



ASS-135-2020

6 de noviembre de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al plan anual operativo del 2020, en el apartado de estudios de carácter especial del Área Servicios de Salud, con el objetivo de evaluar el uso, disponibilidad y aprovechamiento de los recursos en los procedimientos de diagnóstico de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas.

Se determinó que, en los Servicios de Radiología en lo referente a la administración y gestión del recurso humano, así como equipos médicos, no se determina el aprovechamiento del tiempo contratado de los especialistas médicos, los bachilleres en imagenologías de salud, así como los diplomados y asistentes en tecnologías de salud, es decir, la cantidad de horas que utilizan en las diferentes actividades del proceso sustantivo, tampoco se conoce el porcentaje de uso de los equipos.

Además, no dispone de indicadores que permitan evaluar el aprovechamiento de los recursos disponibles, limitando así la medición de la gestión del servicio. Aunado a esto no hay información específica sobre la capacidad instalada, por lo que se desconoce la producción máxima que podría alcanzarse en un periodo determinado con los recursos disponibles (infraestructura, recurso humano y equipamiento), condición que afecta de forma directa la gestión de la lista de espera.

Por último, se evidenció que a nivel institucional no está establecido quién oriente la gestión del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos dirigidos a la estandarización de las funciones técnicas y administrativas ejecutadas en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, esto con el propósito de optimizarlos.

En virtud de los resultados del informe, se han emitido recomendaciones a la Gerencia Médica a fin de que se tomen las acciones correspondientes para subsanar las situaciones evidenciadas y fortalecer la gestión de los servicios en estudio, las cuales consisten en llevar a cabo las labores que sean procedentes para establecer una metodología que permita determinar el índice de productividad, porcentaje de la programación, distribución y utilización de las horas contratadas, así mismo, asegurar que los indicadores establecidos permitan evaluar el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Además, se requiere determinar la oferta real de los servicios según sus recursos, analizar la factibilidad de asignar a alguna de sus direcciones adscritas la orientación la gestión del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos de las funciones técnicas y administrativas ejecutadas en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, así como del Centro Nacional de Imágenes Médicas.



ASS- 135-2020

6 de noviembre de 2020

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL USO, DISPONIBILIDAD Y APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO.

GERENCIA MÉDICA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en atención al plan anual operativo del 2020, en el apartado de estudios especiales del Área Servicios de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el uso, disponibilidad y aprovechamiento de los recursos en los procedimientos de diagnóstico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la administración y gestión del recurso humano y equipos médicos para determinar su aprovechamiento.
2. Indagar sobre la existencia y uso de indicadores como herramienta de análisis del comportamiento y desempeño de los procesos.
3. Verificar si se dispone de mecanismo para determinar la capacidad instalada de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas.
4. Analizar sobre la coordinación del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos de las funciones técnicas y administrativas de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas.

ALCANCE

El estudio comprende el análisis de la administración y gestión del recurso humano y equipos médicos, la existencia y uso de indicadores, la capacidad instalada y la oportunidad de atención, la coordinación del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos de las funciones técnicas y administrativas de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2019.

La presente evaluación se realizó cumpliendo con las disposiciones establecidas 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.



METODOLOGÍA

- Revisión y análisis de información remitida por la Administración en lo referente a la gestión administrativa, la existencia y uso de indicadores, capacidad instalada, así como la gestión de imágenes médicas.
- Entrevistas y/o solicitud de información a los siguientes funcionarios:
 - Dr. Randall Álvarez Juárez, Director y Dr. Mark Thomas García, Coordinador Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez para conocer sobre el funcionamiento del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas de ese hospital. Visita al centro.
 - Dra. Lineth Fonseca Chacón, Coordinadora del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Hospital William Allen Taylor, para conocer sobre el funcionamiento del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas de ese hospital. Visita al centro.
 - Ing. Balaam Brenes Navarro, Asistente, Dirección Médica, Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, para obtener información referente a la extracción y manipulación de datos relacionados con el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. Visita al Centro.
 - Lic. Jorge Sequeira Durán, Jefe, Dirección Sistemas Administrativos, para obtener información sobre la supervisión de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas. Reunión mediante plataforma Microsoft Teams.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno N° 8292.
- Ley 9162 Expediente Digital Único en Salud
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría en el Sector Público.
- Política Institucional para la gestión de listas de espera

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, 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 (...).”

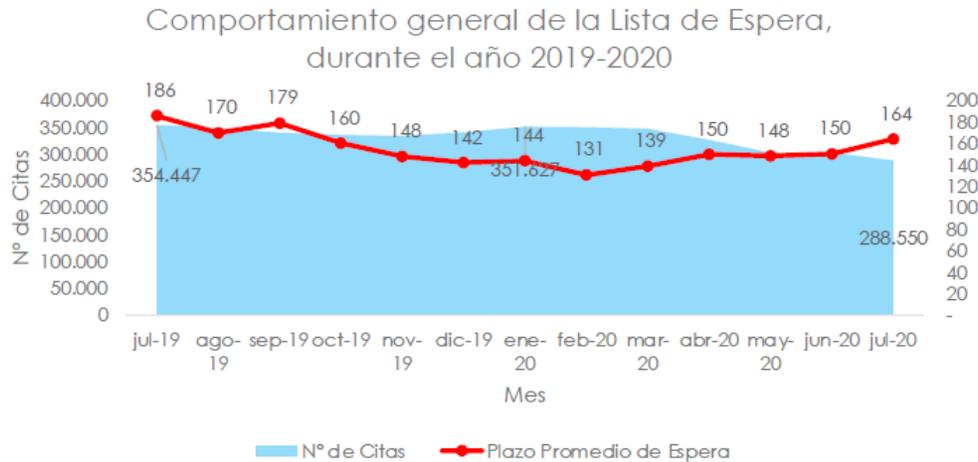


ANTECEDENTES

Los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento son responsables de apoyar el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la recuperación de la salud de los usuarios. La Radiología es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes, los datos morfológicos y funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes, así como otras fuentes de energía.

El Servicio de Radiología e Imágenes Médicas depende de la Dirección General y le corresponde realizar los exámenes radiológicos simples y especiales, ultrasonidos, mamografías, tomografía axial computarizada (TAC), entre otros, de los servicios médicos ambulatorios, de hospitalización y urgencias, con el fin de apoyar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

En lo referente a la lista de espera institucional para procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento, al 31 de julio del 2020 se observaron 288 550 citas a atender en un plazo promedio de espera de 164 meses, esto según lo indicado en documento elaborado en la Unidad Técnica de Listas de Espera - Procedimientos y el cual es llamado "Estado general de la lista de espera de procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento ambulatorio"



Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera

Es importante indicar que por disposición administrativa actual de las agendas hay tiempos estándar establecidos, según se indica:

- Ultrasonidos
 - Ultrasonidos Hospitalización: 20 minutos
 - Ultrasonidos Emergencias: 15 minutos
 - Ultrasonidos Consulta Externa: 15 minutos
 - Fluoroscopias: 30 minutos
 - BAF: 20 minutos



- Distribución por anatomía

Tabla 2. Tiempos estándar - Distribución por anatomía

ID	Procedimiento	Duración(min)
230	Venoso miembro superior bilateral	80
229	Venoso miembro superior unilateral	40
218	Arterias renales	40
100	Colon por enema simple	30
94	Cistografía por sonda vesical	30
105	Esofagograma simple	30
108	Histerosalpingografía	30
115	Tránsito intestinal baritado	30
247	Tejidos blandos	20
254	Hombro	20
219	Carótidas y vertebrales	20
257	Rodilla	20
240	Inguinal	20
235	Cerebro	20
259	Tobillo	20
252	Codo	20
255	Muñeca	20
251	Cadera	20
253	Falanges	20
245	Pene	20
241	Mama	15
232	Abdomen completo	15
249	Vías urinarias (incluye próstata si aplica)	15
236	Cuello	15
283	Abdomen superior (incluye hígado vía biliar)	15
248	Tiroides	15
237	Escroto (testículo)	15
234	Abdomen inferior pélvico	15
244	Parotidas	15
197	Mamografía	10
1	Abdomen simple antero posterior acostado	70
75	Tórax posterior anterior	7



- Interpretación y reporte de estudios de TAC

Tabla 3. Tiempos estándar - Interpretación y reporte de estudios de TAC

Reporte de TAC	Duración(min)
TAC cráneo sin contraste	15
TAC cráneo con contraste	15
TAC cuello con y sin contraste	20
TAC CC-CD-CLS	15
TAC tórax con y sin contraste	20
TAC nódulo pulmonar	20
TAC abdomen pelvis	20
TAC trifásico hígado páncreas riñón	40
TAC angio pulmón cerebro	30
TAC angio aorta	10
TAC angio donador renal hígado trasplante	60
TAC angio extremidad	40
TAC cuello tórax	40
TAC cuello tórax abdomen pelvis	60
TAC orbitas spin silla turva oídos macizo	15
TAC macizo trauma	20
TAC articulaciones	20
TAC musculoesquelético	20
Cisterno TAC	20
Biopsias por TAC	60
Cardio CT	60
TACS comparativos	15

Fuente: Oficio GM-UTLE-PD-9797-2018

HALLAZGOS

1. SOBRE LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO Y EQUIPOS MÉDICOS.

Se evidenció que en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas no se determina el aprovechamiento del tiempo contratado de los especialistas médicos, los bachilleres en imagenologías de salud, así como los diplomados y asistentes en tecnologías de salud, es decir, la cantidad de horas que utilizan en las diferentes actividades del proceso sustantivo.

Así mismo, la administración activa no dispone de mecanismos de control diseñados e implementados para determinar:

- El índice de productividad: medida de eficiencia del laboratorio, cociente entre lo producido y lo consumido ¹

¹ Productividad = (tiempo real / tiempo disponible) (unidades producidas / unidades planificadas)



- El porcentaje de la programación: cuánto del tiempo contratado se programa para actividades del proceso sustantivo.
- La utilización de las horas contratadas: cuánto de las horas contratadas son realmente utilizadas.
- El porcentaje de uso de los equipos

Lo anterior pese a que la junta directiva en sesión 8949 del 21 de diciembre del 2018 acordó lo siguiente:

“Instruir a la Gerencia Médica, para asumir la administración e implementación oficial inmediata de los cuadros contenidos en la Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico, en los centros de salud que desarrollan actividad quirúrgica y realizan exámenes de radiodiagnóstico, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y el abordaje de la problemática de la lista de espera.”

La Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”

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

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

El ámbito de aplicación de tales actividades de control debe estar referido a todos los niveles y funciones de la institución. En ese sentido, la gestión institucional y la operación del SCI deben contemplar, de acuerdo con los niveles de complejidad y riesgo involucrados, actividades de control de naturaleza previa, concomitante, posterior o una conjunción de ellas. Lo anterior, debe hacer posible la prevención, la detección y la corrección ante debilidades del SCI y respecto de los objetivos, así como ante indicios de la eventual materialización de un riesgo relevante”.

El 11 de noviembre del 2020 mediante correo electrónico la Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora, Unidad Técnica de Listas de Espera, sobre mecanismos para determinar la productividad de los servicios de Radiología e Imágenes Médicas e indicadores de gestión para esos servicios, aportó oficios GM-UTLE-24012-2017 del 05 de junio de 2017 “Plan de atención oportuna a las personas” y GM-UTLE-PD-9797-2018 del 27 de junio del 2018 “Estandarización parámetros de producción radiología-plan de atención oportuna a las personas”. Los documentos aportados a esta Auditoría, norman los tiempos parámetro para la realización de los diferentes tipos de ultrasonidos y para interpretación de tac según el tipo de estudio. Si bien es cierto es información para ir normalizando lo procesos, no permiten determinar la productividad de los servicios en estudio.

El no determinar el índice de productividad, porcentaje de la programación, distribución y utilización de las horas contratadas a los especialistas médicos, los bachilleres en imagenologías de salud así como los diplomados y asistentes en tecnologías de salud, así como el uso del equipo, se debe a la falta de incorporar como parte de la gestión administrativa elementos que permitan dirigir y controlar de forma integral los recursos disponibles, con el propósito de mejorar los procesos y productividad del servicio.

Lo anterior, podría no permitir evaluar el alcance de las metas individuales y/o grupales de los servicios y, además, no garantiza determinar si los recursos dispuestos están siendo aprovechados de forma razonable y de manera tal, que permitan optimizar las actividades ejecutadas.



2. SOBRE LA EXISTENCIA Y USO DE INDICADORES.

Se determinó que en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas no se dispone de indicadores que permitan evaluar el aprovechamiento de los recursos disponibles, limitando así la medición de la gestión del servicio.

La Administración, aplica 3 indicadores que fueron establecidos institucionalmente, estos representan numéricamente la producción mensual por tipo de estudio, así como estudios pendientes y su tiempo de resolución.

La Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”

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

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

El ámbito de aplicación de tales actividades de control debe estar referido a todos los niveles y funciones de la institución. En ese sentido, la gestión institucional y la operación del SCI deben contemplar, de acuerdo con los niveles de complejidad y riesgo involucrados, actividades de control de naturaleza previa, concomitante, posterior o una conjunción de ellas. Lo anterior, debe hacer posible la prevención, la detección y la corrección ante debilidades del SCI y respecto de los objetivos, así como ante indicios de la eventual materialización de un riesgo relevante”.

El 11 de noviembre del 2020 mediante correo electrónico se consultó a la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora, Dirección de Proyección de Servicios de Salud si han diseñado y solicitado la implementación de indicadores que permitan evaluar el aprovechamiento de los recursos disponibles en los Servicios de Radiología e imágenes Médicas, siendo que aporó oficio DPSS-0121-03-17 del 1 de marzo del 2017 en el que remite a la Gerencia Médica la definición de los parámetros de producción institucionales en los servicios de radiología que realizan estudios de mamografía, sin embargo estos datos no son los requeridos para medir el aprovechamiento de los recursos.

El no poseer mediciones que permitan evaluar el aprovechamiento de los recursos disponibles, se debe a que a nivel institucional no se ha desarrollado como estrategia de mejora, la creación de indicadores de gestión para el análisis del comportamiento y desempeño según parámetros previamente establecidos para los procesos ejecutados en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas.

A pesar de disponer de algunos indicadores, éstos no aseguran ser los más idóneos para medir la gestión del servicio, no consideran el porcentaje de aprovechamiento del recurso humano ni del equipamiento, lo que limita responder favorablemente ante la toma de decisiones preventivas o correctivas para mejorar el desempeño del servicio.

3. SOBRE LA CAPACIDAD INSTALADA Y LA OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS

En los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, no se dispone de información específica sobre la capacidad instalada, por lo que se desconoce la producción máxima que podría alcanzarse en un periodo determinado con los recursos disponibles (infraestructura, recurso humano y equipamiento).



Al respecto, la Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, apartado 3.3 -Vinculación con la planificación estratégica-, señalan respecto a los indicadores de gestión, lo siguiente:

“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”.

La Política Institucional para la gestión de listas de espera establece en el punto 4.2, “De la gestión de listas de espera”, inciso 4.2.2 lo siguiente:

“Cada centro de atención integrará grupos gestores locales para gestionar las listas de espera, los cuales diseñarán las medidas para su abordaje; estos equipos locales tomarán en cuenta la capacidad instalada tanto en términos de infraestructura, equipamiento, financiamiento, así como de recurso humano para atender la demanda. Estas estrategias serán abordadas tomando en cuenta el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Institucional.”

El desconocer los valores de la capacidad instalada en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, se debe a que institucionalmente no se ha determinado el nivel de oferta de esos servicios, esto como un insumo para gestionar el modelo de atención al usuario.

El no conocer la oferta real de los servicios limita la operación de estos, la optimización de los recursos (infraestructura, humano y de equipamiento), así como la planeación del mejor modelo de atención, lo que incidirá en la agilización y reducción de la lista de espera.

4. SOBRE LA NORMALIZACIÓN Y REGULACIÓN DE LOS PROCESOS DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS POR PARTE DE LA GERENCIA MÉDICA.

Esta Auditoría evidenció que a nivel institucional no está establecido quién oriente la gestión del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos dirigidos a la estandarización de las funciones técnicas y administrativas ejecutadas en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, esto con el propósito de optimizarlos.

Al respecto, la Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones”

Artículo 10.-Responsabilidad por el sistema de control interno. Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, apartado 3.3 -Vinculación con la planificación estratégica-, señalan respecto a los indicadores de gestión, lo siguiente:



“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.”

El no disponer de quien oriente la gestión del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos dirigidos a la estandarización de las funciones técnicas y administrativas de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, se debe a la omisión de la implementación de un equipo líder que se enfoque en la ejecución constante de acciones tendientes a la mejora de las labores desarrolladas en esos servicios.

Lo anterior, limita la alineación del desarrollo de las labores, el cumplimiento institucional de objetivos, la comunicación de resultados y la rendición de cuentas, la toma de decisiones para soluciones a nivel local y general, así como la calidad de la prestación del servicio.

CONCLUSIONES

Las imágenes médicas son los procesos utilizados para crear imágenes de partes del cuerpo humano, para el diagnóstico de las diferentes enfermedades o para la ciencia médica. La Radiología es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental imágenes, datos morfológicos y funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes, así como otras fuentes de energía.

Cuando ningún método de imagen satisface las necesidades del médico, previo a establecer tratamiento, se realiza la resonancia, que es un estudio avanzado de diagnóstico que hace uso de un imán de gran potencia y ondas de radio para producir imágenes de gran detalle, de cualquier parte del cuerpo.

El estudio realizado, evidencia oportunidades de mejora en lo referente a la administración y gestión del recurso humano y equipos médicos, teniéndose la necesidad de conocer el aprovechamiento del tiempo contratado de los funcionarios del Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, así como métricas de productividad y uso de equipos, lo anterior para disponer de herramientas dirigidas a la toma de decisiones para el mejoramiento de las operaciones.

En el tema de indicadores, la gestión se limita a registrar los establecidos institucionalmente (producción mensual por tipo de estudio, estudios pendientes y su tiempo de resolución), sin desarrollar otros que le permitan un mayor control en las diferentes acciones ejecutadas.

Actualmente se desconoce la producción máxima que podría alcanzarse en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas en un periodo determinado con los recursos disponibles tanto de infraestructura, recurso humano y equipamiento, en otras palabras, no hay datos puntuales la oferta del servicio, esto como un insumo para optimizar los recursos y gestionar su modelo de atención al usuario.

El conocer lo antes descrito incide de forma directa en la oportunidad de la atención, siendo que las medidas impulsadas a nivel institucional para la gestión de listas de espera, no han logrado alcanzar un balance entre la demanda y la oferta del servicio para brindar una atención médica pronta y resolutive. Cualquier demora en la prestación de los servicios médicos representa riesgos para la salud y/o vida de los asegurados.

Finalmente, se determinó que no está establecido quién oriente la gestión del desarrollo de estrategias, normativa y lineamientos dirigidos actividades ejecutadas en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, lo que restringe la estandarización y mejora continua de las labores.



Institucionalmente se debe prestar atención a una pronta solución en la gestión de imágenes médicas, así como al aprovechamiento de los recursos disponibles en los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, contemplando el monitoreo continuo del funcionamiento de esos servicios, así como de los aspectos antes mencionados, esto permitirá a la Administración un mejor planeamiento, organización y uso de recursos para la obtención de sus objetivos, por lo que el subsanar las debilidades evidenciadas por esta Auditoría, fortalecería el Sistema de Control Interno e impactaría de forma positiva la prestación de los servicios.

RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1. Considerando que los resultados del estudio evidencian la importancia de fortalecer la utilización de los recursos disponibles en los servicios de Radiología e Imágenes Médicas a nivel institucional, con la participación de las unidades técnicas correspondientes, efectuar las acciones necesarias para definir una metodología que permita establecer la capacidad resolutoria de esos servicios en los centros de salud, según los hallazgos 1, 2, 3 y 4, abordando entre otras variables las siguientes:
 - a. La utilización de infraestructura, recurso humano y equipamiento.
 - b. El nivel de complejidad de exámenes y procedimientos de diagnóstico que deberá atender cada centro de salud, capacidad de atención, y nivel de resolución de la Red.
 - c. Estrategias para fortalecer la programación, gestión y ejecución de la consulta externa de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, así como las necesidades intrahospitalarias.
 - d. Definición de nuevos indicadores para evaluar la gestión, control, y desempeño en cuanto a la utilización y aprovechamiento de los recursos disponibles, orientados a la optimización del talento humano, equipos, insumos y otros.
 - e. Estandarización de funciones, procedimientos y normativa de las funciones técnicas y administrativas.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en un lapso de 6 meses, un modelo de abordaje con actividades, responsables y plazos para la optimización de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas. Además, en el lapso de un año aportar los primeros resultados del modelo aplicado.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio fueron comentados el 13 de noviembre del 2020 con el Lic. Gilberto León Salazar, Asesor Gerencia Médica y la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora Proyección de Servicios de Salud, quienes mencionaron:

Indica la Ing. Gutiérrez:

“... la gerencia necesita definir los aspectos señalados, hay mucho avanzado, pero se tiene que ordenar, esto va a requerir mucho trabajo de campo para hacer mediciones que actualmente no se puede por el tema del COVID por lo que el tiempo de cumplimiento debe ser razonable.

Yo visualizo unir lo expuesto al tema de complejidad de hospitales, que está muy relacionado a los servicios de radiología. Ya nosotros definimos la oferta de los hospitales a diciembre del año 2019, para esta fecha yo les puedo indicar el estado de los servicios de radiología en los 29 hospitales.



Este punto de nivel de complejidad y exámenes no preocupa en el sentido de que si se tiene la oferta clara vamos por buen camino.

En la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, en el tema que no se ha evidenciado alguien que trabajara el lineamiento de los servicios como tal, ya había iniciado Hugo Chacón un proyecto, propio de referencia de estudios al Centro Nacional de Resonancia Magnética porque para poder definir cuántos exámenes faltan, estamos dando datos poco certeros sino hay claridad en el modelo de abordaje de los servicios de Radiología, porque se desconoce la lógica de cuando realizar determinado tipo de examen.

En esta recomendación, mi resultado sería un proceso de continuidad de los servicios de radiología desde una placa hasta una resonancia y dónde se ubican los equipos y cuál es la capacidad de cada servicio, de manera que se pueda definir que nos unimos con Desarrollo aprovechando el trabajo que ya realizaron sobre esta continuidad, porque para poder ver si nos faltan resonancias, tenemos que determinar, cuál es la demanda que va a llegar a tener este examen y para esto debemos conocer la demanda que va quedando en cada nivel de atención, entonces hay que verlo de manera integral...”

Lic. Gilberto León, menciona:

“El año 2019 salió el documento denominado “Guía de Referencia de Resonancia Magnética para Diagnósticos más comunes” elaborado por el Dr. Carlos Muñoz, funcionario de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, documento fue elaborado considerando los criterios de radiólogos de los diferentes Establecimientos de Salud.

Asimismo, en relación con el tema que nos ocupa de recientemente la Auditoría emitió un informe, relacionado con resonancia magnética en dónde se solicita la revisión del producto generado por la Dirección de Desarrollo este informe está muy relacionado con lo expuesto por Alejandra...”

La Ing. María de los Ángeles Gutiérrez sugiere:

“...Al tener tantos equipos de Auditoría, se pierden las recomendaciones, debemos revisar otros informes que hablen del mismo tema e indicar la realización de un proyecto integral, porque resultado de este análisis de red y de los servicios se va a definir que se ve en resonancia, porque no se puede ver resonancia sola, por eso me gusta el enfoque del informe que estamos comentado, porque se indica que por nivel de complejidad, es decir se debe retomar todos los niveles de atención que tienen alguna oferta relacionada con radiología.

La Administración, menciona la posibilidad de ligar la recomendación con el ASS-105-2020 de resonancia porque si se quiere ver los servicios de Radiología a nivel general y de acuerdo a la complejidad por nivel de atención, no podemos obviar que el Centro de Resonancia Magnética es parte de los servicios de radiología, no los podemos ver por separado, además debemos optimizar los recursos.

También, solicitan el ajuste del punto e de la recomendación y lo solicitado por la Auditoría de la siguiente manera:

e. Estandarización de funciones, procedimientos y normativa de las funciones técnicas y administrativas.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en un lapso de 6 meses, un modelo de abordaje con actividades, responsables y plazos para la optimización de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas. Además, en el lapso de un año aportar los primeros resultados del modelo aplicado.”

Esta Auditoría procede al análisis de lo consignado en el comentario y en caso de proceder se realizarán los ajustes necesarios al informe.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Ing. Alejandra Jara Sanabria
Asistente de Auditoría

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías
Jefe SubÁrea

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe Área

EAM/RJM/AJS/jfrc