”*

La Ley General de Control Interno establece en su artículo 15, inciso b, que los deberes del jerarca y de los titulares subordinados, en cuanto a la implementación de las actividades de control, entre las cuales refiere las siguientes:

*“(…) Diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y los hechos significativos que se realicen en la institución. Los documentos y registros deberán ser administrados y mantenidos apropiadamente (...)”*

Las Normas de control interno para el sector público, establecen:

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

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

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

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

El Dr. Wilburg Alonso Díaz Cruz, Gerente Médico, mediante oficio GM-17022-2023 del 16 de noviembre de 2023, remitió a esta Auditoría las matrices de los planes de mejora (en formato Excel) denominadas “*Matriz Plan de Mejora Encuestas de Satisfacción 2021 y 2022*”, las cuales incluyen la siguiente información:

- Calificación 2022.
- Plan de Mejora.
- Indicador.
- Responsable.
- Programación: Meta Primer Semestre (J) y Meta Segundo Semestre (K), Total General  $L=(J+K)$ .
- Seguimiento y evaluación: Primer Semestre (Logros, % Cumplimiento), Segundo Semestre (Logros, % Cumplimiento), Anual (Logros, % Cumplimiento).
- Observaciones del Seguimiento I Semestre.
- Observaciones del Seguimiento II Semestre.

No obstante lo anterior, al acceder a los diferentes enlaces de las Unidades Médicas no se visualiza ningún tipo de información relacionada con los planes de mejora y los seguimientos efectuados, por lo cual, mediante el correo electrónico del 21 de noviembre de 2023, esta Auditoría solicitó a la Licda. Eunice Gómez Cartín, asesora de la Gerencia Médica, la revisión y ajuste del acceso a los mencionados planes; sin embargo, al cierre de la presente evaluación no fue posible disponer de la información requerida.



El Dr. Díaz Cruz, mediante oficio GM-17022-2023 del 16 de noviembre de 2023, indicó a esta auditoría que las unidades adscritas a la Gerencia Médica cumplieron con la entrega de la formulación de esos planes y remitió el enlace:

<https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DireccionInstitucionalContraloriasSS/Forms/All>,

para consultar el repositorio de los documentos relacionados con los planes de mejora que realiza cada unidad, producto de los resultados obtenidos en la aplicación de las encuestas de satisfacción de las personas usuarias en consulta externa y hospitalización del periodo comprendido entre el 2018 y el 2022, sin embargo, al ingresar se observaron 3 archivos (dos en formato Excel y un video tutorial sobre las instrucciones del registro de la información), por tal motivo, se imposibilitó comprobar la información compartida por la gerencia médica

En relación con lo anterior, el acuerdo tercero del artículo 27° de la sesión N° 9120 del 20 de agosto de 2020 establece la obligatoriedad de que, con base en los resultados obtenidos, la Gerencia Médica se asegure de que los directores de las unidades prestadoras de los servicios de salud a los cuales se les aplicó la encuesta de satisfacción analicen los resultados con los colaboradores y elaboren un plan de mejora.

La situación descrita no garantiza eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los acuerdos generados por la Junta Directiva, además, de que imposibilita la verificación sobre el uso y tratamiento que se le brinda a la información generada por las unidades médicas, lo que podría afectar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud y desvirtuar el objetivo principal de la aplicación de las encuestas de percepción a los usuarios, en relación con la calidad del servicio que brinda la Institución.

#### **4. SOBRE LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA TEMÁTICA DE CALIDEZ Y BUEN TRATO ESTABLECIDOS EN LAS UNIDADES CON FUNCIONES SUSTANTIVAS AFINES**

Esta Auditoría evidenció oportunidades de mejora en la identificación y priorización de los riesgos establecidos por la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, el Área de Protección al Usuario y la Subárea de Ética y Rescate de Valores, registrados en la herramienta institucional de valoración de riesgos 2023, debido a que no se identifican riesgos vinculados con sus funciones sustantivas o de monitoreo tales como: la gestión de la planificación, supervisión o sistemas de información.

En este sentido, por ejemplo, la **Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud** no identifica riesgos como: RH-01: Personal no capacitado; OP-03: Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de actividades; OP-05: Inadecuada gestión de la planificación, a pesar de que tiene funciones sustantivas como: ejecutar los procesos internos del área administrativa (planificación, presupuesto) para lograr el cumplimiento efectivo de los programas de trabajo, además, debe participar en el proceso de reclutamiento y selección, inducción para disponer de recursos humanos idóneos y capacitados, asimismo, debe diseñar instrumentos de medición de resultados, con el fin de determinar el desempeño de las Contralorías de Servicio y la gestión de la Dirección.

En una situación similar se encuentra el **Área de Protección al Usuario**, que tiene entre sus funciones: elaborar los indicadores internos, con la finalidad de establecer parámetros que permitan la gestión efectiva de la unidad, ejecutar los procesos internos en el área administrativa (presupuesto, programación operativa, administración de recursos en general, entre otros), con la finalidad de lograr el cumplimiento efectivo de las competencias asignadas, debe diseñar, actualizar e implantar el sistema interno de control, con el propósito de lograr mayor eficacia en el desarrollo de la gestión y transparencia en la administración de los servicios, sin embargo, llama la atención que no se prioricen riesgos operativos como: RH-01: Personal no capacitado; OP-03: Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de actividades; OP-05: Inadecuada gestión de la planificación.

Por último, la **Subárea de Ética y Rescate de Valores**, para los periodos 2022-2023 identificó los riesgos RH-02: Falta de recurso humano, LE-01: Cambios en el marco normativo técnico y jurídico y TI-01: Falla en los sistemas informáticos, sin embargo, entre sus funciones sustantivas están: evaluar el impacto de las actividades desarrolladas en materia de ética y rescate de valores de los funcionarios, a partir del análisis de la aplicación de encuestas de satisfacción, los criterios de la opinión pública, entre otros, a efecto de determinar las mejoras en la prestación de los servicios a los usuarios, también debe de identificar y valorar los riesgos que se pueden presentar en el desarrollo de la gestión, con base en las competencias asignadas y la regulación vigente, con el fin de minimizar las consecuencias negativas en la prestación de los servicios, por tal motivo, llama la atención que no se identifiquen riesgos operativos como: OP-02: Falta de información requerida oportuna y confiable, OP-03: Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de actividades; OP-05: Inadecuada gestión de la planificación.

La Ley General de Control Interno en su artículo 14, referente a la Valoración del Riesgo, establece:

*“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos. b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”*

Las Normas de Control Interno para el sector público establecen:

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

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



*Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.*

Las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), establecen:

**“4.2 Identificación de riesgos.** *Se deberá identificar por áreas, sectores, actividades o tareas, de conformidad con las particularidades de la institución, (...). La identificación de riesgos debe vincularse con las actividades institucionales de planificación-presupuestación, estrategia, evaluación y monitoreo del entorno”.* (El subrayado no es del texto original)

La Guía Institucional de Valoración de Riesgos, establece en su apartado 4.2. identificación del riesgo:

*“Esta etapa de la valoración de riesgos depende de la selección de los riesgos que amenazan el cumplimiento de los objetivos claves de la institución.*

*La identificación de estos riesgos claves no se realiza únicamente con el fin de identificar las áreas más importantes a las que se deben dirigir los esfuerzos de la administración, sino también para asignar responsabilidades para el manejo de dichos riesgos.*

*Lo primero que se debe hacer es que todos los integrantes del equipo gestor de riesgos generen un listado de riesgos integral, utilizando diferentes técnicas para la identificación de riesgos, tales como:*

- 1. Lluvia de ideas (estructurada, libre, en silencio)*
- 2. Listas de comprobación*
- 3. Entrevistas*
- 4. Identificación de causas*
- 5. Análisis DAFO*
- 6. Análisis Causa y Efecto*

*Asimismo, se puede utilizar el Catálogo Institucional de Riesgos para determinar cuáles riesgos afectan directamente la gestión de cada Unidad. Esto es importante para que el equipo cuente con una visión más amplia de todos los eventos que pueden afectar la gestión del servicio o unidad (...)*

*Con el riesgo claramente definido, es necesario que el EGR se aboque a determinar las causas que generan ese riesgo, así como las consecuencias de su materialización. Este paso reviste especial importancia debido a que las causas son un insumo para el diseño de estrategias de administración de riesgos preventivas, mientras que las consecuencias guiarán el diseño de estrategias de contingencia”.*



El Lic. Mauricio Chacón Sánchez, jefe del área de Protección al Usuario, mediante entrevista del 8 de noviembre 2023, referente a la consulta sobre, cómo se realiza el proceso de identificación y priorización de los riesgos en la herramienta institucional de valoración de riesgos, y si se consideran funciones sustantivas del área, manifestó que lo que hacen es revisar el catálogo de riesgos únicamente y no se utiliza una metodología o un análisis para el proceso de priorización, además, manifestó que no se hace ese ejercicio de revisar las funciones sustantivas del Manual Organizacional para la identificación de los riesgos.

Además, es criterio de esta Auditoría que esta situación también obedece a debilidades en los conceptos en el registro de la información en la herramienta de Gestión de Riesgos que ocasionan que no se identifiquen riesgos prioritarios que forman parte de la administración de riesgos en actividades sustantivas, procesos o proyectos que realizan las unidades ejecutoras.

El Lic. Jonathan Quirós Solorzano, jefe de la Subárea de Ética y Rescate de Valores, mediante narrativa del 16 de noviembre 2023, a las mismas consultas, manifestó:

*“La identificación de riesgos y su priorización para este año se realizó considerando principalmente dos herramientas (adjuntas) el plan presupuesto que contempla las metas principales de la subárea y por las cuales se rinden informes mensuales de cumplimiento, esto presenta medular importancia ya que se pretende valorar aquellos riesgos que podrían interrumpir el cumplimiento de tales objetivos.*

*Otro insumo utilizado, lógicamente es el catálogo de riesgos suministrado por el ente técnico en la materia.*

*La forma en que se realizó este año consistió en una sesión (sic) de trabajo con los funcionarios de la subárea con la finalidad de enlistar aquellos riesgos que estarían en la herramienta oficial. Voy a buscar la reunión de teams realizada y con gusto la suministro.*

*Por último, resulta importante mencionar que actualmente se está manejando un proceso de “reordenamiento” de los temas de ética, cultura y buen trato en la Dirección de Bienestar Laboral y por lo tanto deberán revisarse nuevamente las herramientas de metas, riesgos y demás documentos cuando se oficialicen los cambios”.*

El Lic. Quirós Solorzano, agregó que la identificación se realiza considerando las actividades de mayor peso, sin embargo, las observaciones de auditoría se pueden considerar una vez que se formalice la nueva distribución de temas y procesos que la dirección analiza actualmente.

Esta situación podría ocasionar un manejo inadecuado del tratamiento y administración de los riesgos, debido a que el proceso inicial de la gestión del riesgo es la identificación, por tal motivo, si no existe una adecuada identificación y priorización de los riesgos, se podrían omitir riesgo que podría afectar directamente los objetivos de la unidad.



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

## CONCLUSIONES

La calidez y buen trato forman parte del respeto de los derechos humanos, en salud debe posicionarse como un tema de primer orden en la agenda pública, ya que el trato digno es un derecho propio de todas las personas; la percepción de buen trato en la atención de salud implica que esta sea coherente, integrada y que no fragmente los requerimientos de los usuarios.

Los resultados del estudio permiten concluir que pese a los esfuerzos institucionales en diagnosticar aquellos factores que afectan la prestación de servicios de calidad donde se encuentra inmersa la calidez y el buen trato, se requieren idear estrategias robustas y articuladas que lleven los planes de mejora a buen término, con eficiencia y eficacia, en tanto se evidencian una serie de oportunidades de mejora como que:

Transcurridos diez años desde la emisión de la Política de Buen Trato, a la fecha de cierre de la presente evaluación todavía se encuentran pendientes de cumplimiento 4 de los siete lineamientos definidos inicialmente, situación que no coadyuva al establecimiento integral de una cultura organizacional enfocada en el trato digno, con calidez y de calidad.

Por otra parte, la institución proyectó generar una propuesta de buen trato que permitiera mejorar los servicios que se brindan a los usuarios de los servicios. Esta propuesta comprendió 7 ejes relacionados con la actualización de la Política Integral de Buen Trato, Código de Ética y Modelo Cultura, Clima y Ética, capacitación y sensibilización a los funcionarios, fortalecimiento del tema buen trato en los programas de inducción y reinducción, ingreso y reingreso, aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria, ranking resultados de las encuestas de satisfacción, campaña interna y externa de comunicación sobre los deberes y derechos de la población usuaria, evaluación periódica de las pruebas de ingreso de los funcionarios. No obstante, la ruta de esta propuesta evidencia debilidades que no han permitido cumplir su objetivo de mejorar los servicios de salud en materia de buen trato, y que a la fecha del presente estudio – noviembre de 2023- no evidencia certeza de su cumplimiento.

En cuanto a la supervisión y al seguimiento que debe efectuar la Gerencia Médica en relación con los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, para esta Auditoría no fue factible disponer del acceso pertinente para valorar los planes de mejora que diseñan las unidades médicas; por lo cual, a pesar de que esa Gerencia manifestó que si se ejecuta los procesos de supervisión no existe una seguridad razonable de la efectividad de esos controles, por lo que según el comportamiento observado en los resultados de las encuestas entre el 2018-2022, donde no se presentan mejoras en los indicadores de la mayor parte de los centros de salud e incluso algunos presentan un puntaje menor, permite inferir que es posible que los planes de mejora no estén siendo lo suficientemente efectivos en cuanto a mejorar la calidad de los servicios.

La situación evidenciada en general, evidencia una dispersión de funciones por lo que denota la clara ausencia de una figura que articule y de un seguimiento efectivo a las unidades que participan de manera directa e indirecta en el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la calidad en el servicio a los usuarios y que permita ejecutar en tiempo y forma los esfuerzos y estrategias planteadas.

Finalmente, en cuanto a los diagnósticos de riesgos relacionados en las unidades evaluadas, es importante mencionar que el concepto de riesgo no tiene una definición global que admita la consideración de todas y cada una de sus diferentes acepciones, el concepto de forma general es exponerse al futuro, considerando que éste puede depararnos sucesos no deseados en forma de daños o pérdidas. Esta definición está en línea con la que ofrece el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, que lo define como “Contingencia o proximidad de un daño”. El concepto de riesgo en ISO 31000:2018 se refiere al efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

De conformidad con lo anterior, la gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que se debe cumplir. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y seguimiento y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo).

Una débil gestión ocasionaría que no esté acertada la identificación y priorización de los riesgos, lo que podría dejar excluidos riesgos principales que afecten los objetivos de la unidad o de la institución, como lo establece la estrategia 3k, del objetivo 3 del Plan Estratégico Institucional 2023-2033, que requiere que los sistemas integrados de gestión contribuyan a la toma de decisiones y la administración de los riesgos.

En virtud de lo anterior, se han girado las siguientes recomendaciones con el propósito de que se adopten acciones concretas y oportunas que permitan atender las debilidades evidenciadas.

## RECOMENDACIONES

### A LA MBA. VILMA CAMPOS GÓMEZ, EN SU CALIDAD DE GERENTE GENERAL, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 1- De conformidad con lo expuesto en el presente informe, designar, con apoyo de la asesoría técnica del Área de Estructuras Organizacionales, una dependencia (existente en la estructura organizacional) a lo interno de la institución, como responsable del seguimiento sobre la temática de calidez y buen trato en la prestación de servicios institucionales, a fin de que se procure la articulación de las diferentes unidades que participan directa e indirectamente en la ejecución de acciones relacionadas y se cumpla con el ordenamiento jurídico, técnico y lineamientos institucionales en la materia.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, remitir a la Auditoría Interna, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, la documentación que acredite la definición por la Gerencia General de la instancia responsable del tema.

**A LA MBA. VILMA CAMPOS GÓMEZ, EN SU CALIDAD DE GERENTE A.I. DE LA GERENCIA ADMINISTRATIVA O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.**

- 2- De conformidad con lo evidenciado en el presente informe, realizar las acciones que correspondan con el fin de que, en el proceso de revisión y actualización de la información concerniente a la Propuesta de Buen Trato, se consideren los siguientes aspectos:
- a) Actualizar la hoja de ruta para la implementación de la “Propuesta Integral de Buen Trato”, definiendo plazos de cumplimiento concretos para cada uno de los 5 ejes estratégicos pendientes. Lo anterior con el objetivo de culminar lo regulado en esta propuesta de manera eficiente, organizada y oportuna.
  - b) Respecto al eje #2 referente a la capacitación y sensibilización a los funcionarios valorar si el sub-eje de efectuar el curso virtual de cultura y buen trato es suficiente para el cumplimiento del objetivo del eje principal de capacitación y sensibilización, o se pueden implementar esfuerzos adicionales con el apoyo de la Dirección de Bienestar Laboral a través de la Subárea de Ética y Rescate de Valores para idear acciones que fortalezcan el eje
  - c) Referente al eje #4 del aplicativo móvil para la mejora de la atención a la población usuaria, valorar en conjunto con la Gerencia Médica y Dirección EDUS la viabilidad de actualizar la encuesta de satisfacción de los servicios implementada en la aplicación EDUS para usuarios, utilizando como insumo la estructura de encuesta realizada entre el 2018 y el 2023, con el propósito de darle continuidad al análisis de datos bajo los mismos parámetros de valoración, así como mejorar la interacción de la aplicación con el usuario para motivarlo o dirigirlo a completar la encuesta una vez concluido el servicio. Una vez efectuada la valoración se traslade su ejecución a las instancias técnicas pertinentes, para que se instruya a los centros médicos informar a la población sobre la existencia de la encuesta y sobre la importancia de completarla una vez recibido el servicio.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 12 meses posteriores al recibo del presente informe, remitir a la Auditoría Interna, la hoja de ruta establecida, la valoración realizada en cuanto a los cursos de capacitación y sensibilización bajo modalidad virtual, el análisis de viabilidad para actualizar las encuestas de satisfacción incluidas en el EDUS. Para el cumplimiento de la presente recomendación, presentar un informe con el resultado del análisis de las acciones de reforzamiento de cada eje sugeridas, de conformidad con lo evidenciado en los hallazgos 1, 2 y 3.

**AL LIC. MICHAEL DAVID ESPINOZA SALAS, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR INSTITUCIONAL DE CONTRALORÍAS DE SERVICIOS DE SALUD O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 3- Instruir a los equipos gestores de riesgos de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud y del Área Protección al Usuario, que para elaborar la herramienta institucional de Gestión de Riesgos es necesario utilizar diferentes técnicas para su identificación como lo establece la Guía de Valoración de Riesgos en el apartado 4.2 y las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) en el apartado 4.2, en este sentido, también es importante considerar los riesgos relacionadas las funciones sustantivas de cada unidad, lo anterior de conformidad con el hallazgo 4 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la instrucción solicitada en un plazo de 2 meses.

- 4- En concordancia con el acuerdo sexto del artículo 27 de la sesión N-9120 del 20 de agosto de 2020, referente al monitoreo y seguimiento de los planes de mejorar que deben realizar anualmente las unidades médicas, se analice si las acciones contempladas en esos planes de mejora de las 10 unidades que obtuvieron el menor puntaje en las encuestas de satisfacción al usuario de Consulta Externa 2022, abordan de manera efectiva las categorías insatisfechas, con el propósito de mejorar la percepción del usuario de los centros de salud.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado el documento con el resultado del análisis efectuado. Plazo de 12 meses.

#### **AL LIC. LUIS BOLAÑOS GUZMÁN, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE BIENESTAR LABORAL O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 5- Instruir a los equipos gestores de riesgos de las áreas y subáreas adscritas a la Dirección de Bienestar Laboral, que para efectuar la herramienta institucional de Gestión de Riesgos 2024, es necesario utilizar diferentes técnicas para la identificación de riesgos como lo establece la Guía de Valoración de Riesgos en el apartado 4.2 y las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) en el apartado 4.2, en este sentido, también es importante considerar los riesgos relacionadas las funciones sustantivas de cada unidad, lo anterior de conformidad con el hallazgo 4 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la instrucción solicitada en un plazo de 2 meses.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles<sup>6</sup> se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”<sup>7</sup> con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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”.



## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, según convocatoria efectuada mediante oficio AI-2443-2023 del 11 de diciembre 2023, se procedió a comentar los resultados del estudio mediante, se describen a continuación los principales comentarios.

Se realiza el primer comentario a las 14 horas del 14 de diciembre 2023, mediante videoconferencia en la plataforma Teams, se contó con la presencia de la Auditoría Interna: el Lic. Melvin Zúñiga Sedó, jefe de la Subárea Estratégica Operacional, los Ingenieros Stephanie Chavarría Soto, Sebastián Madrigal Solano, Róger Fernández León, Paúl Arroyo Agüero, Alejandra Jara Sanabria, asistentes, todos de la Auditoría Interna; por parte de la Gerencia Administrativa las licenciadas Aracelly Palma Romero, Gabriela Rosales Rosas, Karina Orozco Vargas, todas asesoras de esa gerencia, por parte de la Dirección de Bienestar Laboral, los licenciados Luis Bolaños Guzmán, director, Franklin Vargas Vargas subdirector, Ana Gabriela Jiménez Arguedas, profesional, Víctor Rugama Madriz, jefe, Área de Desarrollo Laboral.

Sobre el planteamiento original de la recomendación 2 consignada en el acta de comentario la Administración Activa presentó en síntesis las siguientes observaciones al contenido y el plazo.

La Licda. Gabriela Rosales Rosas, Lic. Luis Bolaños Guzmán, Lic. Víctor Rugama Madriz, Lic. Franklin Vargas Vargas, quienes en síntesis manifiestan que la Gerencia Administrativa ha realizado esfuerzos para la atención de la “Propuesta Integral de Buen Trato”, conformada por 7 ejes estratégicos, sin embargo, debe considerarse que la atención de la propuesta requiere el apoyo y acción de otras unidades institucionales como la Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Dirección del EDUS, Dirección de Tecnologías de Información, entre otras, por lo que solicitan a la Auditoría Interna valorar redirigir la recomendación a las unidades que tienen por funciones y conocimiento técnico participación directa en lo solicitado en la recomendación.

El Lic. Melvin Zúñiga Sedó, el Ing. Sebastián Madrigal Solano y el Ing. Róger Fernández aclaran que la recomendación se sustenta en lo acordado por Junta Directiva en el artículo 2° de la sesión N°9259 del 18 de mayo 2022, según cita el acuerdo segundo “Instruir a la Gerencia Administrativa para que a través de las unidades competentes se establezcan las acciones de coordinación, el direccionamiento, articulación y evaluación del cumplimiento de la “Propuesta Integral de Buen Trato” aprobada por la Junta Directiva”. Se aclara a la administración que la Auditoría Interna evidenció que la Gerencia Administrativa dispone de la hoja de ruta para la atención de los ejes y que ha realizado esfuerzos para el cumplimiento de los mismos, sin embargo, el objetivo de la recomendación es garantizar que se concluya con la atención de los 7 ejes y se analicen en conjunto con las instancias técnicas que correspondan las oportunidades de mejora evidenciadas en la evaluación que podrían darle mayor valor agregado a las acciones inmersas en la Propuesta Integral de Buen Trato.

Respecto a lo comentarios externados por la administración activa, se resuelve lo siguiente: sobre el punto d propuesto en la recomendación 2 relacionado con la valoración de las encuestas de satisfacción, el mismo se trasladó a la recomendación 4 a cargo de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios.





En cuanto a dirigir en conjunto la recomendación a otras unidades institucionales como la Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Dirección del EDUS, Dirección de Tecnologías de Información, considera esta Auditoría que no sería factible en virtud de lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 2° de la sesión N°9259 del 18 de mayo 2022, donde instruyó a la Gerencia Administrativa para que a través de las unidades competentes se establezcan las acciones de coordinación, el direccionamiento, articulación y evaluación del cumplimiento de la “Propuesta Integral de Buen Trato”, en ese sentido, lo que establece el punto c de la recomendación, es precisamente que en conjunto con la Gerencia Médica y Dirección EDUS se valore la viabilidad de actualizar la encuesta de satisfacción de los servicios implementada en la aplicación EDUS para usuarios, lo cual finalmente es concordante con el mandato de la Junta Directiva. En adición, se aclara que producto de la valoración efectuada si fuera pertinente, se traslade está a las instancias técnicas pertinentes en caso de que deba generarse instrucción al respecto. Por otro lado, se aprueba la solicitud de ampliar el plazo de atención a 12 meses.

Sobre el planteamiento original de la recomendación 5 (durante el comentario numerada como n°4) consignada en el acta de comentario la Administración Activa presentó en síntesis las siguientes observaciones al contenido y el plazo.

El Lic. Luis Bolaños Guzmán solicita aclaración sobre los alcances en temas de riesgos analizados en la evaluación y lo solicitado en la recomendación según la redacción consignada.

El Ing. Paúl Arroyo Agüero aclara lo pertinente en cuanto a la conformación de los equipos gestores de riesgo y la importancia en la valoración sistemática en las unidades y el objetivo de la recomendación.

De acuerdo con los comentarios externados por la administración activa, se aclara que la recomendación refiere es a los riesgos expuestos en el contexto del apartado 4.2 del informe únicamente, asimismo, respecto a la solicitud de ampliar el plazo, esta Auditoría se encuentra de acuerdo en aumentarlo a 2 meses.

Se realiza el segundo comentario a las 10 horas del 15 de diciembre 2023, mediante videoconferencia en la plataforma Teams, se contó con la presencia por parte la Auditoría Interna del Lic. Melvin Zúñiga Sedó, jefe de la Subárea Estratégica Operacional, los Ingenieros Stephanie Chavarría Soto, Sebastián Madrigal Solano, Róger Fernández León, Paúl Arroyo Agüero, Alejandra Jara Sanabria, asistentes, todos de la Auditoría Interna; por parte de la Presidencia Ejecutiva, Licda. Angeline Badilla Berrocal, asesora, por parte de Gerencia General, los asesores, Lic. Juan José Acosta Cedeño, Lic. Alberto Barrantes González, por parte de la Dirección de Contralorías de Servicios de Salud, Lic. Rafael Ángel Valerio Porras, coordinador legal, Lic. Mauricio Chacón Sánchez, jefe del Área de Protección al Usuario.

Sobre el planteamiento original de la recomendación 1 consignada en el acta de comentario la Administración Activa presentó en síntesis las siguientes observaciones al contenido y el plazo.



La Licda. Angeline Badilla, solicita analizar la redacción de la recomendación en tanto crear una nueva estructura a nivel institucional es complejo, por lo que solicita considerar si se ha identificado en el estudio una unidad que por su afinidad y funciones pueda asumir este liderazgo consignarlo de esa manera, por otra parte, aclara que recientemente se designó a la Licda. Vilma Campos como Gerente General con recargo de la Gerencia Administrativa por lo que la recomendación debería estar dirigida a la Licda. Campos.

El Lic. Melvin Zúñiga, aclara que se considerará la designación oficial de la Licda. Vilma Campos como Gerente General para dirigir la recomendación, por otra parte, se aclara el objetivo de la recomendación en términos que no se solicita la creación de una nueva estructura, se solicita analizar la posibilidad de identificar la unidad o una figura como una comisión que coordine y lidere el tema en tanto se identificó necesidad de articulación y coordinación.

El Lic. Juan José Acosta, solicita valorar que sea la Gerencia Administrativa quien asuma la recomendación.

El Lic. Mauricio Chacón, menciona que a lo mejor es la palabra “órgano” lo que puede generar la confusión en la redacción.

El Lic. Melvin Zúñiga aclara que la idea de dirigir la recomendación a la Gerencia General es porque las acciones en torno a este tema atienen a diferentes gerencias, por lo que por un tema de jerarquía se considera que la recomendación corresponde a ese nivel.

El Lic. Juan José Acosta sugiere mejorar la redacción a que la Gerencia General instruya a la Gerencia Administrativa la operatividad de la recomendación.

La Licda. Angeline Badilla, aclara que se dispone de las unidades con estas funciones por lo que podría Organizacional asesorar en quien puede dar el seguimiento a este tema.

El Lic. Mauricio Chacón, menciona que es importante considerar que la Gerencia Administrativa no puede instruir a otras gerencias como la Médica sobre acciones a ejecutar, es por esta razón que no es la Administrativa quien podría tener esa figura de direccionamiento.

El Lic. Alberto Barrantes agrega sobre el plazo que, sobre el entendido del producto esperado para cumplir la recomendación, 6 meses es adecuado.

De acuerdo con los comentarios expuestos, se ajustan los siguientes aspectos de la redacción de la recomendación: se dirige directamente a la Mba. Vilma Campos Gómez, en su calidad de gerente general, se cambia la palabra “un órgano” por “una dependencia (existente en la estructura organizacional)”, en adición se mantiene como una recomendación dirigida a la Gerencia General, ya que derivado del análisis esta instancia adoptaría la toma de decisiones al ser un tema transversal, por otro lado, se aprueba el plazo de atención a 6 meses.

Sobre el planteamiento original de la recomendación 3 consignada en el acta de comentario la Administración Activa presentó en síntesis las siguientes observaciones al contenido y el plazo.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

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

El Lic. Rafael Valerio menciona que se realizará un replanteamiento de los planes y estrategias operativas a la luz del cambio de dirección por lo que solicita ampliar el plazo.

El Lic. Juan José Acosta, solicita considerar el plazo debido a las fechas.

El Lic. Paul Arroyo aclara que el producto de atención de la recomendación es la instrucción.

Esta Auditoría respecto a esta recomendación, acuerda ampliar el plazo en 2 meses.

Sobre el planteamiento original de la recomendación 4 consignada en el acta de comentario la Administración Activa presentó en síntesis las siguientes observaciones al contenido y el plazo.

El Lic. Mauricio Chacón, solicita aclarar si lo que se solicita es confrontar los aspectos de inconformidad con los planes de mejora, en tanto no es claro como medirlo.

El Lic. Rafael Valerio coincide con las dudas del Lic. Mauricio Chacón, en tanto hay 53 centros médicos donde no se dispone de Contralorías por lo que estarían fuera del alcance de análisis.

El Lic. Mauricio Chacón, agrega que podría variarse la redacción a delimitar el puntaje mínimo de las unidades a analizar, la encuesta del 2022 es la última por lo que no habría datos a partir del 2023 para medir como mejoraría la percepción en caso de realizar los análisis solicitados.

El Lic. Melvin Zúñiga menciona que podría cambiarse la redacción de la recomendación para definir el alcance de las unidades a revisar a los las de cierto puntaje hacia abajo, en cuanto a cómo realizaría la Dirección el análisis es a discreción de la administración.

El Ing. Sebastián Madrigal presenta el acuerdo de Junta Directiva en el cual se basa la recomendación y se aclara que el objetivo es valorar si los planes de mejora realmente son efectivos.

El Lic. Rafael Valerio menciona que los avales de los planes son avalados por la Gerencia Médica por lo que el seguimiento que puede hacer la Contraloría se limita a la recomendación en tanto la unidad no es vinculante. En cuanto al plazo solicita ampliar.

El Lic. Mauricio Chacón, sugiere cambiar la redacción para ajustarse al histórico de resultados de las encuestas para enfocarse en los centros más bajos en calificación, en cuanto al plazo solicita ampliar.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

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

---

Una vez analizados los comentarios se realizaron los ajustes en la redacción de la recomendación respecto a lo siguiente: especificar que el análisis se efectuó referente al monitoreo y seguimiento de los planes de mejora que deben realizar anualmente las unidades médicas, y, que se delimite la revisión a los planes de mejora de las 10 unidades que obtuvieron el menor puntaje en las encuestas de satisfacción al usuario de Consulta Externa 2022, por otro lado, se aprueba ampliar el plazo a 12 meses.

**ÁREA AUDITORÍA OPERACIONAL**

Ing. Stephanie Chavarría Soto, MAP  
**Asistente de Auditoría**

Ing. Sebastián Madrigal Solano, MAP  
**Asistente de Auditoría**

Ing. Paul Arroyo Agüero, MGR  
**Asistente de Auditoría**

Ing. Róger Fernández León  
**Asistente de Auditoría**

Lic. Melvin Zúñiga Sedó, MGR, jefe  
**Subárea**

Lic. Alexander Nájera Prado  
**Área**

ANP/MZS/SCS/SMS/PAA/RFL/lbc