

ASS-85-2021

8 de octubre de 2021

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna 2021, del Área de Servicios de Salud, en el apartado de estudios de carácter especial, y aspectos señalados en la denuncia DE-176-2019.

Los resultados del informe evidenciaron aspectos que deben ser fortalecidos, en cuanto a los procesos de dirección, coordinación y evaluación por parte de las autoridades de la Dirección de Centros Especializados y la Clínica Oftalmológica.

Según el documento: “Diseño Organizacional de la Clínica Oftalmológica”, en el apartado 11.1 Proceso: Dirección y Conducción, es responsable de la dirección y conducción de las diversas actividades y programas sustantivos, de soporte técnico profesional y de gestión administrativa, tendientes a lograr que los servicios que se otorgan en la Clínica, se desarrollen con un enfoque integral de la salud ocular de las personas, para su adecuada recuperación y el cumplimiento de la misión y los objetivos definidos.

Existe la necesidad de fortalecer los procesos de gestión gerencial en ese centro especializado, de manera que la rendición de cuentas, supervisión y control, se articulen, permitiendo garantizar que los principales servicios y actividades que ofrece la Clínica Oftalmológica alcancen los objetivos, propósitos y metas, cumpliendo la finalidad con la que fueron creados.

Aunado a esto, se evidenciaron oportunidades de mejora en los controles referidos a la bodega de salas de operaciones, respecto a la vigilancia de los insumos, ausencia de permiso de funcionamiento, así como la aprobación de la nueva propuesta del manual de organización, aspectos que deben ser revisados.

En virtud de lo anterior, esta Auditoría Interna ha planteado recomendaciones con el propósito de fortalecer la gestión de la Clínica Oftalmológica, asociados a los riesgos que se han informado.

ASS- 85-2021
8 de octubre de 2021

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA
CLÍNICA OFTALMOLÓGICA U.E. 2802
DIRECCIÓN DE CENTROS ESPECIALIZADOS U.E. 2944
GERENCIA MÉDICA U.E. 2901**

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del plan anual operativo de la Auditoría Interna, en el apartado de actividades de carácter especial del 2021, del Área Servicios de Salud, así como la atención de la denuncia DE-176-2019.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de gestión administrativa de los servicios que presta la Clínica Oftalmológica, en el otorgamiento de servicios médicos especializados en oftalmología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar el direccionamiento, coordinación y evaluación brindado por la Dirección Centros Especializados a la gestión de la Clínica Oftalmológica (CLOF).
2. Evaluar la gestión de dirección y administración de la CLOF, en cuanto a: instalaciones, red institucional de atención de políticas y programas.
3. Evaluar el proceso de gestión de los servicios a partir de la planificación operativa, rendimiento y aprovechamiento de las actividades sustantivas.
4. Analizar los aspectos denunciados en la DE-176-2019 en relación con la gestión de recursos humanos: cumplimiento de horarios, nombramientos, jornadas de producción.

ALCANCE

La evaluación comprende la gestión administrativa de la Clínica Oftalmológica en cuanto a:

- La planificación táctica operativa de la Dirección Centros Especializados, período 2019-2020, en relación con la Clínica Oftalmológica.

-
- Se analizó el registro de las actividades de los médicos especialistas durante el mes de octubre 2019.
 - Se analizó el alcance de metas de la Clínica Oftalmológica en el periodo del 2019, por tratarse del año antecesor al inicio de la pandemia COVID-19.
 - Verificación del cumplimiento de permisos sanitarios del centro asistencial.
 - Análisis de la recepción y custodia de lentes intraoculares en la Clínica Oftalmológica.

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

METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos propuestos, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

1) Aplicación cuestionario de control interno “Verificación Actividades sustantivas (documentación):

- Dr. Julio Serrano Calderón, director Centros Especializados
- Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica Clínica Oftalmológica
- Licda. Aracelly Herrera Venegas, administradora Clínica Oftalmológica

2) Entrevista a los siguientes funcionarios:

- Lic. Jasón Calvo Rojas, planificador de la Gerencia Médica
- Dr. Adolfo Antonio Rodríguez Cheung, coordinador de Consulta Externa y Cirugía, así como director Médico a.i. de la Clínica Oftalmológica.

3) Revisión y análisis de la información de los siguientes documentos institucionales:

- Reportes de supervisiones realizadas por la Dirección de Centros Especializados a la gestión de la Clínica Oftalmológica.
- Revisión de la Lista de espera de la Clínica Oftalmológica a junio del 2021.
- Revisión de expedientes personales custodiados en la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.

- 4) Solicitud de información a la Dirección de Centros Especializados, Unidad Técnica de Lista de Espera, Dirección Médica y Administrativa de la Clínica Oftalmológica, en las listas de espera.
- 5) Revisión de los aspectos señalados en la denuncia DE-176-2019, en cuanto a cumplimiento de horarios, recursos humanos, supervisión médicos residentes, distribución de pacientes en jornadas de producción, incumplimiento de requisitos para ocupar el puesto.
- 6) Revisión de la producción de los especialistas durante octubre del 2019.
- 7) Solicitud de información a la Licda. Marjorie Quirós Soto, jefe Registros y Estadísticas de Salud, de la Clínica Oftalmológica.
- 8) Revisión de las jornadas de producción, las autorizaciones de disponibilidad firmadas por los especialistas durante el 2018, 2019 y 2020, criterios emitidos por la Dirección Médica de la Clínica Oftalmológica, el Dr. Julio Calderón Serrano, director de la Dirección Centros Especializados y la Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora de la Unidad de Listas de Espera.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno N° 8292.
- Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, Gerencia Médica versión 6.1 • Política Institucional para la gestión de listas de espera, 2010
- Normas de Control Interno para el Sector Público, N-2-2009-CO-DFOE del 26 de enero de 2009. Publicado en La Gaceta No. 26 de febrero 2009.
- Manual “Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas”.
- Instructivo Modalidades Pago Excepcional para la realización de Jornadas de Producción.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

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

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

ASPECTOS GENERALES

La oftalmología es la especialidad médica que estudia las enfermedades y cirugías del ojo; relacionadas con el globo ocular, su musculatura, el sistema lagrimal, los párpados y sus tratamientos.

Los tratamientos más habituales que desarrolla la disciplina de la oftalmología para tratar las patologías oculares pueden ser clasificados en tres tipos, según su naturaleza: farmacológicos, ópticos y quirúrgicos.

La Junta Directiva en el artículo 2 de la sesión N.7643 celebrada el 25 de abril del 2002, aprobó la creación de la Clínica Oftalmológica, que inició labores el 26 de mayo del 2003, como la unidad responsable de otorgar al usuario, servicios altamente especializados y complejos en el campo de la oftalmología (retina, vítreo, cataratas complejas, glaucoma, entre otros), con el propósito de ofrecer a la población mayor capacidad de respuesta en la atención de patologías oculares complejas en el ámbito nacional.

Previo a la creación de la Clínica Oftalmológica, los pacientes que necesitaban procedimientos quirúrgicos de oftalmología eran referidos a los servicios de clínicas privadas nacionales, inclusive se remitían a la Clínica Barraquer en Colombia, lo cual significaba un alto costo para la CCSS y los usuarios.

Basados en estudios de la época, se propuso que, para mitigar esos gastos, el país requería un centro oftalmológico debidamente equipado, razón por lo que la Junta Directiva de la CCSS, mediante el artículo 24 de la sesión N° 7353, celebrada el 29 de julio de 1999, designó a la Fundación Mundo de Luz como ente responsable para la construcción del edificio de la CLOF.

En Costa Rica se registran más de 18.000 mil personas que sufren de ceguera y más de 279.000 mil personas con alguna discapacidad visual, por diferentes causas entre ellas la catarata no tratada y la diabetes mellitus, según el Ministerio de Salud¹.

El 21 de febrero del 2017, se presentó ante el Área de Atención de las Personas, el documento denominado:

“Propuesta de Políticas Institucionales 2017-2027 para la detección y manejo oportuno, en los tres niveles de atención de los usuarios con patología ocular” en el cual se expone un análisis situacional que incluye la capacidad instalada en recurso humano, oferta de servicios en oftalmología, que se brindan, además se incluyen aspectos tales como los planes remediales de inversión, sistemas de información, datos epidemiológicos, normalización de salud ocular, lista de espera, red de servicios, entre otras. De acuerdo con el documento en mención, el principal problema que fundamentó esta propuesta era la existencia de “Usuarios de la Institución sin detección y manejo oportuno por los servicios de salud en los tres niveles de atención de sus problemas oculares”.

¹ [Costa Rica comprometida con la disminución de la ceguera y las deficiencias visuales evitables \(ministeriodesalud.go.cr\)](http://CostaRica.comprometida.con.la.disminucion.de.la.ceguera.y.las.deficiencias.visuales.evitable.s(ministeriodesalud.go.cr)), consulta efectuada al 3 de febrero de 2021.

A nivel organizacional la Clínica Oftalmológica depende jerárquicamente de la Dirección de Centros Especializados de la Gerencia Médica, ente responsable de conducir en forma estratégica el desarrollo de los centros especializados en la institución.

Desde su creación, la Clínica Oftalmológica definió en su organización el desarrollo de cinco procesos de trabajo: la Dirección y Conducción, Atención Ambulatoria, Banco de Ojos, Investigación y Docencia, así como la Gestión Administrativa.

La Dirección Médica de este Centro de Salud se encuentra a cargo de la Dra. Marisela Salas Vargas desde el 02 de julio 2012, Oftalmóloga, con subespecialidad en Estrabismo, y de la Dirección Administrativa Financiera por la Lic. Aracelly Herrera Venegas y tiene aproximadamente 91 funcionarios.

Las Autoridades de la Clínica Oftalmológica solicitaron al Área de Estructura Organizacional, revisar el Manual de Organización de la Clínica, en razón de los cambios que este centro médico ha tenido en el tiempo, proceso que según se conoció, se reactivó, luego de que en el 2012 se detuviera ante la priorización de otros estudios de interés institucional, por lo que en la actualidad está en estudio la propuesta presentada en conjunto con funcionarios de la Dirección de Desarrollo Organizacional.

HALLAZGOS

1. REFERENTE A LA PARTICIPACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CENTROS ESPECIALIZADOS EN LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Se determinó que la Dirección de Centros Especializados, concentra su participación en aspectos de orden administrativo, en temas relacionados con: contratación, presupuesto, recursos humanos, procesos de compras, continuidad de los servicios, alcance de metas, entre otros), sin embargo, no se documenta el análisis de los procesos de orden técnico relacionados con los criterios sobre el abordaje de los pacientes en cirugía y procedimientos. **(Ver detalle en el anexo 1).**

Lo anterior, según el análisis del documento Matriz de Programación Física de la Dirección de Centros Especializados 2020-2021, así como las actas del Consejo de directores de Centros Especializados y documentación adicional proporcionada por la Dirección de Centros Especializados.

La Ley General de Control Interno, Artículo 10 indica: - 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 en el Capítulo IV Normas sobre Actividades de Control, en el apartado 4.1 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”.

En el documento: “Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y la Elaboración de los Manuales de Organización Específicos de las Direcciones Adscritas”, en el apartado 13, inciso 13.6 Conceptualización de los niveles organizacionales y funciones sustantivas, establece que la Dirección de Centros Especializados, le corresponde:

“Dirige, coordina y evalúa las acciones estratégicas de los Centros Especializados (Clínica Oftalmológica), de acuerdo con las políticas, normas y lineamientos establecidos, con el objeto de lograr una efectiva gestión y promover una prestación de servicios con calidad y efectividad a la población”.

Asimismo, en el anterior documento, apartado de la estructura por productos y procesos de la Dirección de Centros Especializados, indica, como parte de las actividades sustantivas que le corresponden en la parte estratégica, lo siguiente:

(...) Coordinación y articulación en forma técnica de los procesos estratégicos de trabajo asignados a los centros especializados adscritos a la organización (...).”

En este sentido, se le consultó a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica de la Clínica Oftalmológica, si las autoridades de ese centro han recibido direccionamiento y conducción por parte de la Dirección de Centros Especializados; indicando:

“Lo que se ha recibido es solicitud de informes de producción. Sin embargo, como una línea de dirección de gestión, debido a la especialización del centro se respeta las líneas de acción y gestión tanto de las reuniones de red, como de la Clínica.

Cuando se requiere de alguna colaboración se gestiona mediante ambas líneas (Dirección de Centros Especializados, Gerencia Médica -Unidad de listas de espera-). El acompañamiento es administrativo y no especializado”.

Al respecto, este Órgano de Control y Fiscalización, consultó al Dr. Julio Calderón Serrano, director de la Dirección de Centros Especializados “DICE”, sobre la rectoría, conducción y evaluación por parte de esa unidad en la gestión de la Clínica Oftalmológica; indicando:

“...efectivamente se tiene autoridad en línea, sin embargo, desde el punto de vista de especialización técnica, la DICE promueve que los centros especializados cumplan sus objetivos y que constantemente tengamos una serie de revisión sobre la especialización y tecnología; porque básicamente la DICE no tiene representación técnica, sobre la naturaleza clínica especializada de los centros como para cuestionar si esa es la forma en que debe estructurarse un servicio de oftalmología o si esa es la forma en que debe operarse una catarata, porque los procesos son sumamente especializados.”

La DICE no posee un oftalmólogo, que nos indique que debemos revisar, por lo que no somos expertos en los procesos de la especialización, por lo que cuando se habla de autoridad en línea, se debe tener cuidado porque no tenemos como supervisar el proceso clínico, el abordaje clínico o quirúrgico, incluso si esa tecnología es la mejor por el momento, no tenemos esa expertiz a nivel de sede, pero, por ejemplo: acudimos a una Dirección de Equipamiento, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, a la Dirección de Proyección y muchas instancias técnicas en diversos campos o disciplinas.

Nosotros hemos elaborado instrumentos para seguimiento de productividad, para llevarle el paso a aspectos de productividad, queremos que exista mayor eficacia, eficiencia. En un estudio que se realizó de carácter técnico y se presentó a GM -nos vimos inhibidos de presentarlos a la auditoría, porque la Gerencia Médica, no lo avaló, hicimos un estudio muy bueno, donde vimos la oportunidad de mejoras de la CLOF”.

El Lic. Róger González Chacón, funcionario encargado de informes de auditoría de la Dirección de Centros Especializados, señaló que se hacen dos evaluaciones al año, una por semestre en temas administrativos, en tres formularios: recursos humanos, presupuesto y control interno, existe un cuarto elemento del tema de adquisiciones (informe que se hace aparte). Cada formulario consta, de acciones administrativas; durante el 2019 se realizó de forma presencial, sin embargo, el año pasado se realizó virtual; el Dr. Calderón, mencionaba dos elementos más que para el Centro del Dolor y la Clínica Oftalmológica, a partir del 2019, precisamente en respuesta a un informe de Auditoría, se establecieron mecanismos con carácter técnico con respecto a la productividad de la unidad...”.

Lo anterior, obedece a que la Dirección de Centros Especializados, no ha establecido mecanismos o alternativas para lograr de forma integral la dirección, coordinación y evaluación de las actividades sustantivas de la Clínica Oftalmológica en todos los ejes temáticos inherentes a esa unidad, considerando además, las funciones sustantivas que debe realizar en cuanto a la Coordinación y articulación en forma técnica de los procesos estratégicos de trabajo asignados a los centros especializados adscritos a la organización, según lo establecido en el Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas.

Si bien es cierto, la Dirección de Centros Especializados ha ejecutado acciones para el fortalecimiento del sistema de control interno, estas en una primera instancia se han abocado en temáticas administrativas, razón por la cual el no integrar aspectos técnicos podría exponer o materializar los riesgos asociados a la actividad sustantiva de esa unidad asistencial.

2. SOBRE LA LISTA DE ESPERA

2.1 Sobre la Gestión de las listas de espera

De conformidad con los registros de la Unidad Técnica de Lista de Espera “UTLE”, al mes de junio 2021 la Clínica Oftalmológica, presenta una lista de espera de 815 pacientes que requieren de procedimientos quirúrgicos, con un plazo de espera de 1055 días como punto máximo y 41 en su punto más bajo, según se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1
Lista de espera de
la Clínica Oftalmológica, junio 2021

| Año de registro | Cantidad ² pacientes | Variación | Porcentaje variado | Plazo días de espera |
|----------------------|---------------------------------|-----------|--------------------|----------------------|
| 2018 | 21 | | | 1055 |
| 2019 | 25 | 4 | 19% | 725 |
| 2020 | 49 | 24 | 96% | 271 |
| 2021 | 720 | 671 | 1 369% | 41 |
| Total general | 815 | | | |

Fuente: Consulta de la Unidad Técnica Lista Espera

Como se puede observar en la Tabla 1, del total de cirugías pendientes, se determinó que la Clínica Oftalmológica al corte del presente estudio en el periodo 2021, dispone de 720 pacientes que requieren de un procedimiento quirúrgico, es decir, el 88 % se focaliza en este periodo. Llama la atención que del periodo 2020 a junio 2021 se dio un incremento del 1 369% (un mil trescientos sesenta y nueve por ciento). Asimismo, se evidencia un rezago de 21 pacientes del 2018, con 1055 días de espera, lo que equivale aproximadamente 3 años en esa condición, seguido de 25 pacientes con 2 años.

Si bien en marzo de 2020, el Ministerio de Salud, informó el registro del primer caso confirmado importado por el COVID-19 en Costa Rica, la Clínica Oftalmológica registraba una acumulación de 46 (2018-2019) pacientes, se observa un incremento exponencial posterior a esa fecha, en la cual se aumentó a junio 2021 en 769 nuevos casos, en espera de procedimientos quirúrgicos por diferentes afectaciones oftalmológicas.

² Ver detalle de pacientes en anexo 02 periodo 2018-2019-2020

La Ley General de Control Interno, dispone en el artículo 10 dispone que el jerarca y titulares subordinados debe establecer, mantener y perfeccionar el sistema de control interno.

Además, el artículo 12, señala:

“En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.

b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades”.

La Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, en el artículo 2º—Derechos. “Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente: inciso e: recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas”.

El Reglamento del Seguro de Salud, en su artículo 4º “De la integralidad y suficiencia”, establece:

“El Seguro de Salud tiende a la integralidad y suficiencia entendiéndolo por ello el propósito de que las prestaciones respondan a las necesidades efectivas de la población, y que, además, sean suficientes para superar el estado que las origina”.

El mismo Reglamento en su artículo 5º “De la eficiencia” indica:

“La eficiencia se considera como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz”.

La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia N° 2019-005560, notificada el 13 de mayo de 2019, dispuso que:

“(…) Elaborar en el plazo de SEIS MESES, contados a partir de la notificación de esta sentencia, un sistema de gestión integrado para solventar los problemas de lista de espera y que incorpore soluciones a las causas estructurales reconocidas por la propia Caja Costarricense de Seguro Social en su informe, entre otras, ausencia de infraestructura adecuada, aumento poblacional, las consideraciones epidemiológicas, ausencia de un sistema adecuado para cubrir la falta de médicos especialistas, necesidades de equipamiento y demanda en aumento del primer nivel de atención, así como el ausentismo de pacientes a citas en diversos centros médicos de la institución recurrida. En el proyecto de sistema de gestión integrado, deben definirse los plazos de espera razonables por patología o grupos relacionados de diagnóstico de acuerdo con la sintomatología, el nivel de urgencia y las condiciones del paciente, así como los criterios objetivos para precisar la inclusión y ubicación de un paciente en las listas de espera. Asimismo, se deberá fijar un cronograma de avance, las medidas administrativas o técnicas para cumplir con las metas del proyecto de sistema de gestión, indicadores de gestión, responsables de ejecución y mecanismos de verificación”.

En entrevista realizada a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora médica de ese centro de salud indicó lo siguiente:

“La Clínica Oftalmológica no tiene lista de espera de pacientes referidos, pero da apoyo a la Gerencia Medica-UTLE con derivación de casos de lista de espera de otros servicios de oftalmología a nivel nacional. Cabe aclarar que el reporte que emite el ARCA se refleja todos los casos derivados de otros centros. Desde el punto de vista de gestión, fue solicitar un apoyo a la Gerencia Medica de gomeleo de plazas, siguiendo los lineamientos y medidas sanitarias, adaptar el centro con todos los recursos que pide el Ministerio de Salud, se reforzó el teletrabajo, tiempo extraordinario, reuniones semanales de la comisión técnica, ajustes de horarios de atención, se tiene un acercamiento con la Gerencia Médica sobre los recursos que necesitamos”.

De lo señalado por la Dra. Salas Vargas, referente a la procedencia de los pacientes registrados por la UTLE, se observa que de las 815 pacientes 757 (93 %), fueron derivados de otros centros asistenciales, lo cierto del caso que el centro médico si tiene pacientes a la espera de atención por parte de la Clínica Oftalmológica.

En virtud de la nueva realidad nacional acaecida con la pandemia y la dinámica ordinaria en el comportamiento de las listas de espera, han generado un rezago significativo en la atención y prestación oportuna en los servicios de salud en las enfermedades de los ojos, aunado a una débil gestión de parte de las autoridades del centro evaluado, en la que no se evidencia un plan de contingencia o continuidad en la prestación de los servicios.

Si bien, el redireccionamiento y reforzamiento de recursos para la atención de la pandemia ha impactado de forma directa en la gestión de los servicios, lo cierto del caso, es que la respuesta de la institución a través de la Clínica oftalmológica en disponer de planes de continuidad no ha sido efectiva, lo que podría afectar la salud ocular de los pacientes y eventuales acciones administrativas, legales en contra de la institución.

2.2 Sobre los diagnósticos en la lista de espera

Del análisis de los datos insertos en la lista de espera de ese centro se evidenció que el 71 % (578) de los pacientes pendientes de atender se ubican en dos grandes diagnósticos: Catarata complicada y otros diagnósticos.

Los datos suministrados evidencian que 372 pacientes que representa el 45.65 % de la lista de espera se relaciona con diferentes tipos de cataratas, según se observa en la tabla 2.

Tabla 2
Lista de esperado en cirugía por patología
2018 hasta junio 2021

| Diagnóstico | Cantidad de pacientes | Porcentaje |
|--|-----------------------|------------|
| Catarata complicada | 280 | 34.36 % |
| Queratocono | 109 | 13.37 % |
| Catarata senil nuclear | 65 | 7.98 % |
| Trastorno del cuerpo vitreo, no especificado | 36 | 4.42 % |
| Catarata, no especificada | 27 | 3.31 % |
| Otros diagnósticos (68 diagnósticos) | 298 | 36.56 % |
| | 815 | 100.00 % |

Fuente: Listado UTLE, junio 2021

En el Manual Organizacional “Diseño Organizacional de la Clínica Oftalmológica”, se establece que:

“La Clínica Oftalmológica atenderá los casos complejos referidos por los Servicios de Oftalmología de los Hospitales Nacionales, con sus respectivas pruebas de laboratorio clínico y otros, a efecto de agilizar la consulta y minimizar costos”.

La Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica, manifestó sobre la complejidad de los diagnósticos en la lista de atención de listas de espera, lo siguiente:

“Si tenemos pacientes de alta y baja complejidad, la mayoría de los casos de baja complejidad, son derivados de otros centros de salud (unidad de lista de espera), y si pueden resolverse a ese nivel hospitalario”.

El Dr. Adolfo Rodríguez Cheung, director Médico a.i., manifestó a esta Auditoría, entre otros aspectos lo siguiente:

- **Sobre los diagnósticos no específicos.**

“El problema radica en que se utiliza un sistema de nomenclatura que realmente debe actualizarse, porque algunos diagnósticos son inespecíficos y no aparecen en la nomenclatura internacional. Lo que dicen los colaboradores de Nomenclatura es que ahí aparece todo, pero cuando algo se requiere que sea específico, aparece a la par, la palabra inespecífico.”

Las normas que cumple la CAJA que son las correctas porque son de la Organización Mundial de la Salud, no incluyen diagnósticos específicos, porque básicamente uno no los encuentra en la clasificación que se nos aporta, en eso no le cuestiono el señalamiento, porque a veces se busca un diagnóstico y como no aparece, se coloca el no específico, debido a la carencia del adecuado”.

- **Diagnósticos de “Pterigión”**

“Cuando se habla del primer y segundo nivel de atención, debe considerarse la disponibilidad de los pacientes para tener acceso a los procedimientos. En el caso del Pterigión, debe recordarse que a la Clínica Oftalmológica se le derivan pacientes de otras Áreas de Salud y Hospitales. En ocasiones nos envían pacientes con este diagnóstico de recidiva de Pterigionos.

... en la lista de espera de la CLOF, puede darse el caso que el paciente tenga múltiples cirugías de Pterigionos, el médico tratante llega a un estado que no sabe qué hacer y por eso son remitidos a la Clínica Oftalmológica para aplicar técnicas diferentes, pero son en menor cantidad, también pueden ser casos con cirugías mixtas (catarata con pterigión) o carcinomas.

Aquí debe considerarse que si es un paciente que tiene comprometido el eje visual y la lista de espera está en el 2025 en el hospital tratante, es nuestra obligación es atenderlo. Importante resaltar que no podemos quitar nuestros pacientes complicados por pacientes con patologías que deberían ser atendidos en otros niveles, pero si existe la posibilidad que el paciente venga con una situación de alta complejidad y de paso, tiene algo mediano, se aprovecha y se realiza el procedimiento.

Recordemos que el termino derivar, es el proceso mediante el cual se trasfiere el registro de Lista de Espera en ARCA, al centro donde se va a realizar la cirugía. En ocasiones, el diagnóstico ingresado en estos centros es no especificado, cosa que no se puede cambiar a la hora de programarlo porque viene de esta manera de previo. Pasa lo mismo en los casos de cataratas no especificadas operadas de otros centros.”

Del análisis de los resultados obtenidos por este Órgano de Control, se observa que la situación obedece en primera instancia a la no resolutiveidad de los centros de salud de los procedimientos de baja complejidad que deben ser atendidos en el nivel local, así como la no existencia de planes de contingencia o continuidad de los servicios por parte de la Clínica Oftalmológica con el aumento exponencial de pacientes derivados de las redes de prestación de servicios.

En relación con la lista de espera, la atención de diagnósticos que, por su complejidad, le corresponden ser atendidos a otros niveles, según el lineamiento establecido, ha generado un aumento en la demanda de atenciones, por lo cual podría afectar el logro de los objetivos de la Clínica Oftalmológica en lo referente a la atención de casos complejos.

3. REFERENTE A LAS HORAS CONTRATADAS DE LOS OFTALMÓLOGOS.

Se determinó que no existe una adecuada distribución de tiempos para las actividades no médicas, médicas y asistenciales, así como de cirugía, que permitan identificar aspectos de mejora para la utilización y aprovechamiento del horario contratado de los especialistas en oftalmología. Esta Auditoría realizó una revisión de las actividades efectuadas por estos especialistas durante el mes de octubre del 2019 y de la información aportada por la Jefatura de Registros y Estadísticas³ en Salud y la Unidad de Recursos Humanos⁴ de la Clínica Oftalmológica, obteniéndose los siguientes resultados:

³ Extraída del SIAC, Agendas, Reportes Operativos, así como de los cubos, la Fórmula 180 Registro de Consulta Externa.

⁴ Información de los contratos de trabajo y acciones de personal en el período evaluado.

Tabla 3
Porcentaje de utilización del tiempo contratado
durante octubre del 2019.

| ID | Nombre del Médico | Consulta Externa (horas) | Porcentaje de Utilización Consulta Externa Según Horario Contratado | Total Horas Disponibles Cirugía THC*-HANM**-HAM*** | Total De Horas Dedicadas A Cirugía | Porcentaje de utilización según lo disponible para Cirugía |
|----|------------------------------|--------------------------|---|--|------------------------------------|--|
| 1 | Adolfo Rodríguez Cheung | 27,75 | 13,71% | 121,50 | 61,00 | 50,21% |
| 2 | Adrián Rubinstein Teitelbaum | 12,75 | 6,30% | 123,50 | 17,00 | 13,77% |
| 3 | Enrique Sánchez Vuelvas | 62,50 | 30,88% | 109,45 | 81,00 | 74,01% |
| 4 | Viviana Dejuk | 21,58 | 21,32% | 72,62 | 27,00 | 37,18% |
| 5 | Juan Carlos Gutiérrez | 28,92 | 28,58% | 35,83 | 49,30 | 137,59% |
| 6 | Imelda Ramírez | 44,50 | 21,99% | 157,90 | - | 0,00% |
| 7 | Roberto Madrigal Charpentier | 29,50 | 14,58% | 115,45 | 36,00 | 31,18% |
| 8 | Jorge Dimas Ramírez Boza | 74,50 | 36,81% | 74,85 | 43,00 | 57,45% |
| 9 | Franklin Rechnitzer | 32,00 | 15,81% | 141,95 | 17,00 | 11,98% |
| 10 | Manrique Córdoba Quirós | 45,67 | 22,56% | 95,43 | 21,30 | 22,32% |
| 11 | Randall Ulate Piedra | 14,75 | 7,29% | 128,20 | 43,30 | 33,78% |
| 12 | Patricia Mora Lagos | 36,00 | 17,79% | 166,40 | - | 0,00% |
| 13 | Claire Riddell | 20,58 | 10,17% | 119,07 | 9,00 | 7,56% |
| | TOTAL | 481,50 | 19,06% | 1274 | 430,35 | 33,78% |

Fuente: Jefatura de Registros y Estadísticas en Salud y la Unidad de Recursos Humanos de la Clínica Oftalmológica. *Total de horas contratadas. ** Horas en actividades no médicas. *** Total de actividades médicas

De la tabla anterior, caben los siguientes comentarios:

- Se obtuvo que, de 13 especialistas, solamente el 30 % de ellos, es decir, cuatro oftalmólogos superaron el 50 % del tiempo disponible contratado para cirugía.
- Los restantes nueve galenos, muestran porcentajes de utilización en su jornada contratada inferiores al 50 %. Esto en rangos que oscilan entre el 0 % al 37 %.
- El Dr. Juan Carlos Gutiérrez superó el 100 % en lo que corresponde a la utilización disponible para cirugía, mientras que, a dos colaboradoras, no se le registró horas utilizadas en ese rubro.
- En lo que respecta a la Consulta Externa, el 85 % de los 13 especialistas superan el 20 %, de utilización del tiempo contratado y los casos de los doctores Adrián Rubinstein Teitelbaum y Randall Ulate Piedra se registra promedios inferiores.

Referente al establecimiento del tiempo destinado, se observó en la Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, en el apartado 7. Definiciones, específicamente en el inciso 7.28) Periodo de habilitación de la agenda, lo siguiente:

*“(...) para las especialidades quirúrgicas el tiempo destinado a la atención de la consulta externa no deberá ser inferior **a un 20 % del tiempo contratado**”. La negrita no corresponde al original.*

Aunado a esto, cabe señalar que, desde el 6 de junio del 2019, mediante oficio GM-AUD-7111-2019, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, indicó:

“(...) la Gerencia Médica a través del proceso de Planificación Institucional, evalúa la programación de metas de las Direcciones de Sede y Hospitales Nacionales y Especializados y de estos últimos, se definió a través de la Dirección de Planificación Institucional, indicadores de Gestión en Salud predefinidos, contenidos en la Matriz de Programación Física, las cuales se contemplan por Servicio y por ejemplo para Cirugía corresponden los siguientes: Número de Egresos; Número de Egresos Cirugía Ambulatoria; Número de camas

- Total de consultas médicas especializadas de Cirugía; Días de Estancia Promedio del Servicio de Cirugía; Índice Ocupacional del Servicio de Cirugía.

Por lo anterior, es responsabilidad de cada director de Hospital y los jefes de Servicio, en la definición de mecanismos de control y seguimiento a la productividad de cada especialidad y definición de indicadores para la toma de decisiones, lo anterior en cumplimiento del artículo 17 de la Ley de Control Interno. (El subrayado es nuestro)

Sobre el particular se consultó a la Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora de la Unidad Técnica de Listas de Espera; quien señalando:

*“Lo recomendable es que se ajuste a la demanda, **en la guía de consulta externa había recomendación al respecto**, y lógico no debería haber actividades administrativas en un alto porcentaje. Lo importante también es que todo el tiempo contratado esté programado”. **La negrita no corresponde al original**”.*

Se le consultó al Dr. Adolfo Rodríguez Cheung, director Médico a.i., si existe a nivel institucional normativa referente a cuánto tiempo en promedio debe durar una operación con determinado diagnóstico; señalado:

“A nivel internacional no está normado cuánto tiene, se le debe asignar o debe tardar un oftalmólogo a nivel internacional en cada paciente según el tipo de diagnóstico. Obviamente, a nivel nacional, tampoco existe.

En promedio mis cirujanos operan de 4 a 5 cataratas cada mañana, de acuerdo con la expertiz que se tiene, influye muchísimo el entrenamiento de las enfermeras, del personal que están trabajando de manera expedita. Nosotros trabajamos a un nivel privado o mejor, por ejemplo, cada sala hace cuatro cataratas mínimo, de retina hace dos, de glaucoma hace tres o cuatro, depende del paciente, también depende de la anestesia, si es tópica, general, inyectable, todo influye, lo importante es que cuando se realiza la orden de internamiento para priorizar.

Es importante es resaltar que, si observo que un oftalmólogo sale temprano de una cirugía, por su habilidad, se le van colocando más pacientes”.

Adicionalmente, se le consultó al Dr. Adolfo Rodríguez Cheung, director Médico a.i., si esa unidad posee un análisis de productividad de los colaboradores, como se realizaba la programación y medición de cumplimiento, así como la frecuencia realizada, durante el 2019 y 2020; señalando:

“Nosotros realizamos un análisis con el compromiso de gestión y en plan presupuesto con el establecimiento de las metas, trabajamos como unidad, pactamos como unidad.

Todos mis colaboradores son excelentes, tienen diferentes habilidades, lo importante para mí como Coordinador de Cirugía es ir detrás de las complicaciones, mi paciente debe quedar bien o perfecto, no menos que eso.

Se trabaja como un equipo, de acuerdo con las habilidades y capacidades que cada uno tenga, así es la distribución de los tiempos. De manera equitativa.

Los tiempos en la Clínica está dividido en medios tiempos, algunos tenemos tiempos completos, en el caso de cirugía, debe terminar a las 11, porque se debe ir a almorzar, hacemos cirugía de acuerdo con eso.

*Por lo que repito, lo más importante son las metas que pactamos con la Gerencia Médica, la atención de emergencias y casos especiales, trabajamos como equipo”. **La negrita no corresponde al original**.*

Considera esta Auditoría que sí bien existe la Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, la cual pretende promover la toma de decisiones de los Directores médicos, en función de reducir los plazos de atención de las listas de espera de consulta externa especializada y procedimientos de consulta externa, lo cierto es que las instancias competentes no han establecido los indicadores o estándares para definir los diferentes tiempos de las diversas actividades de los médicos contratados durante su jornada ordinaria, como por ejemplo las cirugías.

Lo señalado puede generar un impacto en la accesibilidad y oportunidad para la atención de los pacientes que se encuentran en la lista de espera de un procedimiento quirúrgico, por lo que es necesario el establecimiento de mecanismos de control que faciliten la utilización de los recursos disponibles, que permita a la Administración el cumplimiento de las actividades y direccionamiento de acuerdo con los objetivos planeados, con el fin de genera un impacto en la atención de la consulta y lista de espera.

4. SOBRE EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PRODUCCIÓN ESTABLECIDAS EN EL PLAN PRESUPUESTO

Se evidenció que los indicadores del Plan Presupuesto de la Clínica Oftalmológica, presentan cumplimientos superiores al 100 % respecto a lo planificado por esa unidad, como se muestran a continuación:

Tabla 4
Cumplimiento de indicadores
Período 2019

| Actividad | Meta | Programación | Realizado | Cumplimiento |
|--|--------------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| Consulta Externa | Número de Consultas Médicas | 22 060 | 23 222 | 105% |
| | Horas programas Consulta Externa | 5 706 | 7 290,5 | 130% |
| | Número de Altas | 1 360 | 1 717 | 126% |
| Procedimientos quirúrgicos y estudios especiales | Número de procedimientos quirúrgicos | 3 430 | 3 602 | 105% |
| | Números de exámenes especiales | 11 405 | 12 023 | 105% |
| | Número de cirugías ambulatorias | 4 420 | 4 851 | 110% |

Fuente: Informe estadístico de la Clínica Oftalmológica 2019

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.5.1 sobre la supervisión constante del Sistema de Control Interno señala que:

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

Las Normas Generales Relativas a la Valoración del Riesgo, en el apartado 3.6, dispone:

“El jerarca respectivo, con el apoyo del resto del personal deberá revisar periódicamente los objetivos e introducirles las modificaciones requeridas para que continúen siendo guías claras para la conducción de la institución y proporcionen un sustento oportuno al control interno institucional”.

La Junta Directiva, mediante el artículo 27 de la sesión 8694, del 13 de febrero 2014, dispuso entre otros aspectos el fortalecimiento de los procesos de planificación de la institución, por lo cual las gerencias y sus unidades ejecutoras deben;

*“.. Asegurar, desde su ámbito de acción, el alineamiento de los planes tácticos y planes presupuesto con los objetivos estratégicos y prioridades de la Institución contempladas en el Plan Estratégico Institucional y en los programas institucionales.
Contribuir con el logro de los objetivos y prioridades institucionales, mediante los planes tácticos y planes presupuesto...”.*

Al respecto, la Licda. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, indicó a esta Auditoría sobre el incremento de lo ejecutado versus planificado, señaló:

“Con respecto a las metas de producción, la programación anual fue realizada en base a la jornada ordinaria de 7 a 4. Sin embargo, entramos en el programa de cirugías vespertinas todo el año, lo que indudablemente aumento la producción, en consulta externa, exámenes especiales y cirugía, ya que las jornadas de producción abarcaban una cirugía, tres consultas y una refracción”.

Además, la Licda. Herrera Venegas indicó⁵:

“(...) la producción está separada vespertina con la programación anual, no solamente son cirugías, ya que esto lleva 3 consultas médicas, por lo cual, muchas de las metas superaron el 100%, por lo que es un poco atípico el año 2019 inclusive con el mismo presupuesto, ya que nos inyectaron casi 1000 millones en la partida 2043”.

Considera esta Auditoría, que adicional a lo externado por las autoridades de la Clínica Oftalmológica, también el incremento en el número de consultas médicas se pudo derivar por el aumento de Urgencias referidas de otros centros médicos para cirugía ocular de retina. Referente a la programación de la Consulta Externa, debe considerarse que en setiembre ingresó un oftalmólogo.

⁵ Mediante entrevista del 3 de setiembre 2021.

Asimismo, del análisis de la información aportada por la administración activa se evidencian debilidades en los controles para dar seguimiento a las metas establecidas, que se podrían originar en el nivel de participación e involucramiento de los principales actores en la planificación, uso de indicadores de productividad, capacidad instalada, entre otros, Considerando que estos datos son previos a la llegada del primer caso COVID-19 al país.

Considerando las justificaciones señaladas, lo anterior podría deberse a una inadecuada gestión en el control y seguimiento, así como en la toma de decisiones para programar los cambios en la demanda del centro especializado, otro factor que podría considerarse un tema de actualización de los registros en cuanto a la planificación.

Si bien es cierto en el año 2019 se dio un eventual crecimiento exponencial de la demanda de los servicios, no se observa que la administración haya hecho los ajustes en su plan anual operativo, con el objeto de variar los indicadores de las metas, lo cual podría incidir negativamente en la asignación de recursos para el siguiente año, en cuanto a la prestación de los servicios de salud que brinda este centro especializado.

5. SOBRE EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA.

Se determinó que el Manual de Organización “Diseño Organizacional de la Clínica Oftalmológica⁶” se encuentra desactualizado, a pesar de que existe una nueva propuesta del año 2020, no ha sido sometido a aprobación de Junta Directiva.

Esta Auditoría consultó a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica de la Clínica Oftalmológica si la estructura organizativa y funcional actual, apoyaba efectivamente el logro de los objetivos institucionales; señalando:

“No la actual. La Clínica ha evolucionado-crecido y la estructura actual nos tiene “frenados”, por lo tanto, se tiene una propuesta de modificación del Manual, en su momento, por ejemplo, pertenecíamos a la Red de Servicios, actualmente pertenecemos a la Dirección de Centros Especializados, es importante indicar que la razón de ser de la Clínica no se ha modificado, sí la gestión que se realiza. Pese a que el manual no está actualizado a lo interno se ha realizado coordinaciones de trabajo”.

Con respecto, a la propuesta “Manual de Organización del Centro Nacional de Oftalmología, versión 2.0”, apartado 6. Alineamiento Estructural de esa propuesta, se especifica que surge como parte de los procesos de modernización, así como la necesidad de alinear la estructura organizacional a las estrategias institucionales vigentes, la racionalización de los costos administrativos, la satisfacción de las necesidades de los usuarios y lograr la sostenibilidad de la institución, desglosando los siguientes ajustes organizacionales:

⁶ Emitido en el 2002.

- “Modificar la nomenclatura por Centro Nacional de Oftalmología.
- Suprimir a la unidad Investigación y Docencia como unidad organizativa formal y ubicarlo como actividad sustantiva de la Dirección, por cuanto no se ha desarrollado como unidad organizacional y no ha contado con personal a tiempo completo.
- Crear el Servicio de Enfermería en el Centro Nacional de Oftalmología como unidad formal.
- Conformar el Servicio de Registros de Salud como unidad organizacional formal.
- Modificar la nomenclatura de Atención Ambulatoria por Servicio de Atención Oftalmológica Especializada.
- Suprimir Cirugía y Consulta Externa Especializada, como unidades organizacionales formales y constituirse como actividades sustantivas del Servicio Atención Oftalmológica Especializada”.

La Ley General de Control Interno en el Artículo 13, en el inciso a) señala que es responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados: “Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establece que:

4.2 Requisitos de las actividades de control e. Documentación. Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación.

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.”

Con respecto a la presentación del Manual de Organización de la Clínica Oftalmológica ante la Junta Directiva, mediante oficio GM-13101-2020, del 28 de setiembre de 2020, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, informó al Lic. Jorge Sequeira Durán, jefe del Área de Estructuras Organizacionales de la Dirección de Sistemas Administrativos, que procederá a solicitar el espacio pertinente, considerando las situaciones de pandemia, se ha priorizado temas urgentes relacionados al COVID-19.

El 8 de enero de 2021, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, mediante oficio GM-0307-2021, informó a la Dra. Marisela Salas Vargas, Directora Médica de la Clínica Oftalmológica, que, desde el 17 de noviembre de 2020, con oficio GM-15216-2020, solicitó al Dr. Julio Calderón Serrano, Director Centro de Centros Especializados, realizar una presentación en los formatos oficiales del “Manual Organizacional del Centro Nacional de Oftalmología”, con la finalidad de ser revisados por ese nivel gerencial para presentarlos a Junta Directiva, sin embargo, no se había recibido respuesta a esa solicitud.

Si bien la actualización de un Manual de Organización conlleva una serie de revisiones, con la finalidad de que se adecue a las necesidades planteadas, lo cierto es que este proceso de revisión no debería trascender en el tiempo, porque surge de una necesidad que debe solventarse, como en este caso de su ámbito de acción, competencias, funciones, perfiles de puestos, entre otros.

La situación descrita, genera un vacío a nivel de estructura organizacional, pudiendo tener un efecto en la prestación de servicios que brinda una unidad especializada en la institución, considerando que el anterior Manual de Organización es de hace 20 años, así como los nuevos requerimientos a nivel estructural, recursos y de funcionamiento surge la necesidad de acelerar este proceso de actualización del marco normativo.

6. SOBRE EL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Se determinó que la Clínica Oftalmológica desde finales del 2019, no dispone del permiso sanitario de funcionamiento que otorga el Ministerio de Salud a los establecimientos industriales, comerciales y de servicios.

Lo anterior por cuanto las instalaciones del centro no cumplen con las nuevas disposiciones del Código eléctrico, requisito indispensable para el aval del ente rector en salud.

La MSc. Aracelly Herrera Venegas, directora Administrativa Financiera de la Clínica Oftalmológica, proporcionó a esta auditoría la siguiente documentación:

- En oficio DMI-3995-2019, del 21 de noviembre de 2019, el Ing. Rony Gerardo Ruiz Jiménez, jefe a.i. del Área de Mantenimiento de Infraestructura y Equipos Industriales, informó a la MSc. Aracelly Herrera Venegas, que le resultaba imposible colaborar con la valoración total de las instalaciones eléctrica y ramales, por cuanto solamente disponen de un profesional en ingeniería eléctrica y ante la atención de compromisos, supera la capacidad resolutive.

- El Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Centros Especializados y la Dra. Marisela Salas Vargas, Directora Médica de la Clínica Oftalmológica, mediante oficio GM- DICE- 306- 2020 CLOF-DM-705-5-2020, del 26 de marzo de 2020, solicitaron a la Dra. Pamela Ruiz Guevara, Directora Área de Salud Carmen Merced Uruca y a la Dra. Leandra Madrigal, que ante la imposibilidad de cumplir con el requisito de una certificación eléctrica aprobada, se analice otorgar un permiso temporal por 18 meses más, hasta que la institución pueda ejecutar la licitación 2019LA-000002-3107, y se pueda corregir las deficiencias en la instalación eléctrica.
- El 7 de mayo de 2020, mediante oficio DMI-1525-2020, el Ing. Marvin Herrera Cairol, Director de Mantenimiento Institucional, informó al Dr. Julio Calderón Serrano, Director Centros Especializados, que según la programación del Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnología 2018-2022, se promueve el concurso 2019LA-000002-3107 “Precalificación para varios concursos para la contratación de servicios para la renovación de las instalaciones eléctricas de los edificios de la Caja Costarricense de Seguro Social”, orientado hacia la rehabilitación de las instalaciones eléctricas de las unidades en el ámbito institucional, siendo que a través de esa licitación se vendría a solventar gradualmente las necesidades de esa unidad en el tema eléctrico.

Al respecto, sobre la ausencia del permiso de funcionamiento la MSc. Aracelly Herrera Venegas, directora Administrativa Financiera de la Clínica Oftalmológica; señaló:

“Con respecto al permiso de funcionamiento, no lo tenemos, porque no disponemos de la certificación eléctrica, requisito que solicita el Ministerio de Salud. Hemos solicitado un permiso temporal, debido a que es un problema institucional de varias unidades de la Caja, y que la Dirección de Mantenimiento Institucional está gestionando una compra para que se realice primero un diagnóstico de la situación eléctrica y posterior montar una compra directa para las reparaciones.”

Nosotros siempre hemos tenido permiso de funcionamiento, lo que pasa que la ley estableció un certificado de la instalación eléctrica a partir del año 2018 que ninguna unidad lo tiene. Lo primero que hizo la institución fue montar una licitación para que todas las unidades empiecen con el diagnóstico. En estos momentos estamos con la ingeniera revisando cuales de los puntos que tiene la licitación se van a aplicar en la clínica. Esperamos iniciar con el diagnostico el próximo mes, después de esto corresponde realizar las reparaciones indicadas. Hasta que no tengamos la reparación no obtendremos la certificación eléctrica y por ende el permiso de funcionamiento. Como le indique en la explicación anterior solicitamos un permiso temporal, pero nos lo denegaron porque manifestaron que nos dieron tiempo, sin embargo, la licitación no había salido, y aunque solicite nos ayudaran en forma individual, la respuesta a nivel de la Dirección de Mantenimiento fue que no se podía hacer porque estaban en proceso de adjudicación del cartel.”

Los permisos los otorgan por 5 años y el de nosotros se venció en el año 2019, nos dieron uno temporal por un año, pero no fue posible cumplir con la certificación, presentamos una que manifestaba que estaba parcialmente y no fue aceptada”. El subrayado es nuestro.

Sobre este permiso de funcionamiento, la Ley General de Salud establece en el artículo 73, establece:

“Del mismo modo el permiso de funcionamiento de los establecimientos en que se hagan trasplantes de órganos vitales se concederá por el Ministerio, una vez que se compruebe que éste dispone de las instalaciones y equipos necesarios, y que se haya presentado declaración de los profesionales especializados que tendrán la responsabilidad técnica de tales operaciones”.

El Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, establece en el Capítulo I, artículo 2 - Definiciones y abreviaturas:

“25. Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF): Documento que emite el Ministerio de Salud como requisito previo para que un establecimiento en una ubicación determinada pueda operar, en cumplimiento de la legislación vigente que previene el impacto que los establecimientos puedan generar sobre el ambiente y la salud pública durante su funcionamiento.

26. Permiso Sanitario de Funcionamiento Provisional: Documento que emite el Ministerio de Salud a un permisionario, por un tiempo definido y condicionado a la presentación de un cronograma de ejecución de las acciones correctivas, con el fin de que el establecimiento en forma controlada llegue a cumplir todos los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud, siempre que esto no represente un riesgo inminente para la salud de los trabajadores, de terceros o del ambiente”.

Esta Auditoría considera que la ausencia del permiso de funcionamiento otorgado por el por el Ministerio de Salud, obedece a que las acciones ejecutadas por la administración activa no han sido eficientes, debido a que desde el 2012 se efectuaron los cambios en la normativa técnica sobre el código eléctrico en Costa Rica, mientras que el vencimiento del anterior permiso se dio en el 2019, es decir, se tuvo un tiempo de aproximadamente siete años para identificar y ajustar los aspectos en esa infraestructura.

Si bien es cierto la ausencia del permiso de funcionamiento, se constituye por si solo en un incumplimiento a las disposiciones normativas, existe un riesgo en cuanto a la identificación y tratamiento de las áreas críticas del sistema eléctrico, que podrían provocar desde conatos de incendios, daños en los equipos hasta la continuidad en la prestación los servicios especializados brindados por este centro. Además, podría afectar en cuanto al acaecimiento de un siniestro la aplicación de las respectivas pólizas.

7. SOBRE DEBILIDADES EN EL CONTROL INTERNO EN LA RECEPCIÓN Y DESPACHO DE LENTES EN LA BODEGA DE SALA DE OPERACIONES

Se determinaron debilidades de control interno en la recepción, almacenamiento y despacho de lentes intraoculares, que se almacenan en la bodega de sala de operaciones de la Clínica Oftalmológica.

Del análisis del proceso utilizado por ese centro asistencial en la recepción, custodia y despacho de este artículo se determinó que el Área de Almacenamiento y Distribución -ALDI-, entrega anualmente la totalidad de estos artículos a ese centro especializado, en el caso evaluado para el periodo febrero 2021, se despacharon 2.663 unidades, con un valor aproximado de ₡ 94.970,995,08 (noventa y cuatro millones novecientos setenta mil novecientos noventa y cinco colones con 08/100), los mismos son recibidos por la proveeduría del centro, contra la factura emitida por el almacén.

Una vez realizada la recepción por parte de la proveeduría, estos son despachados en su totalidad mediante una solicitud de mercaderías “28”, al servicio de Sala de Operaciones, es decir, se registra el gasto del insumo en una sola operación.

Lo anterior, en contraposición a lo dispuesto en el marco regulatorio, que indica que estos insumos deben quedar bajo la administración y custodia de la proveeduría, y que su gasto se debe ejecutar conforme al uso y necesidades del servicio usuario.

Esta Auditoría adicionalmente procedió a realizar un análisis sobre los mecanismos de control interno utilizados por ese servicio “sala de operaciones” con las cuales se custodia y despachan estos insumos, de los resultados obtenidos entre otros aspectos se observó:

- Las transacciones de entradas y salidas de los insumos no son registradas en un auxiliar, con el objeto de dejar trazabilidad del movimiento de éstos.
- Boletas de registro de lentes intraoculares desactualizados con respecto a las cantidades existentes.
- Las condiciones de almacenaje no son las óptimas – apropiadas-, debido a que se observan insumos en el piso, hacinamiento, poco espacio físico, con el objeto de preservar, mercaderías en estantes a una altura superior a la recomendada, sin rotulación, entre otros aspectos. (ver anexo 2)
- Libre acceso a la bodega por personal ajeno a la actividad de custodia de insumos.
- No se documentó la ejecución de inventarios sorpresivos o de rutina a los lentes custodiados en sala de operaciones.
- No se dispone de un mecanismo de control que permita en tiempo real la trazabilidad en el uso de los lentes, es decir, no se puede determinar de forma razonable el lente que se utilizó en determinado paciente.

El modelo de funcionamiento y Organización del área de Gestión de Bienes y Servicios en los Establecimientos de Salud, en su subpunto 9.1, sobre el sub proceso de Almacenamiento y Distribución indica:

“(..). Es responsable de la recepción. El almacenamiento, la custodia, el control y la distribución de materiales, insumos y equipos. Coordina con los responsables de los Subprocesos de Planificación, de Contratación Administrativa y demás unidades y servicios, con el fin de que el abastecimiento se realice en forma programada, con base en las normas y procedimientos, según las necesidades operativas de la organización (...).”

La Ley General de Control Interno, establece en el artículo 8:

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

“a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el punto 4.5.1 “Supervisión Constante” establece:

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

En la misma Norma en el punto 4.6 “Cumplimiento del Ordenamiento Jurídico y Técnico” dispone:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes. Las actividades de control respectivas deben actuar como motivadoras del cumplimiento, prevenir la ocurrencia de eventuales desviaciones, y en caso de que éstas ocurran, emprender las medidas correspondientes (...).”

Sobre la situación evidenciada a nivel de bodega de la Sala de Operaciones, la MSc. Gabriela Vargas Cabalceta, colaboradora asignada a ese proceso, mediante oficio sin número del 9 de febrero del 2021, informó a la MSc. Yorleni Espinoza Solano, Coordinadora de Sala de Operaciones, lo siguiente:

“(..). Cabe destacar que el servicio no me fue entregado por ningún funcionario, ya que el encargado se encuentra fuera de la Clínica. Por lo cual, el documento de las boletas de registro está desactualizados con respecto a las cantidades existentes, así como a la ausencia de muchas boletas de control. Los registros digitales, también se encuentran desactualizados (...).”

*A la vez, hago la aclaración que **a este servicio entra y sale regularmente la mayoría del personal del área quirúrgica incluyendo el personal médico**, por lo que en ningún momento asumiré la responsabilidad de cualquier insumo, medicamento o artículo que se desaparezca de la misma y diariamente, **las cantidades de insumos no coinciden de un día para otro**, a nadie le gusta asumir la responsabilidad de rebajar de las tarjetas lo que toman en la ausencia de uno". La negrita es nuestra."*

La situación evidenciada, ha sido señalada por el Dr. Linberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería de la Clínica Oftalmológica, desde el 2018, observándose los siguientes oficios:

- El 14 de febrero de 2018, mediante CLOF-E-1161-2018, el Dr. Linberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería informó a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica y a la MSc. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, que el área de almacenamiento y medicamentos de la SOP, se encuentran insumos sin las medidas de seguridad y resguardo requeridas por la farmacia.
- Mediante oficio CLOF-E-45-1-2019, del 17 de enero de 2019, el Dr. Linberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería, indicó a la MSc. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la CLOF:
*"Por lo tanto, con base a:
El informe de Auditoría ASS-81-2017.
Los aspectos mencionados de la Ley de Control Interno.
Los justificantes expuestos en el oficio CLOF-ESOP-03-02-18, suscrito por la Jefatura de Enfermería de SOP referente a la custodia, almacenamiento y distribución de insumos de la bodega de SOP.
La valoración del riesgo que implica el tener una bodega abierta y las posibles implicaciones legales y administrativas que esto generaría a corto plazo.
Disponibilidad del insumo idóneo y de forma oportuna." El subrayado es nuestro.*
- El 19 de febrero de 2019, mediante CLOF-E-220-2-2019, el Dr. Linberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería informó a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica y a la MSc. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, la necesidad de contar con un funcionario a tiempo completo en la bodega de SOP, ya que con el volumen de cirugías que se realizan a diario tanto en el tiempo ordinario como en la vespertina es sumamente difícil de controlar el gasto y llevar el inventario adecuado sin personal destacado para este fin.
- Mediante oficios CLOF-E-139-1-2020, el 27 de enero de 2020, CLOF-E-141-1-2020, del 28 de enero de 2020, CLOF-E-1596-12-2020, del 24 de diciembre de 2020, el Dr. Linberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería reiteró a la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica y a la MSc. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, lo señalado en los oficios previos.

El 8 de febrero de 2021, con oficio sin número, la MSc. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, informó al Dr. Lindeberg Menocal Moya, Jefatura de Enfermería, que la solicitud de contar con un funcionario en la bodega de enfermería, no se encuentra dentro de las posibilidades de la Administración, ante la ausencia de recurso humano disponible.

Del análisis de lo acaecido, se evidencia que la génesis de las debilidades detectadas por este Órgano de Control, obedecen a que se ejecuta un despacho total de los lentes a sala de operaciones, siendo lo correcto su almacenamiento y distribución por parte del área de almacenamiento de ese centro asistencial, además no se evidencia un análisis de los riesgos asociados en mantener estos insumos en las condiciones supracitadas. Por otra parte, los controles establecidos en el servicio de sala de operaciones no son suficientes y competentes que permitan garantizar de forma razonable el uso de estos insumos.

Las condiciones citadas por esta auditoría podrían generar eventuales pérdidas económicas por el eventual deterioro, pérdida o uso irregular o inadecuado de estos insumos especializados, considerando que para el periodo analizado el valor de estos lentes asciende a ¢ 94.970.995.08 (noventa y cuatro millones novecientos setenta mil novecientos noventa y cinco colones con 08 céntimos). Aunado a lo anterior, las conductas observadas en ese centro asistencial en el manejo de estos insumos debilitan el sistema de control interno, debido a que se compromete el cumplimiento de las disposiciones normativas relacionadas al tema, así como la protección del patrimonio institucional y el uso eficiente de los recursos.

8. SOBRE LA UBICACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE SALUD.

Se evidenció que los expedientes físicos de los pacientes se encuentran almacenados en los pasillos, consultorios y sitios de la Clínica Oftalmológica, que no garantizan su debido resguardo, integridad y confidencialidad de la información de salud, tal y como se puede observar en las Imágenes 1, 2 y 3.

Imágenes 1, 2 y 3 Expedientes físicos de pacientes.



Imagen 1. Expedientes en los pasillo



Imagen 2. Expedientes en la oficina de REMES



Imagen 3. Expedientes físicos, continuo al acceso del servicio sanitario público

En este sentido, la Ley General de Salud, establece en su SECCIÓN II- “De los deberes de las personas que operan establecimientos dedicados a la atención médica y de las restricciones a que quedan sujetas tales actividades, específicamente en el artículo 70”, lo siguiente:

“Todo establecimiento de atención médica deberá reunir los requisitos que dispongan las normas generales que el Poder Ejecutivo dicte para cada categoría de éstos en especial, normas técnicas de trabajo y organización; tipo de personal necesario; planta física, instalaciones; equipos; sistemas de saneamiento y de eliminación de residuos y otras especiales que procedan atendiendo a la naturaleza y magnitud de la operación del establecimiento”.

El Decreto 8239, Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, cita en su ARTÍCULO 2.- Derechos Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

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

El Manual de Políticas para la Administración del Archivo Institucional, en su apartado 8.2.2 Políticas de Conservación y Mantenimiento indica:

“Se dispondrá de las condiciones de infraestructura requeridas, el control de factores físicos, químicos y biológicos y las medidas de seguridad pertinentes para salvaguardar la existencia e integridad de los documentos”.

De conformidad con la documentación aportada por la administración activa, se registran las siguientes acciones relacionadas con el tema:

- El 15 de enero de 2017, mediante oficio CLOF-ADM-1788-1-2018, la Dra. Marisela Salas Vargas, directora Médica de la Clínica Oftalmológica, solicitó al Lic. Ronald Ávila Jiménez, director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería, lo siguiente:

“La Clínica Oftalmológica tiene 10 consultorios, de los cuales 5 están siendo ocupados por el archivo clínico, la jefatura de Registros Médicos y dos consultorios están ocupados como bodegas de proveeduría y un consultorio como oficina de mantenimiento.

Se tiene ya incluido en el proyecto de inversiones, la ampliación del edificio de la Clínica Oftalmológica, sin embargo, no se tiene definido por parte de las autoridades superiores, la fecha de inicio del proyecto, y es necesario que estos consultorios puedan empezar a funcionar como tales, debido a la alta demanda en los servicios de la Clínica (...).

Ya solicitamos ante la comisión del Gasto el aval para el alquiler de un edificio y así poder trasladar las bodegas de la proveeduría, la bodega de mantenimiento y los archivos pasivos, sin embargo, la respuesta que recibimos de su parte en oficio No. 4.045-17, fue que se emita un Estudio Técnico, elaborado por parte de un Ingeniero o Arquitecto, en el cual se indique el área mínima que se requiere para operar, según las necesidades, la cantidad de personal a reubicar y los servicios a trasladar". El subrayado es nuestro.

- En oficio No. 4.045-17 del 22 de noviembre de 2017, el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y Coordinador de la Comisión Control del Gasto en Contratación, solicitó a la MSc- Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica, lo siguiente:

"1. Remitir el estudio técnico elaborado por el Ingeniero y/o Arquitecto, según corresponda a ese centro de salud, (...).

2. Enviar estudio técnico de mercado de posibles locales a ser arrendados, (...)"

- *Análisis Técnico de Áreas Mínimas de Operación en la Proveeduría, Mantenimiento y Archivo Pasivo de la Clínica Oftalmológica⁷, Uruca, San José.*

"5) Levantamiento de la información:

(...) Consulta Externa: En este servicio, en la zona de atención a pacientes se encuentran varios consultorios que se están utilizando como bodega de insumos de Proveeduría, Enfermería, Ropería, almacenaje de Archivos Clínicos. (...)

Observaciones: En la figura 23 se puede apreciar estantería con archivos clínicos en pleno acceso al Servicio Sanitario Público de Mujeres, situación que no se recomienda en especial porque dificulta el acceso a los pacientes en silla de ruedas, muletas, bastón o adulto mayor asistido".

Aunado a esto, se tiene conocimiento que la Gerencia Médica, brindó el visto bueno para el desarrollo del proyecto presentado por la Dirección de Centros Especializados, referente a la ampliación de la Clínica Oftalmológica y el mismo fue trasladado a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, para la definición de su nivel de priorización e incluirlo en el Portafolio de Proyectos Institucionales.

Esta Auditoría, verificó en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, 2021-2030, y se evidenció que está incorporado el proyecto de Remodelación y Ampliación Clínica Oftalmológica, código CCSS-1066, para el 2021 su estado actual es en diseño, se tiene programado para el 2022 iniciar la licitación y finalizar el proyecto en el 2024.

⁷ 20 de marzo de 2018.

En este sentido, este Órgano de Fiscalización y Control, consultó a la Licda. Aracelly Herrera Venegas, Administradora de la Clínica Oftalmológica sobre la actualización del avance de este Proyecto o el proceso de arrendar un sitio para solventar la necesidad de espacio, a lo que indicó⁸:

“Con el tema del alquiler, a nosotros nos estaba ayudando la DAI ya que hay todo un procedimiento para alquilar, nosotros no tenemos un ingeniero de planta, pero este año yo no seguí porque no teníamos presupuesto, ya teníamos 3 edificios que iba a analizar la arquitecta (...).”

La ausencia de espacio para ubicar una zona exclusiva para archivar expedientes físicos, ha provocado que se tengan que ocupar consultorios pertenecientes a la consulta externa, así como los pasillos para ubicarlos, situación que se origina porque no se ha modificado la capacidad física de las instalaciones, a pesar de que la oferta de servicios y volumen se ha incrementado; aspectos señalados previamente por esta Auditoría en los informes ASS-284-2013 “Estudio sobre la Gestión de la consulta externa en la Clínica Oftalmológica” y ASS-81-2017 “Estudio integral de la Clínica Oftalmológica. U.E. 2802 Dirección de Centros Especializados, Gerencia Médica U.E. 2901”.

Considera esta Auditoría que la ubicación de estos expedientes físicos de los pacientes de la Clínica Oftalmológica imposibilita garantizar la confidencialidad e integridad de la información que estos contienen, por cuanto están expuestos continuamente a la manipulación, hurto y deterioro; pudiendo generar implicaciones legales para la institución.

CONCLUSIONES

La Clínica Oftalmológica en la Caja Costarricense de Seguro Social tiene como propósito otorgar a los usuarios, servicios altamente especializados y complejos en el campo de la oftalmología (retina, vítreo, cataratas complejas, glaucoma, entre otros), con el propósito de ofrecer a la población mayor capacidad de respuesta en la atención de patologías oculares complejas en el ámbito nacional⁹.

Los resultados del estudio permitieron determinar que la Dirección de Centros Especializados, han tenido una participación limitada en lo que corresponde a la orientación de las actividades y cumplimiento de las metas de la Clínica Oftalmológica.

Otro aspecto que debe considerarse es que la actual estructura organizacional de la Clínica Oftalmológica posee 20 años, lo que ha generado la necesidad de elaborar una propuesta de un nuevo Manual de Organización, el cual vendría ajustarse a las necesidades actuales de la unidad y la institución, sin embargo, a pesar de que posee el aval de la Gerencia Médica desde el 2020, aún no ha sido sometido para revisión y aprobación de la Junta Directiva.

⁸ Mediante entrevista del 3 de setiembre 2021.

⁹ Manual de Organización de la Clínica Oftalmología 2002

Es de interés por parte de Auditoría, evidenciar la necesidad de que la institución defina un estándar en relación con los tiempos destinados para las actividades no médicas, médicas y asistenciales, que permitan identificar aspectos de mejora para la utilización y aprovechamiento del horario contratado de los especialistas en oftalmología.

Cabe señalar que la creación de la Clínica Oftalmológica tuvo como finalidad tener un centro especializado para las patologías complejas a nivel oftalmológico, sin embargo, esta unidad ha asumido funciones de apoyo a la red de servicios de oftalmología a nivel nacional, generando que los servicios demandados superen la capacidad actual y, por consiguiente, el riesgo de atención inoportuna a patologías de casos complejos.

Es criterio de esta Auditoría, la necesidad de fortalecer la medición de la producción de los especialistas en oftalmología, por cuanto los indicadores aportados por la Clínica Oftalmológica muestran porcentajes de aprovechamiento que pueden mejorarse, por consiguiente, el cumplimiento de los objetivos planteados, así como la rendición de cuentas por parte de las autorizadas de ese centro especializado.

En términos generales, se considera que los titulares de la Dirección de Centros Especializados y la Clínica Oftalmológica, no han adoptado acciones para fortalecer las actividades de la gestión y administración de la clínica, por lo que las acciones desplegadas en ese centro especializado en cuanto al sistema de control interno en el manejo de los recursos asignados no ofrece una garantía razonable que se esté efectuando un eficiente uso de éstos, por lo cual se hace necesario emprender acciones inmediatas para solventar la situación a fin de optimizar el otorgamiento de servicios de salud que se le brindan a los pacientes.

RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, O QUIEN OCUPE SU CARGO.

1. Proceda a realizar las gestiones correspondientes para que la propuesta del Manual de Organización de la Clínica Oftalmológica sea presentada ante la Gerencia General para su respectivo conocimiento y aprobación, para que posteriormente sea elevada ante la Junta Directiva, de acuerdo con lo evidenciado en el hallazgo 5.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 6 meses**, la documentación pertinente donde conste la presentación del Manual de Organización de la Clínica Oftalmológica ante la Gerencia General.

2. De conformidad con el hallazgo 6 sobre el permiso de funcionamiento de la Clínica Oftalmológica, solicitar a las autoridades del Ministerio de Salud una prórroga general para las unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social que incumplen este requisito, mientras se le brinda celeridad al proceso de contratación que se está realizando.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 6 meses**, la documentación donde se acrediten las acciones efectuadas.

AL DR. JULIO CALDERÓN SERRANO, DIRECTOR DE CENTROS ESPECIALIZADOS, O A QUIÉN OCUPA SU CARGO.

3. En virtud de que los resultados del estudio, y conforme a las actividades técnicas establecidas en el apartado de la estructura por productos y procesos de la Dirección de Centros Especializados del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y la Elaboración de los Manuales de Organización Específicos de las Direcciones Adscritas, evidencian que los procesos que desarrolla la Clínica Oftalmológica deben fortalecerse, se realice la actualización y seguimiento de la ficha del Portafolio de Riesgos, correspondiente a la Clínica Oftalmológica, con el fin de que se establezcan los indicadores, parámetros de control, supervisión y evaluación que permitan monitorear y brindar seguimiento a la especialidad de Oftalmología, de conformidad con lo establecido en los hallazgos 1 y 3 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 6 meses**, la documentación donde conste la actualización y seguimiento de la ficha del Portafolio de Riesgos de la Clínica Oftalmológica, donde se evidencie los mecanismos de control que permitan brindar el seguimiento y monitoreo de las actividades especializadas que desarrolla ese centro especializado.

A LA DRA. MARISELA SALAS VARGAS, DIRECTORA MÉDICA DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA O QUIEN OCUPE ESE CARGO.

4. Definir en conjunto con las instancias que correspondan las estrategias necesarias orientadas a la disminución de las listas de espera, estableciendo actividades, plazos y responsables de implementarlas, de conformidad con el hallazgo 2.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 9 meses**, la documentación donde se acredite las acciones que permitan constatar la definición, autorización e implementación de estas estrategias.

5. Referente al hallazgo 7, sobre los lentes intraoculares, se implementen los mecanismos de control que permitan evidenciar la custodia y trazabilidad de estos insumos en las salas de operaciones, con la finalidad de garantizar el resguardo y uso efectivo de estos.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 6 meses**, la documentación donde se acredite el análisis de las causas y las estrategias para optimizar los recursos existentes.

A LA MSC. ARACELLY HERRERA VENEGAS, ADMINISTRADORA DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

6. Referente al hallazgo 4, en conjunto con la Dirección Médica de ese centro especializado, establezca las medidas de control y seguimiento que le permitan analizar el comportamiento de las metas de la Clínica Oftalmológica, con el fin de que se ajusten oportunamente y se garantice el aprovechamiento de los recursos asignados.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 3 meses**, la evidencia documental que permita identificar las medidas de control y seguimiento, así como su implementación.

7. Según lo evidenciado en el hallazgo 7, se realice un levantamiento de inventario, de todos los lentes intraoculares que se encuentran en la sala de operaciones de la Clínica Oftalmológica, para que estos sean trasladados a la proveeduría, así como establecer los mecanismos de control necesarios, que permitan evidenciar la trazabilidad de entrega de la proveeduría a los servicios usuarios del producto, conforme la demanda mensual de éstos, con el objetivo de que se lleve un control real de esos insumos.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, en el **plazo de 3 meses**, se deberá aportar a esta Auditoría, evidencia del inventario realizado, así como los controles establecidos para despacho y resguardo de los lentes intraoculares.

8. Con fundamento en el hallazgo 8, realice las gestiones correspondientes para el archivo de los expedientes de salud de los pacientes, de manera que se garantice su resguardo, confidencialidad y accesibilidad de la información que estos contienen.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a la Auditoría, en el **plazo de 9 meses**, la documentación donde se acredite las acciones efectuadas.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados de la presente evaluación fueron comentados el 5 de octubre 2021, con el Dr. Julio Calderón Serrano, director, Lic. Roger González Chacón, encargado de informes de Auditoría, Dirección de Centros Especializados, el Lic. Jesús Ariel Ibarra González, Lic. Arturo Herrera Barquero, Asistentes de la Gerencia Médica, la Dra. Maricela Salas Vargas, Directora Médica y la Licda. Aracelly Herrera Venegas, Administradora, Clínica Oftalmológica.

A continuación, se indican las observaciones realizadas en torno a los hallazgos y recomendaciones:

Sobre los Hallazgos: No hay observaciones.

Sobre las Recomendaciones:

Recomendación N 1

El Lic. Arturo Herrera, Barquero, Asistente Gerencia Médica, solicita ajustar redacción a efectos que la propuesta de actualización del Manual, se eleve a la Gerencia General para la aprobación correspondiente y posterior por parte de esa instancia se envíe a la Junta Directiva para su aprobación, y el plazo se mantiene.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, y en común acuerdo se ajusta la redacción de la recomendación y se mantiene el plazo de 6 meses.

Recomendación N 2

El Lic. Arturo Herrera Barquero, Asistente Gerencia Médica, solicita ajustar la redacción de la recomendación, y se cambie la palabra negociar por solicitar, estando de acuerdo con el plazo.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, y en común acuerdo justar la redacción de la recomendación, y se cambie la palabra negociar por solicitar, se mantiene el plazo pactado de 6 meses.

Recomendación N 3

El Lic. Arturo Herrera, Barquero, Asistente Gerencia Médica, solicita ajustar la redacción de la recomendación, a efectos de indicar que la Dirección de Centros Especializados, realice la actualización y seguimiento de la ficha correspondiente para la Clínica Oftalmológica del Portafolio de Riesgos, lo que cubriría los aspectos de indicadores y parámetros de control y supervisión, por lo que debe valorarse ese aspecto.

A lo que indica el Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Centros Especializados, que es factible y el plazo está bien.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, y en común acuerdo, se decide ajustar la redacción de la recomendación de manera que oriente la recomendación a la actualización y seguimiento de la ficha del Portafolio de Riesgos de la Clínica Oftalmológica, manteniendo el plazo de 6 meses.

Recomendación N 4

La Dra. Marisela Salas Vargas, solicita ampliación del plazo a 9 meses.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, y en común acuerdo, se decide ampliar el plazo a 9 meses.

Recomendación N 5

No se tienen observaciones para esta recomendación.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, y en común acuerdo, se decide ampliar el plazo a 6 meses para el cumplimiento de la recomendación.

Recomendación N 6

El Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Centros Especializados, sugiere que esta recomendación se realice en conjunto con la Dirección Médica, a lo que la Dra. Maricela Salas Vargas y la Licda. Aracelly Herrera Venegas estuvieron de acuerdo, además del plazo de 3 meses.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, se decide ajustar la recomendación de manera que se realice en conjunto con la Dirección Médica de la Clínica Oftalmológica, y se mantiene el plazo acordado de 3 meses.

Recomendación N 7

No se tienen observaciones para esta recomendación.

Auditoría Interna

En razón de que no hay observaciones que refieran la modificación de la recomendación se mantiene invariable.

Recomendación N 8

La Licda. Aracelly Herrera Venegas solicita ampliación de plazo a 6 meses, manifiesta, además, que se le ha complicado mucho el tema para poder alquilar un edificio para poder solventar este tema no ha recibido apoyo por parte de las instancias superiores, además para el recurso humano que necesita en proveeduría.

Auditoría Interna

De conformidad con lo externado anteriormente, se decide ajustar el **plazo acordado a 9 meses.**

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe de Área

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías
Jefe de Subárea

EAM/RJM/lbc

Anexos(2)

1. Documentación relacionada con la gestión efectuada por la Dirección de Centros Especializados en la Clínica Oftalmológica.
2. Boletas de control le lentes intraoculares.

Anexo 1

Cuadro 1. Documentación relacionada con la gestión efectuada por la Dirección de Centros Especializados en la Clínica Oftalmológica.

| DOCUMENTO/OFICIO | TEMA/ASUNTO |
|--|---|
| Consejo de Directores de Centros Especializados, 14-03-2019 | <ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de especialistas debe tramitarse con autorización de la Gerencia Médica. • Respeto a la estructura administrativa • Jornadas de producción. • Capacitaciones. • Compras • Vacaciones profilácticas. • Puntualidad de los directores. • Cumplimiento de horarios. • |
| Consejo de Directores de Centros Especializados, 14-05-2019 | <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo II Trimestre de Ejecución Presupuestaria • Plan de Compras • Evaluación del gasto I Trimestre 2019 • Recursos Humanos |
| Consejo de Directores de Centros Especializados, 11-07-2019 | Monitoreo II Trimestre de Ejecución Presupuestaria |
| Consejo de Directores de Centros Especializados, 26-09-2019 | Utilización TEAMS Resultados del GAT Funciones de los colaboradores de la DICE. |
| Consejo Ampliado de Directores de Centros Especializados, 05-12-2019 | Temas: GAT Manuales de información obsoletos. Necesidad de revisar los perfiles de acuerdo a la estructura. |
| Consejo de Directores de Centros Especializados, 12-02-2020 | Aspectos generales: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento para ocupar plazas en propiedad. • SIPE con el manejo de permisos. • Recordatorio sobre la estructura que tienen los administradores en cada centro. |
| DICE-CA-0661-09-2-2019, 06-09-2019, | Informe de revisión y acompañamiento en la Clínica Oftalmológica expediente administrativo de la compra directa por escasa cuantía No. 2019CD-000010-2802: Adquisición de Aspirador de Flemas |
| 30-09-2019 | Vinculación de Riesgos con Plan Presupuesto |
| Administración de la Continuidad de la Gestión, noviembre 2019 | Plan de Continuidad de la Gestión en Tecnologías de Información, DICE-2019 |
| GM-DICE-0155-03-2020, 06-03-2020, suscrito por el Dr. Julio Calderón Serrano, Director de Centros Especializados | Informe de evaluación de gestión administrativa de la Clínica Oftalmológica. Tema: Control Interno y Recursos Humanos |

| | |
|---|---|
| GM-DICE-0545-2020, 02-10-2020 | Informe de evaluación de gestión administrativa de la Clínica Oftalmológica, I Semestre 2020 |
| Evaluación Plan Presupuesto. Análisis de Logros. I Semestre 2020 | <p>Análisis de Resultados de las Metas establecidas para el seguimiento I semestre año 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEI 1a-PT“Coordinar los procesos administrativos de planeación, seguimiento y control para el cumplimiento de las estrategias y ejes transversales de la Gerencia Médica”. • GL-02 Evaluar y analizar las áreas de Contratación Administrativa, Recurso Humano y Control Interno a los Centros adscritos a la Dirección. • GL-03 Adquirir activos requeridos para la gestión de la Dirección mediante procedimientos de compra. • GL-04 Apoyar y estimular procesos de investigación y desarrollo en los Centros Especializados ante las instancias competentes. • GL-05 Aplicar estudios de productividad de los Centros Especializados para mejoramiento continuo • Aportes al desarrollo: En el año 2019 se ha continuado con la evaluación periódica en la CLOF, específicamente en materia productiva, lo que obedece a una población meta a nivel país, por lo que su funcionamiento resulta indispensable para el usuario final del servicio de salud, con calidad y calidez, condición que obliga a la Dirección de Centros Especializados a evolucionar constantemente en la creación de líneas de seguimiento y control con las herramientas administrativas y capacidad instalada. <p>Análisis de la Ejecución Presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto COVID-19 sobre la gestión integral de la Dirección de Centros Especializados. <p>Otros logros relevantes generados para la atención del COVID-19.</p> |
| Evaluación Plan Presupuesto. Análisis de Logros. II Semestre 2020 | <p>Análisis de Resultados de las Metas establecidas para el seguimiento II semestre año 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEI 1a-PT-06 “Coordinar los procesos administrativos de planeación, seguimiento y control para el cumplimiento de las estrategias y ejes transversales de la Gerencia Médica”: Durante este semestre se han aplicado de evaluaciones y seguimiento a Planes de Mejora en la evaluación del periodo anterior y se ha realizado a partir del estudio especial a la Clínica Oftalmológica, una herramienta de evaluación con indicadores de producción, que obedece a la dinámica de evaluación de esta Dirección. Esta herramienta se ha trabajado con el Centro y ya se ha evaluado el primer trimestre del año. Dentro del ejercicio de ajuste se han planteado mejoras a la herramienta, y se entiende como parte de la dinámica. • GL-02 Evaluar y analizar las áreas de Contratación Administrativa, Recurso Humano y Control Interno a los Centros adscritos a la Dirección. • GL-03 Adquirir activos requeridos para la gestión de la Dirección mediante procedimientos de compra. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> GL-04 Apoyar y estimular procesos de investigación y desarrollo en los Centros Especializados ante las instancias competentes. GI-05 Aplicar estudios de productividad de los Centros Especializados. Aportes al desarrollo <p>Análisis de la Ejecución Presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> Impacto COVID-19 sobre la gestión integral de la Dirección de Centros Especializados. Otros logros relevantes generados para la atención del COVID-19. |
| Evaluación Control Interno 2020, 02-07-2020 | <ul style="list-style-type: none"> Descripción de la actividad: Caja Chica Arqueos Boletas salida de activos Vales de transportes. Equipo Gestor de Riesgos Autoevaluación de la Gestión I Semestre del 2020 |
| Evaluación Control Interno 2020, 11-12-2020 | <ul style="list-style-type: none"> Descripción de la actividad: Caja Chica Arqueos Boletas salida de activos Vales de transportes. Equipo Gestor de Riesgos Autoevaluación de la Gestión I Semestre del 2020 |
| Evaluación Presupuesto 2020, 30-06-2020 | <ul style="list-style-type: none"> Certificaciones presupuestarias. Reservas administrativas y legales. Modificaciones Presupuestarias. Conciliaciones presupuestarias. |
| Evaluación Presupuesto 2020, 09-12-2020 | <ul style="list-style-type: none"> Certificaciones presupuestarias. Reservas administrativas y legales. Modificaciones Presupuestarias. Conciliaciones presupuestarias. |
| Evaluación Recursos Humanos, I Semestre 2020. 30-06-2020 | <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de necesidades formación y capacitación. Informe de control interno de marca |

Fuente: Dirección de Centros Especializados.

Anexo 2.

Imagen 1, 2, 3 y 4. Boletas de control le lentes intraoculares.

Nombre del artículo *Lente Pre-Cargado #19* Código

| Fecha | Solicitud N° | Entrada | Salida | Existencia |
|--------|--------------|---------|--------|------------|
| 12-3 | Prov | 25 | - | 25 |
| 16-3 | SOP | 5 | - | 20 |
| 19-5 | SOP | - | 1 | 19 |
| 29-5 | SOP | - | 5 | 14 |
| 3-6-20 | SOP | - | 5 | 19 |
| 10-6 | Rev | - | - | 14 |
| 12-6 | S2 | - | 1 | 13 |
| 19-6 | SOP | - | 3 | 10 |
| 23-6 | SOP | - | 2 | 8 |
| 24-6 | SOP | - | 2 | 6 |
| 3-7 | Prov | 21 | - | 27 |
| 6-7 | SOP | - | 3 | 24 |

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL CONTROL AUXILIAR DE EXISTENCIAS

Imagen 1. Boleta de control, no se especifica el año ni la cantidad mínima, ni quién lo retira

Lucia 19.0

| Fecha | Solicitud N° | Entrada | Salida | Existencia | Fecha | Solicitud N° | Entrada | Salida | Existencia |
|----------|--------------|---------|--------|------------|---------|--------------|---------|--------|------------|
| 20-8 | SOP | - | 2 | 22 | 7-12 | SOP | - | 2 | 41 |
| 27-8 | SOP | - | 3 | 19 | 9-12 | SOP | - | 5 | 36 |
| 31-8 | Prov | 34 | - | 53 | 18-12 | SOP | - | 5 | 31 |
| 9-9 | SOP | - | 4 | 49 | 29-12 | SOP | - | 2 | 28 |
| 11-9 | SOP | - | 2 | 47 | 7-1-21 | SOP | - | 3 | 25 |
| 23-9 | SOP | - | 4 | 43 | 26-1 | SOP | - | 3 | 23 |
| 2-10 | SOP | - | 3 | 40 | 29-1 | SOP | - | 3 | 20 |
| 9-10 | SOP | - | 2 | 38 | 8-2-21 | Rev | - | - | 19 |
| 19-10 | SOP | - | 2 | 36 | 9-2-21 | SOP | - | 1 | 18 |
| 26-10 | SOP | - | 3 | 33 | 11-2-21 | Imaxen 30 | - | - | 33 |
| 06-11-20 | Prov. | 17uds | - | 50 | 12-2 | Existencia | - | - | 25 |
| 12-11 | YES | - | 1 | 49 | | | | | |
| 13-11-20 | SOPromo | - | 3 | 46 | | | | | |
| 23-11 | SOP | - | 3 | 43 | | | | | |

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL CONTROL AUXILIAR DE EXISTENCIAS

Imagen 2. Boleta de control, no se especifica quién lo retira ni el número de solicitud.

Nombre del artículo *Lente 7.0* U Código

| Fecha | Solicitud N° | Entrada | Salida | Existencia |
|----------|--------------|---------|--------|------------|
| 17/19 | LV | 1 | - | 27 uds |
| 7-7 | Rev | - | - | 2 |
| 21-8 | Prov | 7 | - | 3 |
| 4-11 | Prov | 1 | - | 4 |
| 11/11/20 | DM | - | Salida | 3 |
| 11/11/20 | DMISE | - | Salida | 3 |
| 22-1/21 | Sala 3 | - | 1 | 2 |
| 10-2 | S2 Shir | - | 1 | 1 |

Observaciones: 12/11/20 se devuelve lente 7.0 de sala 3. 3uds

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL CONTROL AUXILIAR DE EXISTENCIAS

Imagen 3. Boleta de control de lentes 7.0

Nombre del artículo *Lente Lucia 18.5* U Código

| Fecha | Solicitud N° | Entrada | Salida | Existencia |
|--------|--------------|---------|--------|------------|
| 8/6/20 | | | | 3 |
| 10-6 | Rev | - | - | 5 |
| 3-7 | Prov | 13 | - | 18 |
| 6-7 | SOP | - | 4 | 14 |
| 29-7 | SOP | - | 2 | 12 |
| 27-8 | SOP | - | 2 | 10 |
| 21-8 | Prov | 26 | - | 36 |
| 21-9 | SOP | - | 4 | 32 |
| 19-10 | SOP | - | 2 | 30 |
| 4-11 | Rev | 20 | - | 50 |
| 16-11 | SOP | - | 4 | 46 |
| 23-11 | SOP | - | 2 | 44 |

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL CONTROL AUXILIAR DE EXISTENCIAS

Imagen 4. Boleta de control lentes 18.5

Imagen 5 y 6. Estado de la bodega



Imagen 5. Cajas de insumos y medicamentos sin ordenar.



Imagen 6. Cajas de insumos y medicamentos