



ASALUD-0043-2023

11 de julio de 2023

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área Auditoría de Salud para el periodo 2023, apartado de actividades programadas, con el propósito de evaluar la detección, tratamiento y regionalización de los trasplantes renales en la región Chorotega.

Los resultados de la evaluación evidencian la necesidad de mejorar y fortalecer las actividades de promoción de la salud, en virtud de la falta de actividades, proyectos, estrategias e implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud en el primer nivel de atención, así como de acciones en prevención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), que coadyuven a la detección y diagnóstico temprano, y por ende al retraso en la progresión del padecimiento. Asimismo, se evidenciaron oportunidades de mejora en las acciones y estrategias para la notificación, investigación, abordaje y seguimiento de los pacientes con ERC.

En el estudio se determinó que al 1º de febrero del 2023, se registraban un total de 385 pacientes en terapia de sustitución renal dialítica en la región Chorotega, que representa un alto costo económico para la Institución; sin embargo, hay usuarios que no tienen la opción de recibir la terapia debido a que no disponen de requisitos como (red de apoyo, apego al tratamiento, la infraestructura de la vivienda es inadecuada, deficientes medidas de higiene y de autocuidado, entre otros), por lo que deben ser intervenidos en los Servicios de Urgencias.

Así mismo, la mayoría de estos pacientes han sido diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, comprometiendo la vida, mientras que las opciones que la Institución brinda están limitadas, siendo trasladados a Cuidados Paliativos, cuando no se logra de manera pronta la colaboración de otras instituciones para mejorar la condición socioeconómica del usuario para que reciba su tratamiento.

Se evidenció que hay diferencias de oportunidad y equidad en los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal en el Hospital la Anexión, por cuanto el área destinada para brindar el servicio no dispone de un segundo turno y no se labora los sábados, siendo que la Unidad de Diálisis del CAIS de Cañas y la Unidad de Terapia Renal del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, atiende en esos horarios y los sábados, lo que amplía la cobertura de atención a los pacientes que reciben la terapia dialítica en las Unidades.

Debido a la incidencia de la enfermedad, se considera necesario llevar a cabo estudios a fin de valorar la regionalización los trasplantes renales con donantes vivos en el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, como estrategia para atender la problemática de lista de espera (dado que en este centro hospitalario se realizan los procedimientos de los receptores inscritos por el Servicio de Nefrología del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño ante el Sistema Nacional de Donación de Órganos de Costa Rica (SINADOC), mejorando de esta manera la calidad de vida de los usuarios que tiene como última opción el trasplante.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

A modo de ejemplo se cita que el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, está gestionando 7 parejas de receptor y donante vivo listos para trasplantar ante el hospital México desde el inicio de la pandemia (año 2020); sin embargo, los trámites realizados han sido infructuosos y los pacientes continúan a la espera de la programación de cirugía en el hospital México.

Es relevante mencionar que por trasplante de órganos y tejidos se entiende como el proceso por el cual se implanta un órgano o tejido sano procedente de un donante vivo o de un donante fallecido, con fines terapéuticos a un paciente previo diagnóstico y tratamiento de su problema de salud. Los pacientes que requieren trasplantes son todos aquellos con enfermedad orgánica terminal, para la cual existe una terapia sustitutiva del órgano mediante el trasplante.

Debido a lo anterior, se emitieron once recomendaciones dirigidas a la Administración Activa, con el objetivo de fortalecer las actividades de promoción de la salud para la prevención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), en virtud del incremento de pacientes que requieren tratamientos de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplantes renales.



ASALUD-0043-2023

11 de julio de 2023

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y REGIONALIZACIÓN DE LOS TRASPLANTES RENALES EN LA REGIÓN CHOROTEGA

GERENCIA MÉDICA U.P. 2901, DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA – 2599

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2023 del Área Auditoría de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión referente a la detección, tratamiento y la posible regionalización de los trasplantes renales en la región Chorotega.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la razonabilidad de la gestión realizada en el primer nivel de atención en la detección de la enfermedad renal.
- Verificar la eficacia del tratamiento que reciben los pacientes diagnosticados con enfermedad renal mediante la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
- Evaluar las necesidades que presentan los pacientes de la Región Chorotega que requieren trasplante renal.

ALCANCE

El alcance del estudio comprendió la evaluación de los procesos de detección en el primer nivel de atención, el seguimiento que se le brinda a los pacientes diagnosticados a través de los programas establecidos para el respectivo abordaje de la enfermedad y el tratamiento brindado a los usuarios que requieren diálisis peritoneal y hemodiálisis. Así mismo, se abordó la posibilidad de regionalizar el tratamiento en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño. El periodo de estudio es del 2020 al 2023.

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

METODOLOGÍA

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

- Análisis de información solicitada a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y a las Áreas de Salud de Cañas, Carrillo y Nicoya para verificar las gestiones realizadas en cuanto a la prevención y promoción de la salud en la enfermedad renal.
- Análisis de información solicitada a los Hospitales: Dr. Enrique Baltodano Briceño, La Anexión y Upala, para verificar el tratamiento y seguimiento que reciben los pacientes.
- Análisis de la información suministrada por la Comisión Nacional Interinstitucional de Nefropatía Mesoamericana, Comisión Regional Chorotega Interinstitucional de Nefropatía Mesoamericana y Comisión Regional Chorotega para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica.
- Cuestionario aplicado a pacientes con enfermedades renales, con el propósito de conocer la atención brindada por la institución desde la detección y el tratamiento que reciben.
- Visitas realizadas el 23, 24 y 27 de enero del 2023 al Módulo de Diálisis Peritoneal del Área de Salud Cañas, a la Unidad de Terapia Renal del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y al Hospital de Día – Área de Diálisis Peritoneal del Hospital La Anexión.
- Solicitud de información a los jefes de Laboratorio Clínico de las áreas de salud de Cañas, Bagaces, Carrillo y Santa Cruz.
- Visita y solicitud de información a las empresas privadas Aquafoods (Cañas), Grupo Pelón (Liberia) y Azucarera El Viejo (Carrillo).

Entrevista a los siguientes funcionarios Institucionales:

- Dr. Armando Umaña Tabash, director médico del Área de Salud Cañas.
- Dra. Jazzel Murillo Solano, Coordinadora del Módulo de Diálisis Peritoneal del Área de Salud Cañas.
- Dr. Luis Carlos Villalobos Monestel, director médico del Área de Salud Nicoya.
- Dra. Eva Camargo Batista, directora Médica del Área de Salud Carrillo.
- Dr. Warner Picado Camareno, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega.
- Dr. Anner Angulo Leiva, director general del Hospital La Anexión.
- Dr. Angel Andrés Ávila Barboza, director general del Hospital de Upala.
- Dr. Marvin Palma Lostalo, director general del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
- Dra. Yessenia Vílchez Pizarro, Supervisora de Enfermería del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

- Dra. Marta Avellán Boza, Nefróloga del Servicio de Nefrología del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
- Dra. Joselyn Fonseca Aragón, Encargada del Área de Diálisis Peritoneal - Hospital de Día en el Hospital La Anexión.
- Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Coordinador Institucional del Programa de Donación y Trasplantes de Tejidos y Células.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Ley General de Salud, 5395.
- Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos y su Reglamento, 9222.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales, No. 1743-SPPS.
- Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor.
- Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1996.
- Decreto 39709-S referente a Zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica.
- Decreto 41304-S Norma para la habilitación de Servicios de Hemodiálisis, 2018.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, 2021.
- Manual de Organización de las Áreas de Salud, 2002.
- Protocolo Nacional de Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica No Tradicional.
- Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.
- Informe de Resultados sobre los Factores Asociados a Enfermedad Renal Crónica en la Región Chorotega, 2014.
- Lineamiento Técnico: Atención de la persona con sospecha de Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, Código: LT.GM.DDSS-SAVEAIP-200421.

ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR

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

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

ANTECEDENTES

La Enfermedad Renal Crónica es un término general que se utiliza para denominar un conjunto de desórdenes que afectan la estructura y o función del riñón, con alguna implicación en la salud del paciente. Debe tener una duración de ≥ 3 meses de alteraciones funcionales o estructurales del riñón, manifestadas por histología, imagen o alteración de laboratorio (sangre u orina), con o sin estimación de la TFG alterada. O pacientes con estimación de TFG < 60 ml/min/1.73m²sc, en un periodo ≥ 3 meses, con o sin otros indicadores de daño renal (KDIGO, 2013).

Según el Ministerio de Salud, en el 2021, se notificaron 3.905 casos de enfermedad renal crónica; sin embargo, la cifra aumentó a 6.482 para el 2022, es decir un incremento del 65.9%. **La enfermedad renal crónica está relacionada con otros padecimientos como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2, por lo que la prevención es fundamental, así como la detección temprana**, debido a que se trata de una enfermedad muy silenciosa que avanza progresivamente y muchos usuarios no acuden al primer nivel al desconocer su magnitud; no obstante, acuden a un segundo o bien tercer nivel de atención, cuando por su estadio requiere de un tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Es relevante mencionar, que, en la región Chorotega, se presentan casos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC)² y Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt)³, considerada como una de las regiones centroamericanas con mayor cantidad de casos sospechosos de Nefropatía Mesoamericana⁴.

En una reciente publicación⁵ se abordan los costos y beneficios del trasplante renal sobre las terapias de reemplazo, comparando tres países de Latinoamérica: Costa Rica, Argentina y Uruguay, en la cual se ejemplifica el costo-efectividad del trasplante renal y como se magnifica después de cada año consecutivo post trasplante después del primer año, comparado con la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

De acuerdo con el citado estudio, en Costa Rica cada año consecutivo de terapia de hemodiálisis cuesta alrededor de 15.000 dólares por paciente al año. Esto significa que en un periodo de 5 años el costo de hemodiálisis es de alrededor 75 mil dólares por paciente, sin tomar en cuenta costos de medicamentos, de hospitalización y sociofamiliares para el paciente y el país.

El costo del trasplante renal en Costa Rica es de aproximadamente 35.000 dólares el primer año del trasplante (por el costo operativo y logístico), pero después del primer año del trasplante renal, el costo-efectividad es máximo e incremental año tras año, en relación con la calidad de vida de los pacientes.

¹ Mayor o igual.

² Definición epidemiológica ERC: En el contexto de la epidemia de ERCnt en comunidades agrícolas de Centroamérica, son definiciones normalizadas para ERC y ERCnt, que toman en cuenta aspectos tanto epidemiológicos como operativos de las definiciones de caso y pueden ser modificadas de acuerdo con la nueva evidencia resultante.

³ Definición epidemiológica para el paciente en el que se demuestren los criterios para ERC, sin causas demostradas tradicionales como DM e HTA, o macroscópica por ultrasonido, y se pueden incluir los casos en los que no se logró determinar una causa de su ERC.

⁴ Tipo de enfermedad renal crónica de origen desconocido, presente en focos de alta prevalencia a lo largo de la costa del Océano Pacífico de la región mesoamericana, desde el suroeste de México hasta Costa Rica, presente en hombres jóvenes. También descrita como la ERC que cumple la mayoría de los siguientes factores de riesgo: paciente de 20 a 60 años; trabajadores en actividad de plantación de cultivos; áreas de desarrollo laboral de bajas altitudes (entre 0 y 600 metros sobre el nivel del mar) y vivir en zonas de potencial toxicidad ambiental por metales pesados agroquímicos.

⁵ Torales S, Bernardo J, Hasdeu S, Esquivel MP, Rosales A, Azofeifa C, Salazar J, Cerdas M, Gianneo O, Esteche M, Leguizamo E, Lemgruber A, Beltrán M, Caccavo. Evaluación económica comparativa sobre terapias de reemplazo renal en Argentina, Costa Rica y Uruguay [Comparative economic evaluation of renal replacement therapies in Argentina, Costa Rica, and Uruguay]. Rev Panam- Salud Pública. 2021 oct 18;45: e119



De conformidad con los datos suministrados por la Coordinación del Programa Institucional de Donación y Trasplante, se han realizado en 6 años 305 trasplantes renales (2018 al 23 de marzo de 2023), no obstante, la actual lista de espera a nivel nacional es de 361 receptores (al 23 de marzo de 2023) y dentro de esa lista 71 corresponden a pacientes activos inscritos por el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

HALLAZGOS

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los resultados del estudio evidencian falencias en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención, por parte de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y sus unidades adscritas, al determinarse que no se están realizando procesos de promoción para el abordaje oportuno de la patología, y la implementación de acciones coordinadas de prevención a nivel de la red de servicios.

1.1. Promoción de la salud

Esta Auditoría determinó que no se están desarrollando actividades, proyectos y estrategias en promoción de la salud, en las áreas de salud de la región Chorotega, ni en los escenarios fuera de los centros médicos (EFES)⁶, que intervengan los determinantes de la enfermedad renal crónica y que proporcionen a las personas la atención oportuna y los medios necesarios para mejorar su salud.

Así mismo, se evidenció que no se está implementando el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027 en las áreas adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, e indicadores de gestión sobre este componente, considerando que el citado documento se encuentra avalado y comunicado por la Gerencia Médica desde noviembre 2022.

Al respecto, mediante oficio DDSS-ASC-210-2022 del 27 de octubre de 2022, la Dra. Guiselle Guzmán Saborío, Jefe del Área de Salud Colectiva de la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud, remitió al Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico, el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027 para su aval y comunicación a nivel institucional. Asimismo, informó sobre la necesidad de gestión y de recursos para su implementación, a saber:

- Reforzamiento del equipo técnico de promoción de la salud del Área Salud Colectiva con profesionales en Trabajo Social, Psicología y Educación Física.
- Negociación con las Coordinaciones Nacionales de Trabajo Social y Psicología para la asignación de mayor tiempo (aumentar en al menos un 15%) en el I nivel de atención para dedicarlo a Promoción de la Salud, considerando que la prioridad de ese I nivel es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según lo normado institucionalmente.
- Sensibilización a los directores médicos del I nivel de atención, sobre la necesidad de apoyar a las y los funcionarios en la implementación de los procesos de promoción de la salud, en la población usuaria.

⁶ Consulta realizada a la Dra. Karla Vanessa Sandí Saravía, Coordinadora de la Comisión Regional de Promoción de la Salud, correo electrónico del 25 de abril de 2023.

- Armonización conceptual y metodológica de la promoción de la salud con Gerencia General, de manera que prive el criterio técnico establecido por la Gerencia Médica desde la DDSS, según la competencia institucional en la prestación de servicios.
- Apertura de la cuenta presupuestaria 2131 para las Áreas de Salud, de manera que en los procesos de promoción de la salud puedan ofrecer meriendas saludables a la población, como una forma de ir posicionando en las y los usuarios formas saludables de alimentación, que puedan replicar en el cotidiano.
- Dotación de los recursos materiales, tecnológicos y humanos que requieren las Comisiones Locales de Promoción de la Salud para brindar servicios en los escenarios fuera de los establecimientos de salud.

En oficio GM-14184-2022 del 24 de noviembre de 2022, el Dr. Álvarez Juárez, comunicó a todos los directores de los establecimientos de salud, el aval del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027. Sin embargo, en oficio GM-14183-2022 de esa misma fecha, el Dr. Álvarez Juárez informó a la Dra. Guzmán Saborío, lo siguiente:

“Producto de la revisión efectuada, se considera que aún existen algunos puntos de mejora en el contenido del plan, por lo anterior y con el fin de robustecer la propuesta, se solicitará asesoría a la Organización Panamericana de la Salud, como ente experto en el tema con acompañamiento de este Despacho, para lo cual se les estará contactando en el momento oportuno.

En el marco de lo descrito, esta Gerencia avala el citado plan, como versión 01, considerando la relevancia de la implementación y el impacto positivo en la población, quedando sujeto a los aportes que se reciban por parte de la OPS.

Así mismo hay que indicar que, para la implementación del Plan, deben ejecutarse las gestiones de recursos necesarios para su operativización en la red de servicios de salud de acuerdo con su viabilidad y de conformidad con los lineamientos institucionales.

Por otra parte, es necesario que se defina el o los indicadores en el tema de promoción de la salud que formarán parte del Plan Táctico Gerencial 2023-2027, por cuanto se valora que siguen ausentes en el plan remitido, tema que se considera vital a efectos de medir las acciones propuestas. Para estos efectos, se solicita coordinar lo pertinente con el Lic. Jason Calvo Rojas, Asesor a cargo del tema en el Despacho”.

Mediante oficio DDSS-ASC-0062-2023 del 7 de febrero del 2023, la Dra. Guzmán Saborío, solicitó una reunión con el Dr. Jason Calvo Rojas, Asesor de la Gerencia Médica, con el propósito de tratar puntos de mejora que requiere el Plan Institucional de Promoción de la Salud para su implementación, realizar los cambios a partir de las observaciones sugeridos por la OPS, definir los indicadores y gestionar los recursos para la ejecución del Plan en la Red de Servicios de Salud del I nivel de atención, no obstante, al cierre de la ejecución de esta Auditoría, dicha sesión no se había realizado.

1.2. Prevención de la Enfermedad Renal Crónica ERC

En cuanto al tema de prevención de la enfermedad renal, no se evidencia la disposición de un plan de prevención estandarizado para las áreas de salud de la región Chorotega, que guíe y facilite a los establecimientos de salud, el desarrollo de acciones tendentes a desarrollar la prevención y detección de la enfermedad renal en estadios tempranos.

Así mismo, actividades como ferias de la salud, campañas de “Riñón Sano”, educación en todos los escenarios sobre salud renal y tamizaje a poblaciones vulnerables, se suspendieron debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, lo que afectó el desarrollo y continuidad de acciones de prevención en la población de riesgo de desarrollar daño renal crónico.

El Informe de Resultados sobre los Factores Asociados a Enfermedad Renal Crónica en la Región Chorotega (2014), realizado por los especialistas Dr. Roy Wong McClure, Dr. Marvin Cervantes Loaiza y la Dra. Leandra Abarca Gómez, funcionarios de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, señala para la atención integral de la ERC la siguiente recomendación:

“4. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la ERC

El fortalecimiento de las estrategias de promoción de la salud debe de intervenir sobre los determinantes de la ERC en el ámbito comunitario y con estrecho seguimiento de todas las instancias gubernamentales y de actores sociales involucradas. Se debe de establecer una agenda de actividades que articule los diversos niveles interinstitucionales e intersectoriales (CCSS – MS – INS – MIST. TRAB) las estrategias enfocadas al desarrollo de actividades en promoción de la salud y salud ocupacional en el escenario laboral con planes alternativos que involucren los siguientes ejes temáticos:

- *Entornos saludables de trabajo*
- *Prácticas saludables en el escenario laboral*
- *Reducción de los potenciales riesgos asociados a la salud en el ambiente laboral*
- *Supervisión del cumplimiento de las normativas establecidas para la protección de la salud de los trabajadores*
- *Educación sobre los factores considerados de riesgo para la salud en trabajadores formales como informales.”*

El Lineamiento Técnico: “ATENCIÓN DE LA PERSONA CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS CÓDIGO: LT.GM.DDSS-SAVEAIP-200421”, establece dentro de la descripción de actividades según disciplina en el primer nivel de atención, las siguientes:

“Acciones del Profesional de Enfermería:

✓ Ejecutar la intervención de enfermería desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y abordaje de la ERC. (...)



Acciones del Auxiliar de Enfermería:

✓ Realizar toda actividad delegada por el Profesional de Enfermería, actuando bajo su supervisión de este. Desarrolla actividades como:

Promoción de la salud: educar sobre los estilos de vida saludable (ejercicio, cesación del tabaco, alcoholismo, importancia del control de la presión arterial y de la diabetes mellitus). (...)

Acciones del Asistente Técnico de Atención Primaria:

Realiza acciones de apoyo en la visita domiciliar y otros escenarios:

✓ Participa en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la visita domiciliar, así como en el escenario comunal, laboral y escolar. (...)

Acciones de profesionales en Trabajo Social:

✓ Desarrollar acciones de educación social para la salud en el componente de Promoción de la Salud, en los diferentes escenarios planteados por la Institución en temas como: entornos saludables, implicaciones sociales asociadas a salud mental, vínculos saludables. (...)

Acciones de profesionales en Nutrición:

✓ Desarrollar programas para la promoción de estilos de vida saludables. (...)

Acciones de profesionales en Psicología:

✓ Se deberán desarrollar estrategias vinculadas con procesos de promoción de la salud que fomenten y fortalezcan los estilos de vida saludables específicamente en lo que corresponden a salud mental.

✓ Desarrollar programas de promoción de la salud con énfasis en "entrenamiento en comunicación, asertividad, expectativas, proyecto de vida y autocuidado".

En lo referente al tema de promoción de la salud, la Dra. Guiselle Guzmán Saborío, jefe del Área de Salud Colectiva de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, manifestó⁷ a esta Auditoría lo siguiente:

"El Área Salud Colectiva (ASC), se encuentra a la espera de la retroalimentación como parte de la asesoría de la OPS según lo instruido por la Gerencia Médica, como experto en el tema y posterior a esto, del acompañamiento del Despacho de la Gerencia Médica para realizar las modificaciones que ellos consideren pertinentes y necesarias para el aval final al Plan, dado que lo aprobado, es la versión 01, que está sujeta a esos aportes para su implementación.

El pasado 20 de febrero se realizó la sesión de trabajo con OPS, donde se nos informó que el Plan fue enviado a OPS Washington para la revisión y remisión a la CCSS, por lo que seguimos a la espera del documento con las recomendaciones técnicas.

⁷ Correo electrónico del 16 de marzo de 2023.

Adicionalmente, como se puede observar en el oficio GM-14183-2022, se indica que este Plan no cuenta con los recursos necesarios para operacionalizarse en la red de servicios, lo cual limita su implementación, a pesar de que se desarrolló un mapeo de recursos en el I nivel de atención, desde el 2021 el ASC donde se documentó la necesidad de recursos materiales, tecnológicos y humanos para prestar servicios en promoción de la salud, información que fue facilitada al Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, sin embargo no fue incluida en la planificación de necesidades de la Gerencia Médica en el Plan de Brechas.

Dado que el Plan no cuenta con el aval final del Dr. Álvarez, el Área Salud Colectiva ha estado desarrollando acciones para la gestión de los recursos que necesita la Red, así como la gestión de diferentes oficios para acelerar el proceso; incluyendo una reunión en diciembre 2022 con las Facilitadoras Regionales en las que se les expuso el Plan y sobre las dificultades enfrentadas previo a determinar la Oferta de Servicios de Promoción de la Salud y la definición de los indicadores del Plan Presupuesto de las Unidades”.

Aunado a lo anterior, la Dra. Karla Vanessa Sandí Saravia, Coordinadora de la Comisión Regional de Promoción de la Salud de la región Chorotega, mencionó a esta Auditoría⁸ lo siguiente:

“Según se nos ha informado por parte de la Licda. Silvia Urrutia el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027, fue aprobado por la Gerencia Médica hasta finales del noviembre 2022; de manera que para este 2023 lo que se tiene programado es la definición de la oferta de servicios y los indicadores para el Plan Presupuesto, por esta razón la Comisiones Locales de Promoción de la Salud no van a desarrollar procesos con la población, sino que se les va a encomendar otro tipo de trabajo como la capacitación en temas de promoción de la salud, metodología participativa, análisis contextual para el desarrollo de futuros proyectos, apoyo en la definición de la oferta, entre otros. Cabe indicar que este Plan fue aprobado sin recursos para su ejecución, de manera que se están realizando las gestiones pertinentes ante las autoridades para que se le dote de los necesario a las Comisiones Locales de Promoción de la Salud, como al equipo del nivel central”.

Si bien actividades como la capacitación de las comisiones y la definición de la oferta de servicios son aspectos importantes, considera esta Auditoría que el proceso de la Promoción de la Salud se implemente utilizando enfoques participativos (individuos, organizaciones, comunidades, organizaciones) trabajando en conjunto para crear condiciones que aseguren la salud y el bienestar para la población; no se considera prudente dejar de ejecutar una labor tan relevante para la prevención de enfermedades y detección temprana, en espera de un nuevo lineamiento.

Por su parte, se entrevistó a directores médicos y médicos especialistas de la región, los cuales manifestaron sus criterios relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad renal crónica en la región, según se resume a continuación:

⁸ Correo electrónico del 25 de abril de 2023.

- **Dr. Anner Angulo Leiva, director del hospital La Anexión**

“Existe gran desinformación del riesgo a padecer de enfermedades renales, procesos como estrés térmico, deshidratación y sus graves consecuencias a nivel de salud renal, son puntos que no son muy conocidos entre los trabajadores que se encuentran en mayor riesgo de padecer estos males.(...) También considero que por parte de la atención primaria se debe de educar de forma que el personal médico tome cada oportunidad con cada paciente en riesgo para realizar los tamizajes requeridos y respectivos, para lograr un control más temprano a fin de que la enfermedad no progrese. También desde el punto de vista de las empresas agrícolas a través desde la parte salud ocupacional la búsqueda activa de esta enfermedad y tomar las acciones preventivas, por lo que no se tiene una cultura de búsqueda activa ni preventiva (...) Caracterizar a los pacientes según riesgo para realizar tamizajes individualizados según situación laboral, comorbilidades, antecedentes heredo-familiares, con el fin de lograr una captación temprana, realizar actividades de promoción y prevención que sean masivas para lograr abarcar la mayor cantidad de población, utilizar recursos como los ATAPs para llevar información valiosa hasta los sitios de difícil acceso. hacer alianzas estratégicas con las empresas para la realización de actividades de promoción y de prevención. (...) La Institución debe de revisar el Modelo de Atención del Primer Nivel, de tal forma se garantice actividades de promoción y de prevención, sin embargo, la morbilidad los ahoga o los satura que les queda poco tiempo para realizar esta actividad sustantiva. Se debe de dar más capacitación desde la formación del RH, enfocando las estrategias hacia una búsqueda activa desde estadios tempranos”.

- **Dr. Armando Umaña Tabash, director médico del Área de Salud Cañas**

“Actualmente de conformidad con los lineamientos institucionales, y la normativa del Ministerio de Salud en materia de prevención a contagios por COVID-19, se tiene limitante para la realización de actividades masivas como los que se realizaban pre-pandemia en las comunidades y escuelas. La educación se limita a entrega de material de apoyo en las consultas y procesos de sensibilización mediante los servicios de la consulta externa. (...) Se deben reactivar desde el primer nivel, jornadas de salud en el escenario comunal, esto con el propósito de potencializar el acceso a las captaciones”.

- **Dr. Luis Carlos Villalobos Monestel, Director Médico del Área de Salud Nicoya**

“A nivel de nuestra Unidad, Área de Salud tipo I, en realidad lo que se realiza es la dotación de insumos a los pacientes portadores de insuficiencia renal. El manejo es realizado por un segundo nivel. Lo que sí realiza esta unidad es el envío de pruebas de función renal, más que como tamizaje. Nuestra Unidad al ser tipo I, no posee la infraestructura ni el personal para la atención, sobre todo domiciliar”.

- **Dr. Warner Picado Camareno, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega**

“Los EBAIS de la Región Chorotega cuentan con los recursos para lograr una mayor captación de usuarios con enfermedades renales, las limitantes se centran en la capacidad instalada de los mismos para hacer frente a los múltiples programas de atención y una constante capacitación en los temas referentes a ERC y ERCnt”.

- **Dra. Eva Camargo Batista, directora médica del Área de Salud Carrillo**

“Campañas de divulgación y promoción de estilos de vida saludables y educar a la población en cuanto a factores de riesgo y signos de alarma de tener una ERC. Mejorar comunicación con empresas agrícolas, turísticas y de construcción locales para captación de trabajadores y familiares con riesgo o ser portadores de enfermedad renal crónica. Mayor capacidad instalada en el I nivel de atención: nutricionista, psicólogo, trabajo social, enfermera de salud mental, apoyo con recurso humano tanto para medicina familiar como para cuidados paliativos, en reactivos de laboratorio como microalbuminuria y capacidad del laboratorio para realizar tamizajes en empresas agroindustriales de la zona (así se detectan a tiempo los casos y se pueden abordar en etapas tempranas de la enfermedad. (...) Por la magnitud de la problemática, considero que faltan insumos de laboratorio, equipos y recurso humano y de infraestructura, para hacerle frente a la demanda cada vez mayor de pacientes con ERC. El recurso humano es poco, la infraestructura no es adecuada, deben atenderse en el servicio de emergencias, en iguales condiciones al público general y en ocasiones colocarlos juntos a los demás usuarios, por lo cual se incrementa su riesgo de contagio, debido a su fragilidad. Los insumos se han visto muy limitadas desde hace más o menos año y medio y los equipos son definitivamente limitados, por ejemplo, la falta de transporte o de chofer para realizar las visitas, ya que tenemos 6 vehículos y solo 3 choferes en el Área de Salud, lo cual no alcanza para cubrir todas las necesidades”.

- **Dra. Marta Avellán Boza, Médico Especialista en Nefrología del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**

“En primer lugar, la falta de educación en salud renal, con campañas a la población en general sobre prevención de esta. Poco tamizaje a poblaciones vulnerables que permanecen asintomáticas hasta que llegan a etapas avanzadas de la enfermedad. (...) Sin duda durante el tiempo de vigencia de la campaña (Riñón Sano) el alcance a distintos sectores de la comunidad fue muy importante. Se visitaron parques, escuelas, colegios, supermercados, empresas, playas entre muchos otros. Este tipo de actividades fomentaban la conciencia en temas de salud renal, generaba interés y se hacía en espacios de recreo y con metodología divertida apta para todas las edades y ocupaciones. Siempre que sea posible invertir en prevención es una gran idea, por lo que si considero importante retomarla. Eso sí, siempre bajo la asesoría de especialistas en el tema para evitar destruir información errónea”.

Factores como la falta de implementación del Plan Institucional de Promoción de la Salud, a consecuencia de la falta de claridad y de acción por parte de la Gerencia Médica, Dirección de Red Integrada y sus unidades adscritas, así como la ausencia de proyectos y de actividades en el tema, no está permitiendo reorientar la prestación de servicios de salud para posicionar la promoción de la salud como un componente fundamental del primer nivel de atención y con ello favorecer la salud de los pacientes con procesos consistentes que mejoren la prevención y detección temprana, de la enfermedad.

El abordaje y esfuerzos dedicados a la atención de la pandemia por COVID-19, generó un impacto en la realización de actividades de prevención, tales como: las campañas comunitarias, ferias de la salud con participación social, tamizaje (pasivo y activo) de pruebas de función renal en áreas de salud y empresas del sector privado. Además, de las falencias de la capacidad instalada (infraestructura, recurso humano, insumos y materiales) de las áreas de salud, sin embargo, a nivel de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de salud Chorotega no se ha actuado de manera proactiva para establecer y supervisar la ejecución de acciones dirigidas a continuar abordando de manera oportuna y suficiente para atender una de las enfermedades de mayor incidencia como lo es la Renal Crónica en la región.

Es conveniente recordar que la evidencia disponible indica que las consecuencias asociadas a la ERC pueden ser prevenidas o postergadas, a través de intervenciones en etapas más precoces de la enfermedad, es por ello que, la ausencia de actividades y alianzas estratégicas que permitan llegar hasta las empresas agrícolas, la existencia de dificultades en la búsqueda activa de personas con riesgo, las limitaciones en la capacidad instalada que se puedan presentar y de recursos que disponen en las áreas de salud, genera que las acciones para la prevención de la ERC sean insuficientes en la región.

Los aspectos señalados, no garantizan que los usuarios de los servicios de salud adquieran conocimientos y prácticas saludables basados en los factores protectores de la salud, mediante un proceso organizado, sostenido, ordenado e intencionado, dirigido a lograr un empoderamiento de las personas para el autocuidado de salud y la de los colectivos en diferentes escenarios. Además, un desarrollo inadecuado de actividades de prevención, limitarían el instaurar estrategias que logren reducir el impacto en la enfermedad renal crónica en la región Chorotega, teniendo como objetivo a la población en general, con orientación específica a los trabajadores agrícolas y a las compañías dedicadas a las actividades agrarias en la zona, lo anterior, con miras al fortalecimiento de la detección y diagnóstico temprano, con el consecuente retraso en la progresión y así lograr disminuir la tasa de años potencialmente perdidos, con el fin último de mejorar la calidad de vida de la población.

2. SOBRE LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Esta Auditoría determinó que las acciones y estrategias impulsadas por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, para la detección temprana, notificación, investigación y continuidad de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el primer nivel, no son eficaces para el abordaje integral de la enfermedad.

Datos extraídos de cubos de información del EDUS, revelan que para el 2022 en la región Chorotega estaban identificados 11.793 casos de ERC tradicional en población de 20 años o más, demostrando que los cantones con mayor número de pacientes fueron Carrillo (1.759), Santa Cruz (1.633), Liberia (1.531), Cañas (1.513) y Bagaces (1.275), concentrando esos 5 lugares el 65% de los casos, siendo mayoritariamente población masculina, con una razón de 1,1 hombres por cada mujer.

Cuadro 1
Casos con Enfermedad Renal Crónica en la
Región Chorotega
Población con 20 años o más
Al 31 de diciembre 2022

Cantón	Total	Hombres	Mujeres
Carrillo	1.759	943	816
Santa Cruz	1.633	926	707
Liberia	1.531	795	736
Cañas	1.513	826	687
Bagaces	1.275	689	586
Upala	963	459	504
Nicoya	915	473	442
Tilarán	522	231	291
Hojancha	461	175	286
Abangares	432	210	222
La Cruz	341	221	120
Nandayure	278	163	115
Jicaral	170	85	85
R. Chorotega	11.793	6.196	5.597

Fuente: Base de datos extraída del EDUS, DRIPSSCH.

Así mismo, de acuerdo con las pruebas y procedimientos efectuados, se evidenciaron debilidades en el abordaje de la enfermedad en cuanto a:

- Falta de capacitación al personal de salud sobre la detección, manejo y abordaje de la enfermedad, así como la divulgación y socialización de la información (normativa, decretos, protocolos) de una manera permanente y homogénea en todas las áreas de salud.
- Mejorar el proceso de notificación formal e investigación de los casos sospechosos, de conformidad con lo establecido por la normativa en cuanto a la documentación y plazos de realización.
- Optimizar el registro de la información y el manejo de bases de datos en los sistemas de información institucionales (EDUS, SISVE), para generar información relevante en la toma de decisiones a nivel regional y central.
- Seguimiento de pacientes cuyos resultados de exámenes de laboratorio clínico (pruebas de función renal) quedan sin valorar, lo anterior, a falta de cupos para ser atendidos en el EBAIS de adscripción y, por ende, pérdida de la continuidad de la atención al usuario. Asimismo, cuando las pruebas de función renal son solicitadas a través del sistema alternativo de atención en salud (Medicina Mixta y Medicina de Empresa), existe una alta probabilidad de que los resultados permanezcan en el Laboratorio Clínico sin ser retiradas.
- No existe una atención diferenciada de la ERC en el primer nivel de atención, que contribuya a lograr un enfoque de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como el seguimiento de los pacientes con la enfermedad.

El Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica, de ámbito de aplicación para todos los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, define dentro de sus objetivos los siguientes:

“- Organizar el proceso de prevención, diagnóstico y control de la enfermedad renal crónica, mediante la consolidación de las intervenciones orientadas para su atención.

- Identificar a la población en riesgo de padecer de enfermedad renal crónica y desarrollar programas orientados a la detección oportuna.

- Reducir mediante la organización de intervenciones oportunas la progresión de la ERC.

- Mejorar la sobrevivencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, por medio de una atención integrada en la red de servicios y un enfoque interdisciplinario”.

Así mismo, el Protocolo Nacional de Vigilancia de Enfermedad Renal Crónica No Tradicional establece:

“7. Mecanismo de Vigilancia

7.1 Detección.

La detección de casos se realizará por las siguientes vías:

7.1.1. Vigilancia Pasiva:

Corresponde a la identificación de casos sospechosos o confirmados durante las evaluaciones del médico en la consulta de los pacientes ya sea a nivel público o privado, en las cuales se soliciten análisis laboratorios que indiquen la posibilidad de estar frente a una enfermedad renal.

Se notificará el caso como sospechoso mediante boleta VE-01 cuando se cumpla con la definición establecida para tal fin, de manera que se descarte el antecedente de los diversos diagnósticos que puedan referirse a la enfermedad renal crónica de causas conocidas. (...)

En caso de que la valoración cumpla con los criterios diagnósticos de caso confirmado, se procederá la notificación mediante Boleta VE01 y realizar la investigación definida en el protocolo.

Le corresponde al médico tratante notificar el caso sospechoso al Área Rectora de Salud quien se encargará en la CILOVIS⁹ junto a los actores sociales que la conforman, de dar el seguimiento epidemiológico de forma que este ente pueda determinar si se le dio seguimiento al paciente en los 3 meses propuestos, se confirmó el caso o se descartó. (...)

7.1.2. Vigilancia Activa:

Se considerará vigilancia activa todas las acciones que evalúen la función renal fuera del ámbito de los servicios de salud.

Se incluirá también los monitoreos programados y coordinados en conjunto Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, y Salud Ocupacional de las empresas con personal ocupacionalmente expuesto, en el marco del Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor, N° 39147-S-TSS y sus modificaciones, incluyendo los anexos.

⁹ CILOVIS: Comisión Local de Vigilancia de la Salud.

8. Flujo de notificación, investigación y confirmación de caso

8.2 Notificación formal

Se debe notificar cualquier caso sospechoso de ERCnt por medio de Boleta VE01 con periodicidad semanal y bajo los siguientes códigos Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): U50 (U50.1-U50.5, U50.9) para ERC de causa no tradicional (...)

Corresponde a la CILOVIS dar seguimiento a los casos sospechosos para determinar la confirmación o descarte de parte del médico tratante, de forma que el mismo pueda ser investigado si así lo requiere.

9. Investigación de caso

9.1 Investigación de caso confirmado

Todo caso confirmado debe contar con una investigación clínico-epidemiológica, en un plazo máximo de un mes posterior a la confirmación. Esta investigación la realizará la CCSS, el análisis de la investigación la realizará la CILOVIS (CCSS-MS) de forma conjunta, y tendrá por objetivo caracterizar de forma general el caso y detectar posibles factores de riesgo asociados. El período de entrega al nivel superior una vez realizada la investigación será de 8 días hábiles.

Para esta investigación se llenará la FIE A (ver Anexo) la cual deberá seguir el flujo de información establecido en el Reglamento de Vigilancia Decreto 40556-S las mismas se enviarán en el plazo establecido a los niveles regionales y estos a su vez a los niveles centrales, se utilizarán los medios ofimáticos disponibles, en tanto se incorpora al EDUS y/o otros sistemas de información según lo establece el artículo 28 y 32 del Decreto 40556-S”.

El Dr. Warner Picado Camareno, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, se refirió en entrevista escrita efectuada el 25 de enero de 2023 a las acciones para la captación y seguimiento de pacientes con enfermedades renales en el primer nivel de atención, así como a oportunidades de mejora sobre el tema, de la siguiente manera:

“Desde la Dirección Regional se ha sensibilizado a la región como un todo, acerca del tema de la ERC y de la ERC no tradicional, siendo una zona endémica. Se han apoyado campañas locales de educación para prevención y promoción de la ERC, las cuales se vieron detenidas en la etapa de pandemia. Se creó la comisión regional para la atención de la enfermedad renal crónica (...)

En el 2018 se divulgó a todas las áreas de salud de la Región Chorotega, el protocolo publicado en nov 2017 sobre la atención de la persona con ERC. Además, dicha comisión ha desarrollado estrategias de educación en conjunto con el ministerio de salud e INS, a médicos generales encargados de vigilancia epidemiológica, así como al personal médico de las 4 áreas de salud más prevalentes con casos de ERC, las cuales son Bagaces, Cañas Carrillo, Liberia, en temas como diagnóstico temprano, manejo y notificación obligatoria (...)

Oportunidad de mejoras:

a. Determinar demanda de cada unidad: población meta anual.

b. Capacidad instalada de laboratorios clínicos de las Áreas de Salud de la Región no es suficiente y homogénea para el cumplimiento de las disposiciones nacionales en los documentos supra citados (protocolos de atención), en especial con tamizajes masivos de trabajadores de riesgo en empresas que desarrollan actividades de riesgo.

c. Brindar continuidad al proceso de capacitación continua en el tema de la ERC (Tradicional y no tradicional)”.

Por su parte, el Dr. Marvin Palma Lostalo, director general del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, manifestó en entrevista realizada el 24 de enero de 2023, en relación con las estrategias que deberían implementarse en el primer nivel de atención para la captación y si considera que debe replantearse el seguimiento a los pacientes con ERC, lo siguiente:

“En este sentido creo que lo más importante es el entrenamiento al médico general, para que pueda distinguir adecuadamente lo que es insuficiencia renal del envejecimiento normal que ocurre en el Riñón, especialmente en una zona azul como lo es nuestra Región, no se puede hacer un diagnóstico con solamente un estudio de laboratorio alterado, como parece que la institución ha pretendido con la implementación de algunos parámetros en el EDUS, sino que se debe hacer una valoración integral de cada caso (...)

Sí, creo que sí debe replantearse y brindar más entrenamiento a los médicos generales para que puedan ampliar su criterio y tener sumamente claras cuáles son los casos que realmente ameritan la referencia al médico internista, médico de familia y/o nefrólogo. Así como brindar más cobertura a través de Teleconsulta y otros métodos que acerquen los servicios a los usuarios (Hospital virtual)”.

Así mismo, los directores médicos de hospitales, áreas de salud y especialistas en nefrología de la región Chorotega¹⁰, coincidieron en las necesidades de capacitación al personal de salud y educación a la población en general sobre la enfermedad renal crónica; la importancia de realizar coordinaciones con las empresas privadas para el tamizaje; retomar las campañas preventivas (ej. Riñón Sano) en las comunidades; mejorar las estrategias de seguimiento a los pacientes, así como el establecimiento de un programa de atención específico o énfasis para el control crónico de la enfermedad renal en el primer nivel de atención.

Tal y como se ha indicado, las debilidades detectadas en el primer nivel de atención para la captación temprana y seguimiento de los pacientes con ERC se pueden atribuir entre otros aspectos; a que la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 interrumpió las actividades de capacitación al personal de salud, la educación de las personas y la vigilancia activa de los casos en las comunidades; existencia de aspectos sujetos de mejora en el flujo de información y reporte de casos en el sistema de vigilancia epidemiológica; la falta de un esquema de agendamiento específico y priorizado para la atención de la enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención, este último punto señalado como prioritario por los médicos especialistas y directores médicos consultados.

¹⁰ Entrevista realizada a: Dr. Anner Angulo Leiva, Director General del hospital La Anexión; Dr. Andrés Ávila Barboza, Director General del hospital de Upala; Dr. Armando Umaña Tabash, Director Médico del Área de Salud Cañas; Dr. Luis Carlos Villalobos Monestel, Director Médico del Área de Salud Nicoya; Dra. Eva Camargo Batista, Directora Médica del Área de Salud Carrillo y Dra. Marta Avellán Boza, Médico Especialista en Nefrología.

Lo anterior, limita garantizar el ingreso del usuario al sistema de salud y, por ende, la oportunidad de la atención, representando limitantes en el proceso de detección temprana, clasificación, tamizaje, control y tratamiento interdisciplinario e interinstitucional de los pacientes, incrementando el riesgo de que la enfermedad avance sin atención integral, captando a los usuarios en estadios muy avanzados, lo cual representa una sobrecarga directa en el sistema de salud. Asimismo, dificulta el análisis y evaluación sistemáticamente de la evolución de la ERC, a pesar de que el impacto en la región es significativo, por cuanto a partir de los sistemas de información existentes no es posible obtener datos reales del número de casos y estadios para establecer incidencia y prevalencia, que coadyuben a la toma de decisiones, considerándose como un tema que debe ser resuelto.

3. SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Se determinó que las pruebas renales básicas (creatinina y nitrógeno ureico) son realizadas en los Laboratorios Clínicos de las áreas de salud de la región Chorotega, no obstante, existen otros exámenes que no se efectúan de forma permanente en las unidades, tal es el caso de proteinurias y albuminurias, utilizados para la clasificación de la Enfermedad Renal Crónica y las pruebas de Vitamina D, Fósforo y Magnesio, las cuales son aplicadas para el tratamiento y seguimiento de esos pacientes.

Esta Auditoría visitó empresas¹¹ de la zona, las cuales son empleadoras de trabajadores expuestos a estrés térmico por calor y a labores de campo; en la correspondiente visita, los encargados de salud ocupacional y médicos de planta manifestaron como debilidades u oportunidades de mejora, la coordinación con los establecimientos de salud y la realización de la totalidad de las pruebas de función renal que son enviadas a sus colaboradores, de manera que puedan cumplir con la normativa nacional para el abordaje y vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica.

El Reglamento para la Prevención y Protección de las Personas Trabajadoras Expuestas a Estrés Térmico por Calor¹², establece:

“Artículo 4º-De las Obligaciones de la Persona Empleadora. Para evitar riesgos a la salud y la seguridad de las personas trabajadoras que realizan labores en condiciones de estrés térmico por calor, durante el ejercicio del trabajo, la persona empleadora debe cumplir con lo siguiente:

a) Velar por que las personas trabajadoras, expuestas a estrés térmico por calor, asistan a los servicios de salud públicos, con la finalidad de que se realicen las pruebas de función renal, como una actividad de vigilancia de la salud, en las zonas declaradas en condición endémica por parte del Ministerio de Salud, fundamentado en un estudio o estadísticas de vigilancia epidemiológica, según lo siguiente:

- *En el caso de contrataciones que no excedan los seis meses, debe realizarse las pruebas de función renal al inicio y al final de cada contratación.*
- *En caso de contrataciones mayores a seis meses, debe realizarse las pruebas de función renal cada seis meses como mínimo.*

¹¹ Aquafoods (Cañas), Grupo Pelón (Liberia) y Azucarera El Viejo (Carrillo). Visitas realizadas el 25 de marzo de 2023.

¹² Decreto Ejecutivo N° 39147-S-TSS del 25 de julio de 2015.

Dicha prueba, debe incluir al menos el cálculo de filtración glomerular, creatinina sérica y examen general de orina. Cuando se obtienen resultados alterados el establecimiento de salud debe realizar el seguimiento correspondiente (...).

“Artículo 5º-De las Obligaciones de la persona trabajadora. Para evitar riesgos a su salud y su seguridad, las personas trabajadoras que realizan labores en condiciones de estrés térmico por calor deben cumplir con lo siguiente:

- a. Someterse a los exámenes médicos que soliciten las autoridades competentes.*
- b. Informar a su jefe inmediato de cualquier situación que pueda entrañar un peligro para la salud y seguridad propia o de sus compañeros.*
- c. Cumplir con todas las normas establecidas en el presente reglamento.*
- d. Utilizar el equipo de protección personal que el puesto requiera.”*

Al consultarle a jefes de Laboratorio Clínico en las áreas de salud de la región Chorotega, sobre la disponibilidad de pruebas e insumos, capacidad instalada y el seguimiento o gestión realizada cuando se detectan exámenes con pruebas alteradas relacionadas con la ERC, manifestaron lo siguiente:

Dr. Eddy Rolando Montero Mora, jefe del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Bagaces.

“Nuestro servicio procesa muestras de suero para función renal (creatinina y nitrógeno ureico), orinas de 24 horas (aclaramiento endógeno de creatinina). Las proteinurias y microalbuminurias en orina de 24 horas se envían al Hospital Enrique Baltodano Briceño como centro de referencia.

Recurso humano: es limitado en número de personal técnico y profesional, e insuficiente para las necesidades actuales de los usuarios internos y externos.

Presupuestarios: es una de las limitantes para realizar las mejoras diagnósticas en nuestro servicio. Los últimos años el presupuesto para adquisición de reactivos se ha mantenido estancado y no es suficiente para cumplir con el aumento de las necesidades del Área de Salud.

Equipamiento: actualmente el equipo utilizado para realizar las pruebas de función renal está definido por las disposiciones contenidas en el cartel licitatorio, que se realizó a nivel central ya que es una compra nacional. No tenemos reactivos para procesar las muestras de orina de 24 horas por proteínas ni por albuminuria, lo que representa una limitante para la obtención de resultados oportunos, se hace necesario contar con otras pruebas como magnesio y fósforo. Como consecuencia debemos trasladar este tipo de muestras al laboratorio clínico del HEBB.

En una oportunidad se intentó comprar el reactivo para la realización de las pruebas citadas en nuestro servicio, pero encontré el inconveniente del precio por lo elevado del mismo y la falta de presupuesto para adquirirlo, o adquirirlo a expensas de afectar la compra de otros productos; y la cantidad de pruebas del cartucho estaba muy por encima de las necesidades de nuestro laboratorio, afectando los principios de eficiencia, costo beneficio y eficacia; porque al adquirir dicho cartucho la mitad de las pruebas se vencían antes de poder ser utilizadas.

Hoy en día no se realiza seguimiento a los resultados alterados de pruebas de función renal.

Necesitamos una licitación nacional de química clínica que contemple la realización de pruebas no incluidas en la actualidad como proteinuria y microalbuminuria en orina de 24 horas, vitamina D, fósforo, magnesio; con la finalidad de mejorar el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la ERC y disminuir los tiempos de espera para estos resultados.”.

Dra. Ana Lisette Mora Gómez, jefe del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Cañas.

“Si, se posee capacidad técnica, tecnológica y operativa para ofrecer pruebas de diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad renal. Además de creatinina, urea, proteinuria, microalbuminuria, contamos con electrolitos completos, índices férricos, vitamina D, PTH, estos últimos utilizados en atención de diálisis peritoneal, análisis de líquidos peritoneales se suman a la oferta propia de enfermedad renal.

No, no se genera ningún informe o reporte a otras instancias (Dirección Médica, Dirección Regional, Otras Instituciones) con la cantidad y listado de pruebas de función renal alteradas (proteinuria, albuminuria, creatinina) para que sean analizados o realizar algún control cruzado.”.

Dr. Elisandro Jiménez Cruz, jefe del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Carrillo.

“El Laboratorio clínico del AS Carrillo sufre una problemática en cuanto a infraestructura y recurso humano disponible.

Actualmente el laboratorio clínico del AS Carrillo ofrece a toda la población adscrita, la prueba de función renal que incluye la medición de nitrógeno ureico y creatinina en suero del paciente. Además, se realiza una compra regional según demanda para adquirir el reactivo de microproteínas totales en orina, ya sea en 24 horas o al azar. Recientemente, consulte al director regional de laboratorio sobre la nueva licitación de química clínica y me mencionó que esta incluye la compra nacional de reactivos para la medición de albuminuria y micro proteinuria, lo cual va a ayudar a dar una mayor oferta de exámenes a la población adscrita y la unidad no tendría que realizar la compra directa del reactivo.

Actualmente se reciben todos los pacientes que lleguen al laboratorio con exámenes procedentes de medicina de empresa, de ingenios como el VIEJO, CATSA, Melones del monte, entre otros. En años anteriores se coordinaba con estas empresas para hacer tamizaje a sus colaboradores por medio de visitas programadas, sin embargo, por motivo de carencia de recurso humano se dejó de visitar dichas empresas y se reciben los funcionarios en las instalaciones sin excepción.

Una de las principales debilidades es en relación con la infraestructura y falta de recurso humanos en diferentes áreas lo que ocasiona no poder fortalecer dichos temas. En cuanto a prevención considero que hay una débil educación al paciente desde el primer nivel de atención sobre las causas y consecuencias de esta enfermedad. En cuanto a detección considero que ciertos laboratorios no cuentan con el reactivo lo que obstaculiza la detección temprana y en cuanto al abordaje y tratamiento todavía falta una mayor comunicación y apego al protocolo para la atención de la persona con ERC.”

Dra. Marcela Vallejos Noguera, jefe del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Santa Cruz.

“Se detectan dos puntos críticos en nuestro Laboratorio para lograr un abordaje oportuno y cumplimiento de la normativa: a) Aumentar la cantidad de personal para la toma y entrega de muestras de forma descentralizada y sin afectar la capacidad instalada en la sede de área. b) Aumentar el presupuesto para adquirir pruebas fuera de la licitación nacional (prueba efectiva: Función renal) y las cuales deben ser financiadas directamente por nuestra Área de Salud (proteinuria, albuminuria). Sin la mejora de estos puntos se repercute de forma negativa en la prestación del servicio.

La principal debilidad es la prevención, la realización de exámenes oportunos para la población. Como indiqué anteriormente, en nuestra área de salud tenemos dos barreras que disminuyen el acceso de la población a nuestro sistema. Por un lado, tenemos a un usuario muy alejado geográficamente de nuestro Laboratorio Clínico y con muchas necesidades económicas y por otro la imposibilidad de llegar nosotros donde ellos, sin que se afecte la oferta dada en la sede de área. De igual forma, la disponibilidad en tiempo de los reactivos hace que debemos recurrir al envío de muestras y esto resta eficiencia a la respuesta que debemos dar a nuestros usuarios. Además, se requiere el desarrollo de una herramienta que permita de forma ágil la obtención y filtración de los resultados respectivo a cada usuario. Una herramienta que permita el trabajo en conjunto de los médicos y el Laboratorio Clínico.

Es importante evaluar la capacidad que tienen los Laboratorio de las Áreas de Salud, en cuanto a realización de exámenes, porque se requiere aumentar el procesamiento local y evitar el envío de muestras, para mejorar la respuesta a nuestros usuarios.”

La limitante en la oferta de servicios en los Laboratorios Clínicos, obedece a que los reactivos para las pruebas de proteinurias, microalbuminurias, vitamina D, fósforo y magnesio, requeridos para la clasificación y tratamiento de la enfermedad, aún no están incluidos en la licitación nacional de química clínica promovida por la Gerencia de Logística¹³, situación que dificulta a las unidades locales gestionar la compra de las pruebas debido a su costo y al aprovechamiento de todos sus reactivos¹⁴.

¹³ Licitación Pública 2017LN-000011-5101 “Pruebas bioquímicas automatizadas en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo y otros fluidos biológicos”.

¹⁴ La adquisición de un kit para las pruebas de proteinurias y microalbuminurias tiene un costo aproximado de \$3.400,00, para la posibilidad de efectuar 582 exámenes dentro de 30 días una vez abierto.

Lo descrito podría dificultar la detección oportuna de la Enfermedad Renal Crónica en la población, especialmente la trabajadora expuesta a estrés térmico por calor y, por ende, el cumplimiento de la normativa nacional sobre el tema. Por su parte, la no realización de pruebas renales o la espera por resultados, estaría incidiendo en el diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de los enfermos, así como en el deterioro de la calidad de vida y los costos que genera tanto a pacientes, familiares y sistema de salud.

4. SOBRE LA OPORTUNIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, representando una gran afectación en la calidad de vida de las personas y en los costos de los sistemas de salud. Existe evidencia documental de que la región Chorotega registra la mayor prevalencia y tasa de mortalidad por esta causa a nivel país.

Según datos preliminares de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud¹⁵, durante el 2022 la notificación de casos por enfermedad renal crónica aumentó un 65.9%, pasando de 3.905 casos en el 2021 a 6.482 en el 2022, lo que representa una tasa de incidencia de 75.6 casos por 100.000 habitantes en el 2021 y de 126.8 casos por cada 100.000 habitantes para el año 2022.

Esta Auditoría¹⁶ analizó nueve¹⁷ expedientes de salud de pacientes con enfermedad renal crónica diagnosticada, evidenciando la importancia que se fortalezca el proceso de prevención, educación, seguimiento y abordaje de estos usuarios; aspectos que se detallan a continuación:

- Los usuarios considerados en la revisión presentan condición de asegurado; sin embargo, se observan casos de personas extranjeras que consultan o inician control y tratamiento en los centros de salud bajo la condición de no asegurado (2 casos) y con la presencia de la patología en estado avanzado.
- De acuerdo con el índice de CROCKCROFT-GAULT¹⁸, 2 casos presentaron una afectación renal de grado terminal, 4 con una afectación renal de grado severo y 3 con afectación renal moderada.
- En relación con la oportunidad para el diagnóstico, seguimiento y abordaje, se identificaron usuarios con patologías crónicas como HTA, DMT2, descompensadas o en las cuales el usuario no disponía de un control o tratamiento, aspecto que incide en la evolución de la enfermedad renal crónica.
- Ninguno de los casos refiere antecedentes heredofamiliares relacionados con la ERC.
- En 2 casos se evidenció que el médico tratante no envió exámenes complementarios para considerar la referencia a un segundo nivel de atención, sin embargo, en el resto de los casos se gestionó ante el Servicio de Nefrología del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño la atención, casi de inmediato, de esos usuarios quienes requirieron ingresar al programa de diálisis.
- Se identificó un caso en el cual, a pesar de disponer de enfermedad renal crónica con afectación severa, se le indicó Diclofenaco en el Servicio de Emergencias del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, situación que, de acuerdo con la literatura, podría agravar la condición de la usuaria, ya que está contraindicado el uso de ese medicamento para los pacientes con ERC.

¹⁵ Publicación realizada por el Ministerio de Salud en su página oficial el 9 de marzo de 2023.

¹⁶ Para la realización de este procedimiento, se contó con el apoyo del personal médico asistente de la Auditoría Interna.

¹⁷ Pacientes registrados en EDUS de primera vez en la vida con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, pertenecientes a las áreas de salud de Upala, Cañas, Bagaces, Liberia y Carrillo, en los meses de diciembre 2022, enero y febrero 2023.

¹⁸ El índice de CROCKCROFT-GAULT es una fórmula utilizada para la estimación de la función renal.

- Llama la atención a esta Auditoría, para el 20 de enero de 2023, que en el área de salud de Carrillo (EBAIS Paso Tempisque) no se dispusiera de equipo para la toma de presión arterial, actividad elemental en el proceso de atención y diagnóstico. Dicha situación fue consignada en el expediente de salud por parte del médico.

El Manual de Organización de las Áreas de Salud establece dentro de las actividades sustantivas del proceso de Dirección y Conducción, la responsabilidad del director médico de planificar, controlar y evaluar el desarrollo de los procesos sustantivos, así como lo referente a dirigir, coordinar e integrar en forma eficiente los servicios de apoyo técnico y las acciones médicas, mediante la programación adecuada; con el propósito de mejorar la calidad en la atención de salud.

El Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su Capítulo VI, señala en su Artículo 75, Incisos a), b), c), Referente a los derechos de los asegurados al recibir atención Médica, establece lo siguiente:

“Ser atendidos en forma oportuna (...).”

En el mismo Reglamento, en su Capítulo III, Artículo 17º. De la atención integral a la salud, manifiesta lo siguiente:

“a) Acciones de promoción, prevención (...).”

El diagnóstico temprano es la clave en el tratamiento de la ERC; sin embargo, el proceso es obstaculizado por factores, como: oportunidades en la identificación y tamizaje de pacientes con factores de riesgo; desconocimiento de la oportunidad - que representan la prevención, el diagnóstico y el tratamiento tempranos para evitar las graves consecuencias (sociales, económicas y de salud) de la enfermedad; falta de sensibilidad y conocimiento de la magnitud y del impacto de esa patología por parte de los tomadores de decisiones en todos los niveles, agravada por ausencia de seguimiento, evaluación y supervisión sistematizados; y debilidades en el entrenamiento de los profesionales en la atención primaria sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ERC.

En consecuencia, se evidencia la falta de aplicación oportuna de medidas de nefro protección en etapas iniciales de ERC; la ausencia de promoción de la cultura de autocuidado y autoconfianza en los pacientes con enfermedad renal crónica temprana; y la falta de sistematización y coordinación en el equipo de salud para el manejo integral del paciente, con alto riesgo para daño renal o con ERC temprana.

Se considera que, para obtener los mejores resultados en el cuidado de los pacientes con ERC, es esencial que los profesionales de la salud involucrados tengan una adecuada aptitud o competencia clínica que les permita integrar correctamente el diagnóstico y el uso de recursos terapéuticos para asegurar una atención de calidad.

5. INCREMENTO DE TRATAMIENTOS DE DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL

Se determinó que se está generando un incremento de los pacientes que requieren tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis en la región Chorotega, según detalle.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

La región Chorotega dispone únicamente con 2 nefrólogos destacados en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, que asumen las valoraciones de los pacientes que requieren los tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Cabe indicar que el citado Centro Hospitalario recibe el apoyo de las unidades de diálisis peritoneal satélites del CAIS de Cañas y del Hospital de la Anexión para la atención de pacientes. Estas unidades disponen de un equipo interdisciplinario que hace las vistas domiciliarias de prediálisis, seguimiento e instalación. Además, asume la educación de los pacientes y disponen de camas para diálisis peritoneal intermitente. Las complicaciones que se presenten en los pacientes que reciben los citados tratamientos se atienden en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Los Coordinadores de las citadas unidades satélites, para agilizar el diagnóstico de los usuarios que necesiten valoración o presentan alguna complicación, se comunican vía telefónica o mediante el servicio de sesiones de Tele -nefrología (que es una consulta virtual) con alguno de los Nefrólogos del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y deciden el abordaje que se brindará al paciente.

Con respecto al tratamiento de hemodiálisis se aplica exclusivamente en la Unidad de Terapia Renal del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, en virtud del equipo especializado que se requiere.

Al 1º de febrero de 2023, se registra un total de 385 pacientes en terapia de sustitución renal dialítica en la región Chorotega, siendo que en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, se atienden directamente las siguientes cantidades de pacientes:

- 210 usuarios en diálisis ambulatoria.¹⁹
- 12 en diálisis intermitente.²⁰
- 40 en hemodiálisis.²¹

Además, de 59 pacientes ambulatorios y 5 en intermitente en el Área de Salud de Cañas y 59 más en Hospital La Anexión.

El costo diario de los tratamientos de diálisis y hemodiálisis que se realizan en el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño se detalla a continuación:

¹⁹ Es el tratamiento de diálisis que limpia la sangre usando la membrana peritoneal, que se realiza el paciente en su hogar.

²⁰ Consiste en la terapia que se brinda al paciente en modalidad de hospital de día en la unidad de terapia renal. Esto se hace durante al menos un mes mientras el paciente aprende a hacerse el tratamiento en su hogar y completa los requisitos para este.

²¹ Es una terapia dialítica que limpia la sangre a través de una máquina que se realiza en el hospital 3 veces por semana durante 4 horas.

Cuadro 2
Costo de terapias aplicadas a pacientes
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Al 24 de enero del 2023

Tratamiento	Costo	Observaciones	Costo en colones por estancia según tratamiento anual
Diálisis peritoneal aguda hospitalaria	ϕ881,383.00 por día	Ingreso hospitalario del paciente entre 3 a 5 días cuando hay situación de riesgo	ϕ4,406,916.00 por 5 días
Diálisis peritoneal intermitente	ϕ589,653.75 por día	Se realiza al menos durante un mes al paciente	ϕ17,689,612.50 por un mes
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	ϕ620,378.14 por mes	La terapia la realiza el paciente en su hogar	ϕ7,444,537.68
Hemodiálisis	ϕ740,283.12 por mes	Se realiza 3 veces por semana durante 4 horas al paciente	ϕ8,883,397.42
Total			ϕ38,424,463.30

Fuente: Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño

Del cuadro anterior, se pueden observar los costos que representan los tratamientos de diálisis peritoneal aguda hospitalaria, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis, en los pacientes por duración de terapia, lo que evidencia el alto costo económico institucional.

Así mismo, el costo mensual de los insumos para la diálisis peritoneal que reciben los pacientes en sus hogares es de ₡500.000.00 colones en promedio, debido a que puede variar el tipo de solución peridial que se utiliza en el esquema de diálisis; además, no contempla otros rubros como logística de transporte para entrega de los materiales. Los materiales que se entregan son los siguientes:

- 30 paquetes de Torundas (cada paquete con 3 unidades).
- 2 litros de alcohol.
- 3 bolsas plásticas rojas.
- Cajas de sueros (según cantidad de diálisis y esquema).

En el Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, se indica:

“La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido identificada como una enfermedad de importancia en salud pública, con grandes implicaciones en la morbilidad y mortalidad asociada, lo que obliga a una unificación de criterios y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en su atención en la red de servicios, desde el laboratorio clínico, los médicos y los diferentes profesionales involucrados en su atención en red, según pertinencia”

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

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

(...)

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

En entrevista realizada el 23 de enero del 2023 a la Dra. Jazzel Murillo Solano, Coordinadora del Módulo de Diálisis Peritoneal del CAIS de Cañas, manifestó en relación con las visitas domiciliarias que se realizan a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, lo siguiente:

“Los pacientes con diálisis ambulatoria (diálisis en su casa) se les realiza una visita mensual, en la cual se supervisan técnicas de diálisis, se valora condición de higiene y limpieza del cuarto de dializado, conteo de sueros, descarte de sueros, valoración del catéter, toma de signos, peso. Y valoración de laboratorios y conteo de medicamentos cuando asiste el medico a las visitas”.

En entrevista realizada el 24 de enero 2023 a la Dra. Marta Avellán Boza, Nefróloga del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, indicó sobre el seguimiento de pacientes con diálisis peritoneal lo siguiente:

“Definitivamente las áreas de salud pueden fortalecer su gestión realizando visitas de seguimiento y retroalimentando al equipo del HEBB con respecto a los hallazgos. Esto debido a que nosotros no tenemos ya capacidad de hacer las visitas de seguimiento frecuentemente por el aumento de pacientes en el programa. Pero de nada nos sirve que atención primaria los visite si no tenemos retroalimentación de esta. Los equipos de visita domiciliar deberían capacitarse en cuales son los objetivos para valorarse en estas visitas de modo que sean realmente provechosas para el equipo de diálisis en la toma de decisiones que repercutan directamente en la mejora de la atención del paciente en el programa. Estas capacitaciones deben hacerse directamente en UTR²² Liberia con el equipo interdisciplinario”.

Lo anterior se genera debido a que las acciones de coordinación y educación de parte del primer nivel de atención en la región Chorotega no han permitido que se aprovechen las visitas de campo limitando la retroalimentación de las situaciones que se presentan con los pacientes.

La situación descrita provoca que la enfermedad renal en la región Chorotega no esté siendo abordada de manera oportuna e integral, siendo ésta de alto riesgo debido al aumento de usuarios que requieren tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis, en virtud de que no fueron detectados oportunamente en el primer nivel, por lo que es pertinente la articulación de los niveles de atención y el establecimiento de estrategias de seguimiento en las visitas domiciliarias para brindar una mayor cobertura a los pacientes diagnosticados con enfermedad renal.

5.1. Condiciones que deben cumplir los pacientes para optar por la terapia de diálisis peritoneal

Se determinó que las coordinaciones y estrategias interinstitucionales son insuficientes para apoyar a algunos pacientes con enfermedades renales, que no pueden optar por la terapia de diálisis peritoneal, debido a que no cumplen las condiciones clínicas, red de apoyo y la condición de la infraestructura de sus viviendas.

²² Unidad de Terapia Renal del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Esta Auditoría realizó visitas durante el estudio a algunos usuarios diagnosticados con enfermedad renal en la región Chorotega y se corroboró que algunas personas viven en condiciones de hacinamiento y precariedad, toda vez que no son candidatos para recibir la terapia de diálisis peritoneal, tomando en consideración que también prevalecen los aspectos clínicos y sociales de los pacientes.

El procedimiento que se aplica para que los pacientes puedan optar por la diálisis peritoneal en sus domicilios es el siguiente:

- En el escenario ideal el paciente es valorado en la consulta externa de nefrología y conforme avanza la enfermedad se educa al paciente y se programa una visita domiciliar del equipo, conformado por salud mental, enfermería y trabajo social, el equipo da recomendaciones de mejora y reestructura la dinámica familiar según consideren necesario hacerlos.
- Posteriormente se hacen seguimientos tanto en consulta, como en domicilio y cuando la enfermedad progresa lo suficiente para tener criterios de ingreso a diálisis se programa la colocación del catéter de forma oportuna.
- En mucho de los casos desafortunadamente el diagnóstico es de emergencia y con criterios de inicio de diálisis urgente, cuando es así la intervención del equipo se hace en el servicio de urgencias para definir la conducta a seguir en horas a días si es necesario.
- Todos los casos son siempre comentados en sesión de Equipo de diálisis por los integrantes para definir la mejor intervención para el paciente.
- El tiempo de respuesta es variable y depende de la presentación clínica y evolución de cada paciente.

Cabe señalar que la diálisis peritoneal es solo un tipo de tratamiento para la enfermedad renal crónica terminal, el cual no es curativo sino de soporte cuando no es posible brindarla porque los riesgos exceden el beneficio, el tratamiento siempre se otorga, pero con tratamientos orales, no invasivos.

Cuadro 3
Cantidad de ingresos a la Unidad de diálisis
hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Años 2020 a enero 2023

Año	Cantidad de pacientes ingresados
2020	59
2021	87
2022	90
2023	06

Fuente: hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño

Del cuadro anterior se desprende un aumento del registro de usuarios que ingresan a la Unidad de diálisis del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, debido a que, en ese centro de salud, es donde se les coloca a los pacientes los catéteres que se requieren para las terapias y posteriormente son distribuidos (según su lugar de residencia) a las unidades satélites del CAIS de Cañas y del hospital La Anexión para continuar con la terapia.

En el Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, se indica:

“La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido identificada como una enfermedad de importancia en salud pública, con grandes implicaciones en la morbilidad y mortalidad asociada, lo que obliga a una unificación de criterios y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en su atención en la red de servicios, desde el laboratorio clínico, los médicos y los diferentes profesionales involucrados en su atención en red, según pertinencia”

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

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

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

En entrevista realizada el 30 de marzo 2023 a la Dra. Marta Avellán Boza, Nefróloga del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño se consultó sobre los pacientes que no pueden optar por la diálisis peritoneal en sus domicilios debido a que no reúnen las condiciones de infraestructura adecuada, al respecto indicó lo siguiente:

“Si existen pacientes que no pueden optar por diálisis peritoneal por las condiciones domiciliarias que se encuentran al momento de la visita domiciliar, sin embargo, esta no es la única causa que limita la terapéutica ya que para optar por este tratamiento y que sea exitoso además es necesario valorar redes de apoyo, apego a tratamiento, medidas de higiene y de autocuidado. Si el paciente no cumple con esos factores mencionados previamente la condición estructural del domicilio deja de tener importancia ya que esa terapia de igual manera está destinada a fallar con múltiples infecciones peritoneales que desencadenan una muerte precoz porque no es el tratamiento ideal. Por el contrario, si es un paciente con buenas redes de apoyo, buen apego al tratamiento, adecuadas medidas de higiene, pero la condición estructural de la casa es mala, trabajo social busca alianzas estratégicas con otras instituciones para lograr adecuado un aposento o se instalan otros dispositivos como carpas para proporcionar la terapia. Es decir que por sí solo la habitación no condiciona el ingreso a terapia de diálisis peritoneal. No se cuentan con datos específicos de los casos por la situación aclarada de previo”.

La Dra. Avellán Boza, agregó con respecto a cantidad de pacientes captados en el Servicio Emergencias con enfermedades renales en durante el periodo 2020 al 2023, lo siguiente:

“Las razones son varias.

- 1- En primer lugar, la falta de educación en salud renal, con campañas a la población en general sobre prevención de esta.*
- 2- Poco tamizaje a poblaciones vulnerables que permanecen asintomáticas hasta que llegan a etapas avanzadas de la enfermedad.*

3- Por último, el mayor problema es que aquellos pocos pacientes que si logramos captar de forma temprana y deben continuar control y evolución en los EBASIS deben ir con la referencia a buscar un campo de morbilidad, ya que la CCSS no cuenta con un énfasis para el control crónico de la enfermedad renal crónica en primer nivel de atención, es decir los médicos no tienen como citarlos si no son diabéticos o hipertensos. Esto general una fuga irremediable de estos pacientes que quedan sin control hasta etapas avanzadas de la enfermedad (..) Aproximadamente un 40% de los pacientes son diagnosticados en estadio 5, y de estos un 20% al momento de requerir diálisis”.

En entrevista realizada el 30 de marzo de 2023, a la Dra. Jazzel Murillo Solano, Coordinadora del Módulo de Diálisis Peritoneal del Área de Salud Cañas, se le consultó sobre los pacientes que no pueden optar por la diálisis peritoneal en sus domicilios debido a que no reúnen las condiciones de infraestructura adecuada y al respecto indicó lo siguiente:

“Primero se agotan todos los posibles recursos que pueda tener el paciente. Si del todo no tiene, el nefrólogo lo refiere al servicio de paliativos”.

Además, se consultó a la Dra. Murillo Solano, acerca de las gestiones que realiza la Institución para ayudar a los pacientes que presentan limitaciones de acceso al tratamiento de diálisis peritoneal y al respecto indicó:

“La institución colabora por medio de trabajo social con la orientación al paciente para la solicitud de ayuda a IMAS o solicitud de pensión. No existe otro tipo de ayuda (...) En el caso de nuestra Unidad, algunos pacientes que no cuentan con recursos para comprar la mesa, la balanza y el gigante, son referidos a la Fundación de Cuidados paliativos y las damas del voluntariado para el préstamo de esos artículos”.

En entrevista realizada el 30 de marzo del 2023, a la Dra. Joselyn Fonseca Aragón, Encargada del Área de Diálisis Peritoneal - Hospital de Día en el Hospital La Anexión se le consultó sobre los pacientes que no pueden optar por la diálisis peritoneal en sus domicilios debido a que no reúnen las condiciones de infraestructura adecuada y al respecto indicó lo siguiente:

“Se tiene una bitácora realizada desde el inicio del programa en el 2016, se datan un total de 203 pacientes en quienes se sugiere la terapia dialítica, de estos 102 no ingresaron al programa debido a problemas de infraestructura: los módulos para diálisis otorgados por la Coopeguanacaste desafortunadamente son solo 5 y estas permanecen en uso, por lo que casi nunca son opción para nuestros usuarios”.

Se consultó, además, a la Dra. Fonseca Aragón, acerca de las gestiones que realiza la Institución para ayudar a los pacientes que presentan limitaciones de acceso al tratamiento de diálisis peritoneal, la cual manifestó que:

“A nivel institucional, se gestiona por medio de trabajo social enlace al IMAS, trámite de pensión y alianzas público-privadas con ONG´s, o la Coopeguanacaste, el Ministerio de Salud, con su programa SANEBAR ha proporcionado baños adaptados a los requerimientos de estos pacientes, sin embargo, estas gestiones, no son tan rápidas para solventar un problema de salud en estado tan avanzado y de evolución fatal tan rápida”.

Lo anterior se genera debido a que los diagnósticos de enfermedad renal son captados tardíamente y a su vez los pacientes están en una fase avanzada de deterioro renal y en muchos de los casos no cuentan con red de apoyo, no tienen apego al tratamiento, no mantienen medidas de higiene y de autocuidado, no cuentan con una vivienda adecuada, entre otros, por lo que la intervención se hace en el servicio de urgencias para definir la conducta a seguir por parte de los especialistas.

La situación descrita provoca que los pacientes no puedan optar por ayuda social de manera pronta para mitigar las necesidades a fin de que la terapia resulte positiva, sino que al no contarse con las condiciones requeridas el tratamiento estaría destinado a fallar.

5.2. Oportunidad de atención de los pacientes que reciben diálisis peritoneal

Se determinó la programación de diferentes horarios de atención y disponibilidad de recursos humanos en las unidades satélites del CAIS de Cañas y el Hospital La Anexión que limitan el acceso a la aplicación de diálisis peritoneal a los usuarios que la requieran.

Esta Auditoría realizó visitas el 23, 24 y 27 de enero del 2023 al CAIS de Cañas, hospital La Anexión y hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y corroboró los horarios de atención de las unidades de donde se brindan las terapias dialíticas, según detalle:

Cuadro 4
Horarios de atención de las Unidades de Terapia Renal
Región Chorotega

Unidad donde se brinda la diálisis peritoneal	Horario de atención
CAIS de Cañas	Lunes a viernes en jornada continua de 07:00 am a las 10:00 pm., y sábados de 06:00 am a 02:00 pm.
Hospital La Anexión	Lunes a jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., es decir no tiene un segundo turno y tampoco labora los sábados
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 10:00 p.m. y sábados de 6:00 am a 5:00 pm, con rotación de personal y de pacientes

Fuente: Visita realizada los días 23.24 y 27 de enero del 2023

Del cuadro anterior se desprende que el Área de Diálisis Peritoneal del hospital La Anexión, no labora en el segundo turno de lunes a viernes, no se brinda atención los sábados. Asimismo, el Módulo de Diálisis Peritoneal del CAIS de Cañas, labora los sábados 3 horas menos en comparación con el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, aspecto que afecta la atención para los pacientes que, por sus condiciones físicas, grupo etario, situación socioeconómica, entre otros, requieran de la asistencia de la terapia en las instalaciones médicas.

En el Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, se indica:

“La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido identificada como una enfermedad de importancia en salud pública, con grandes implicaciones en la morbilidad y mortalidad asociada, lo que obliga a una unificación de criterios y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en su atención en la red de servicios, desde el laboratorio clínico, los médicos y los diferentes profesionales involucrados en su atención en red, según pertinencia”.

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

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

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

En entrevista realizada el 30 de marzo 2023, la Dra. Marta Avellán Boza, Nefróloga del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, manifestó lo siguiente con lo que sucede con los pacientes que reciben el tratamiento de lunes a sábado, pero que no pueden recibirlo el domingo, al no trabajar ese día la unidad:

“Todo paciente que se encuentre en unidad de diálisis peritoneal intermitente está por definición subdializado, no solo por los domingos sino porque no se dializa las 24 horas que debe hacerse y que se hace de forma ambulatoria. Sin embargo, esta es una condición transitoria, de preparación para instalarse cuanto antes en el hogar. Estas unidades no son opción de tratamiento cónico”.

En entrevista realizada el 30 de marzo del 2023, a la Dra. Jazzel Murillo Solano, Coordinadora del Módulo de Diálisis Peritoneal del CAIS de Cañas, se consultó que sucede con los pacientes que reciben el tratamiento de lunes a sábado, pero al no trabajar la Unidad los domingos no pueden recibir el tratamiento y al respecto indicó:

“A largo plazo el paciente que esta subdializado puede tener complicaciones. Por esta razón se insiste en que el paciente debe permanecer lo menos posible en la unidad”.

Por su parte, mediante entrevista realizada el 30 de marzo de 2023, la Dra. Joselyn Fonseca Aragón, Encargada del Área de Diálisis Peritoneal - Hospital de Día en el Hospital La Anexión manifestó sobre lo que sucede con los pacientes que reciben el tratamiento de lunes a viernes, pero no tienen opción de presentarse en un segundo turno, ni sábados, domingos, lo siguiente:

“Para lograr una diálisis óptima, se requieren intercambios diarios de diálisis al menos cada 6 horas (otros requieren esta terapia más seguido, incluso cada dos horas), recordemos que nos encontramos sustituyendo el trabajo del riñón quien trabaja 24/7. Nuestra unidad tiene dos limitantes:

Se trabaja en horario de lunes a jueves de 7am a 4pm y los viernes de 7am a 3pm y solo contamos con una enfermera de planta que a su vez se divide labores con la demanda de hospital de día que es alta, teniendo una capacidad máxima de dos pacientes por día para diálisis, a su vez también atendemos las complicaciones generalmente infecciosas o disfunciones de los catéteres de quienes se encuentran ya instalados en sus hogares.

Dadas estas dos restricciones, debemos de alternar a los pacientes o incluso llegar a necesitar de camas de hospitalización que vienen siendo de mayor riesgo de complicaciones infecciosas, mayor gasto a la institución y el impacto emocional del paciente y sus familiares. Algunos no logran compensarse y fallecen antes de poder optimizarles, dada la limitante de horario”.



Esta situación ocurre debido a que las Unidades donde se brinda terapia de diálisis peritoneal en la Región Chorotega no mantienen igualdad en los horarios de atención del tratamiento y en la cantidad de recurso humano disponible, lo que reduce la oportunidad, equidad y calidad en la terapia que requiere el usuario

Lo descrito genera repercusión en los usuarios dado que algunos requieren mayor cobertura e intercambios dialíticos siendo que la terapia ideal es que al paciente se le realice 4 intercambios cada 6 horas para que esté totalmente dializado de lo contrario estarán subdializados.

6. SOBRE LA NECESIDAD DE REGIONALIZAR LOS TRASPLANTES RENALES CON DONANTES VIVOS.

Se determinó que los pacientes que pueden optar por trasplantes con donante vivo de la región Chorotega, deben ser trasladados y abordados en el hospital México para la terapia de sustitución de órgano, toda vez que el trámite de presentación de requisitos de los pacientes y aprobación no es expedito.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Donación de Órganos de Costa Rica (SINADOC) al 23 de marzo de 2023, se registran 71 pacientes inscritos que pertenecen a la Región Chorotega para recibir trasplantes renales. Es importante indicar que los 71 receptores forman parte de la lista de espera nacional, también están contemplados en la lista de espera del hospital México, debido a que en ese Centro Hospitalario es donde se realizan los trasplantes renales con donantes cadavéricos²³ y con donantes vivos²⁴.

El 23 de marzo del 2023, mediante correo electrónico el Dr. Javier Estrada Zeledón, Nefrólogo del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, informó a esta Auditoría lo siguiente:

“Al menos hoy tenemos 7 parejas de receptor y donante vivo listos para trasplantar con el problema de que no hemos logrado completar con el Hospital México el trasplante por diversos factores ya conocidos (problemas con trabajo social, hackeo, pandemia y ahora la reciente problemática de imágenes y coordinación con Radiología del Hospital México)”.

Se determinó que, el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño está autorizado por el Ministerio de Salud para registrar los pacientes ante el Sistema Nacional de Donación de Órganos de Costa Rica (SINADOC), pero no está habilitado para realizar trasplantes renales, siendo necesario gestionar el trámite de autorización formal ante la secretaria técnica de Donación y Trasplantes de Órganos del Ministerio de Salud y cumplir con los requisitos del anexo 7 de la Ley de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 9222 y su reglamento. Asimismo, comunicar a la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes para obtener el visto bueno en virtud de las competencias establecidas en la Política Institucional de Donación y Trasplantes.

De conformidad con el anexo 7 de la Ley de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 9222 y su reglamento, se describen los requisitos.

²³ Decreto 41461-S Norma nacional de distribución y asignación renal de donante cadavérico

²⁴ El Ministerio de Salud no ha emitido normativa nacional relacionada con donante vivo.

“1. Se cuenta con médicos especialistas en cirugía, nefrología, infectología, anestesia, cuidado intensivo y psicología con calificación en el tema para conformar el equipo que realizará los trasplantes de riñón.

El establecimiento cuenta con:

- a) Protocolos de manejo integral que aseguren la adecuada evaluación y selección del donante y del receptor, los mismos ya en ejecución desde hace más de 7 años que se cuenta con nefrología en el Hospital.*
- b) Planta física con quirófano y área de recuperación, al menos dos quirófanos de cirugía no contaminada con posibilidad de uso simultáneo y contiguo, disponibles las veinticuatro horas los 7 días de la semana de los trescientos sesenta y cinco días del año, de uso no exclusivo.*
- c) Las áreas de cirugía y clínica o terapia intensiva, deben contar con sectores de internamiento con destino específico y posibilidad de aislamiento.*
- d) Equipo de terapia de reemplazo renal.*
- e) Servicios o equipos de: hemodiálisis, infectología y anatomía patológica y nefrología.*
- f) Servicios o equipos de diagnóstico por imágenes: radiología, ecodoppler y tomografía computarizada.*
- g) Laboratorio para análisis histoquímicos, infectológicos e inmunológicos.*
- h) Equipo de ventilación mecánica asistida”.*

La Política Institucional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, establece en el punto 3, lo siguiente:

“El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos a nivel institucional será regido por las regulaciones desde la Gerencia Médica de la Institución basadas en las mejores prácticas técnicas y administrativas ...”.

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

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

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

En entrevista realizada el 24 de enero 2023 a la Dra. Marta Avellán Boza, Nefróloga del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño se le solicitó enumerar las razones para solventar la lista de espera de los pacientes que requieren trasplantes renales a través de la regionalización y al respecto indicó:

- *“Lo más importante es lograr disminuir el tiempo de espera tanto para los pacientes de la Región como para los que se encuentran la lista de espera del Hospital México, ya que ahora están en la misma lista.*

- *Las gestiones que nos solicitan para presentar pacientes en el Hospital México implican un desgaste del equipo local que debe cumplir con múltiples requisitos según disponga el servicio de urología del HM²⁵, que implican duplicar el trabajo. Esto considerando que no tenemos personal que puede realizar esta función como si lo tiene el Hospital México y que recae en los únicos dos nefrólogos de la Región el llenado del machote de sesión y la presentación del caso (...)*
- *A pesar de tener pacientes listos desde antes de pandemia han sido múltiples las trabas que nos hemos encontrado en el proceso y ninguno ha sido aún trasplantado, algunos no tienen ni fecha para presentarse en sesión.*
- *Todo el desarrollo del estudio del donante y del receptor se hace de forma sencilla y fluida en nuestro hospital, pero como es de esperar trasladar esta información al HM resulta en trabas y malentendidos que derivan a su vez en duplicidad de valoraciones y de estudios que atrasan al paciente.*
- *Las complicaciones quirúrgicas inmediatas al trasplante deben ser valoradas en el HM lo que hace que a pesar de que le paciente tiene su control nefrológico post trasplante en el HEBB deba trasladarse hasta san José para su valoración, esto considerando la vulnerabilidad de estos pacientes resulta muy engorroso y riesgoso.*
- *La única forma de hacer espacios nuevos en las unidades de hemodiálisis en mediante la salida de pacientes por trasplante o por fallecimiento y disminuir listas de espera permitirá habilitar espacios en estas unidades para otros pacientes que lo necesitan. Esto tanto en la unidad de Liberia como la del HM.”*

Agregó la Dra. Marta Avellán Boza, con respecto a los requisitos solicitados por la secretaria técnica de Donación y Trasplantes de Órganos del Ministerio de Salud, en relación con el anexo 7 del reglamento de la Ley de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, 9222, lo siguiente:

“Cumplimos con todos los requisitos específicos para la autorización de los establecimientos de salud que realizan trasplante de riñón, pero no se ha presentado la solicitud ante el Ministerio de Salud”.

En entrevista realizada el 25 de enero 2023 al Dr. José Pablo Garbanzo Corrales, Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante, se consultó sobre la relevancia de regionalizar los trasplantes renales con donante vivo en la región Chorotega y al respecto indicó:

“Esta Coordinación Institucional considera absolutamente necesario y trascendental que la CCSS, antes de autorizar nuevos establecimientos para la realización de trasplantes de cualquier tipo, debe definir el plan de desarrollo de acuerdo con la capacidad instalada y necesidades institucionales y nacionales. Esta Coordinación Institucional se mantiene a la espera de estudio correspondiente que realiza la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, lo cual constituiría un insumo de sumo valor para la definición de estrategias y pasos a seguir en este tema particular”.

²⁵ H...ospital México



El aumento de casos de pacientes con enfermedades renales y que requieren de trasplantes en la Región Chorotega ha generado que el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño busque alternativas institucionales para brindar a los usuarios la atención oportuna, por cuanto entre más tiempo permanezca un paciente en lista de espera su condición de vida disminuye.

La situación descrita provoca que 71 pacientes de la región Chorotega estén en lista de espera para recibir trasplante renal, además, el hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño ha gestionado 7 parejas de receptor y donante vivo listos para trasplantar ante el hospital México desde el inicio de la pandemia (año 2020), sin embargo, los trámites realizados han sido infructuosos y los pacientes continúan a la espera de la programación de cirugía en el hospital México.

7. SOBRE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL ESTUDIO

Para esta Auditoría no fue posible determinar que a nivel de Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y de Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica, se haya identificado los riesgos sustantivos asociados a las actividades desarrolladas para el abordaje integral de la enfermedad renal crónica.

Por lo anterior, se hace de conocimiento de la Administración los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sean valorados y se establezcan las actividades de control que se estimen pertinentes, según se detallan a continuación:

Clasificación	Riesgo
RH-01 Personal no capacitado	La falta de personal médico capacitado en el abordaje de la enfermedad renal crónica puede aumentar el riesgo de diagnóstico tardío o incorrecto, tratamiento inadecuado, complicaciones graves, falta de educación y orientación adecuadas, y seguimiento deficiente.
OP-02 Falta de información requerida oportuna y confiable.	La falta de información oportuna y confiable sobre el abordaje de la enfermedad renal crónica puede resultar en una falta de conciencia, prevención y control de factores de riesgo, tratamientos inadecuados, falta de opciones de tratamiento informadas y el riesgo de desinformación.
OP-03 Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades.	Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades desarrolladas en la atención de la enfermedad renal crónica pueden llevar a una detección tardía, falta de intervención temprana, incumplimiento terapéutico, riesgo de errores en la administración de medicamentos y terapias, y una calidad deficiente en la atención.
OP-06 Inadecuada comunicación de la información entre los usuarios.	Una inadecuada comunicación de la información entre los usuarios relacionada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad renal crónica puede llevar a una falta de conciencia, falta de adopción de estilos de vida saludables, retraso en la detección temprana, propagación de mitos y desinformación, y falta de participación activa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Vinculación con la Planificación Institucional

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

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

La falta de identificación de los riesgos relacionados con la gestión de la detección, seguimiento y tratamiento de la enfermedad renal crónica puede resultar en una planificación inadecuada, ineficiencia en el uso de recursos, calidad deficiente de la atención, aumento de las complicaciones y costos, y falta de mejora continua. Es esencial que la Administración Activa reconozca y aborde estos riesgos para garantizar una atención efectiva y de calidad para los pacientes con ERC.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidencia oportunidades de mejora en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, relacionadas con el fortalecimiento de acciones, estrategias y propuestas para la detección temprana, control y seguimiento de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica. La ERC constituye un problema de salud pública a nivel mundial, que tiene repercusión en Costa Rica y especialmente la provincia de Guanacaste, representando un alto costo humano y económico para el sistema de salud, al ser una enfermedad con una prevalencia y mortalidad elevada; por tal motivo, es necesario que esta patología se maneje de forma integral y con un eficiente seguimiento, que garantice la continuidad del servicio en el primer nivel de atención de la CCSS, con el consecuente retraso de la progresión y disminución de la mortalidad a causa de esta enfermedad.

El Primer Nivel de Atención, como base del sistema de salud, requiere de un adecuado funcionamiento para impactar en la atención y control de la ERC, por cuanto, a causa de su papel fundamental en la atención de programas, requiere de acciones de la integración con la comunidad a la que brinda el servicio, adecuándose a las necesidades particulares de la población para responder a los determinantes de la salud. Asimismo, es preciso garantizar el fortalecimiento del enfoque preventivo, con énfasis en el autocuidado, con participación comunitaria, e interinstitucional, basada en la realidad epidemiología local.



El problema de salud pública de la ERC pone de manifiesto la necesidad de una atención sistematizada para evitar que el paciente en riesgo desarrolle la enfermedad, y que el que ya la tiene, avance hacia la etapa extrema. Para obtener los mejores resultados en el cuidado de los pacientes con ERC, es esencial que los profesionales de la salud involucrados tengan una adecuada aptitud o competencia clínica que les permita integrar correctamente el diagnóstico y el uso de recursos terapéuticos para asegurar una atención de alta calidad.

Preocupa a esta Auditoría la cantidad de pacientes que requieren terapia de sustitución renal dialítica en la región Chorotega, siendo que la diálisis peritoneal y hemodiálisis representan un alto costo económico para la institución; sin embargo, hay usuarios que no tienen la opción de recibir esa terapia de atención, por cuanto no disponen de posibilidades para cumplir los requisitos tales como: red de apoyo, apego al tratamiento, infraestructura adecuada de vivienda, deficientes medidas de higiene y de autocuidado, entre otros. Por lo anterior, estos usuarios deben ser intervenidos en los Servicios de Urgencias, pues la mayoría han sido diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que a su vez compromete la vida y las opciones que la Institución brinda están limitadas, por lo que son trasladados a Cuidados Paliativos, en los casos en los cuales no es posible acceder a la colaboración de otras instituciones, de forma que se mejore la condición socioeconómica del usuario o bien el paciente ha respondido a infecciones.

También se evidenció que hay diferencias en la disponibilidad de servicio de tratamiento de diálisis peritoneal, por cuanto en el Hospital la Anexión y el Área de Salud Cañas brindan atención en horarios más reducidos que los establecidos para la Unidad de Terapia Renal del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

Se considera que, es necesario valorar la regionalización los trasplantes renales con donantes vivos en el Hospital Enrique Baltodano Briceño, lo cual representaría la oportunidad de administrar la problemática de la lista de espera nacional y la del Hospital México (dado que en este Centro Hospitalario se realizan los procedimientos de los receptores inscritos por el Servicio de Nefrología del hospital del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño ante el Sistema Nacional de Donación de Órganos de Costa Rica (SINADOC); además se mejoraría la calidad de vida de los usuarios que tiene como última opción el trasplante.

RECOMENDACIONES

AL DR. MARINO RAMÍREZ CARRANZA, GERENTE MÉDICO Y A LA LICDA. GABRIELA ARTAVIA MONGE, GERENTE FINANCIERA A.I., O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO

1. Desarrollar en coordinación con la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y con la participación de la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica (CRAERC), una estrategia de financiamiento para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad renal crónica, considerando la situación crítica de esta patología en la región chorotega y que tiene impacto tanto en la gestión de las unidades prestadoras de servicios de salud como en los indicadores a nivel país.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá aportar en un plazo de 6 meses a partir del recibido del presente informe, evidencia de la estrategia de financiamiento definida para garantizar la disposición de recursos y atender esta problemática.

AL DR. MARINO RAMÍREZ CARRANZA, GERENTE MÉDICO Y AL MSC. CÉSAR BLANCO CHAVARRÍA, DIRECTOR DE COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL, O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO

2. Desarrollar en coordinación con la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y con la participación de la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica (CRAERC), una estrategia de comunicación en la región Chorotega, con el fin de informar y difundir la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad renal crónica.

El objetivo principal es sensibilizar a las personas para que adopten conductas y tomen decisiones saludables, al mismo tiempo que se aumenta la conciencia y se educa a la población sobre la enfermedad renal crónica (ERC), sus factores de riesgo y las medidas preventivas a tomar.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá aportar en un plazo de 6 meses a partir del recibido del presente informe, evidencia del diseño de la estrategia y un cronograma con las actividades planificadas para su implementación.

AL DR. MARINO RAMÍREZ CARRANZA, EN CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Considerando que los resultados de la evaluación evidencian la urgencia apremiante de fortalecer el abordaje de la enfermedad renal crónica, mediante procesos robustos de promoción de la salud que favorezcan al paciente, de conformidad con el hallazgo 1.1 del presente informe, llevar a cabo entre otras acciones las siguientes:
 - a) Gestionar ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las acciones necesarias para disponer del resultado final de la asesoría solicitada.
 - b) Instruir a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud la modificación del Plan Institucional de Promoción de la Salud 2023-2027, según las observaciones y aportes efectuados por el organismo internacional.
 - c) Definir los indicadores de gestión relacionados con la promoción de la salud que formarán parte del Plan Táctico gerencial 2023-2027.
 - d) Establecer las acciones que sean necesarias, para continuar desarrollando actividades de promoción de la salud, en tanto se reciben y analizan los aportes de la Organización Panamericana de la Salud.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación aportar evidencia documental de las gestiones realizadas ante la OPS según se solicita en el inciso a), la instrucción girada para modificar el Plan Institucional de Promoción de la Salud (inciso b), la definición de los indicadores establecidos para atender el apartado c), evidencia documental de las acciones que deben continuarse realizando en materia de promoción (inciso d).

Plazo: 6 meses a partir del recibo del presente informe.

4. Realizar, considerando que los datos estadísticos reflejan una mayor prevalencia y mortalidad de la insuficiencia renal en la región Chorotega en relación con las demás áreas del país, de conformidad con el hallazgo 2 del presente informe, las siguientes acciones:

- a) Implementar un programa de detección de la enfermedad renal crónica (ERC) coordinado por la Institución, diseñado para brindar acceso a aquellos usuarios que no dispongan de un tipo de aseguramiento médico, donde se realicen pruebas de función renal de manera gratuita o a un costo muy reducido. El programa podría iniciar como plan piloto en áreas de salud prioritarias de la región Chorotega (Ej. Cañas y Carrillo). Al identificar y tratar a las personas afectadas en las etapas iniciales de la enfermedad, se pueden prevenir complicaciones graves y costosas, como la insuficiencia renal crónica y la necesidad de diálisis o trasplante renal.
- b) Incluir la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como un programa de atención con énfasis específico en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), y de ser procedente, iniciar como plan piloto en la región Chorotega, lo anterior, con base en la incidencia que tiene la ERC y el criterio emitido por el personal de salud experto en la materia, en pro de la detección temprana, clasificación, tamizaje, control, seguimiento y tratamiento interdisciplinario e interinstitucional de la enfermedad.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá aportar evidencia documental del programa de prevención y de las acciones para su implementación (inciso a), así como del estudio y/o análisis solicitado para la inclusión de la ERC como programa en EDUS (inciso b).

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

5. Coordinar con la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y con la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes, para que una vez que se efectuó un análisis exhaustivo de aspectos administrativos y de los requisitos establecidos en el anexo 7 de la Ley de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos 9222 y su reglamento, se presente formalmente ante la Secretaria Técnica de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos del Ministerio de Salud, la solicitud de autorización para que se valore la realización de trasplantes renales con donante vivo en el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño y con ello se favorezca la salud de los pacientes. Lo anterior de conformidad con el hallazgo 6 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá aportar a esta Auditoría, evidencia documental de la solicitud presentada por el Servicio de Nefrología del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño en enlace con la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega y la Coordinación Institucional del Programa de Donación y Trasplantes de la Gerencia Médica ante el Ministerio de Salud.

Plazo: 3 meses, a partir del recibo del presente informe.

AL DR. WARNER PICADO CAMARENO, EN CALIDAD DE DIRECTOR DE LA RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CHOROTEGA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

6. Considerando que los resultados evidencian debilidades en el abordaje de la enfermedad que no favorece la salud de los pacientes (hallazgos 1.2, 2 y 4), ante la necesidad de disponer de estrategias efectivas que permitan un mejor control de la ERC, en coordinación con la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica y las áreas de salud, definir e implementar un plan regional orientado a la prevención y detección temprana, tomando en cuenta entre otras las siguientes acciones:
 - a. En cuanto a la promoción de la salud, continuar con las campañas de concientización y educación dirigidas a la población, empresas que desarrollan actividades de riesgo (agrícolas, turismo, construcción) y a grupos específicos (diabéticos, hipertensos), con el fin de fomentar hábitos saludables que ayuden a prevenir la Enfermedad Renal Crónica, lo anterior, en apego a la normativa vigente y lineamientos técnicos establecidos
 - b. Establecer acciones orientadas a la detección temprana y diagnóstico oportuno en poblaciones de alto riesgo (trabajadores expuestos a estrés térmico por calor y casos hereditarios), aplicando y brindando seguimiento efectivo a las pruebas de función renal y análisis de laboratorio para detectar la presencia de marcadores tempranos de la enfermedad.
 - c. Considerar el establecimiento de clínicas de atención para la enfermedad renal crónica, en las cuales se valore periódicamente a los pacientes diagnosticados, con el objetivo de proporcionar atención médica integral que incluya aspectos como:
 - i. Educación y asesoramiento: información a pacientes y familiares sobre la dieta y nutrición adecuada; importancia de controlar la presión arterial y otros factores de riesgo; estilos de vida saludable; hidratación continua; manejo de síntomas y las complicaciones asociadas a la enfermedad.
 - ii. Seguimiento y monitoreo: evaluar la progresión de la enfermedad en los pacientes y ajustar el tratamiento en consecuencia. Esto puede implicar pruebas y exámenes periódicos para evaluar la salud renal.
 - iii. Coordinación del cuidado: trabajo en estrecha colaboración con otras disciplinas (nefrología, nutrición, enfermería, psicología) para coordinar el cuidado integral de los pacientes.
 - d. Apoyar la investigación científica en el campo de la enfermedad renal crónica, con el objetivo de mejorar la comprensión de sus causas e implementar nuevas estrategias de prevención y tratamiento en la región.
 - e. En virtud de que el estudio identificó en EDUS -al 31 de diciembre de 2022- 11.793 casos de personas que presentan diagnóstico con ERC, fortalecer los sistemas de información que permita la estratificación de los pacientes en cuanto al lugar donde pertenecen, estadio de la enfermedad y elaborar un programa específico de seguimiento a esos pacientes, así como a los nuevos diagnosticados con el padecimiento. Cabe indicar que este programa deberá ser articulado a través de la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica.

- f. Una vez implementado el seguimiento a los casos indicados en el punto anterior, que esa Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, establezca un programa de supervisión que permita garantizar el cumplimiento de las acciones y el adecuado control de las actividades.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá aportar evidencia documental del plan solicitado, así como de las acciones desarrolladas e implementadas según el cronograma establecido, con el fin de fortalecer el abordaje, prevención y control de la ERC en la región Chorotega.

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

7. Implementar un programa de capacitación al personal de salud de los establecimientos de atención adscritos a esa dirección de red, impartido por la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica (CRAERC), con el propósito de contribuir al mejoramiento de los procesos en detección temprana, clasificación, tamizaje, control, tratamiento y cumplimiento de la normativa vigente aplicable para el abordaje de la enfermedad renal crónica. Al respecto, de considerarlo pertinente, coordinar con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social apoyo y asesoría para este proceso (hallazgos 2 y 4 de este informe).

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá aportar evidencia documental del programa de capacitación debidamente aprobado, y evidencia de su efectiva implementación.

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

8. Efectuar un análisis de los aspectos señalados en el presente informe (hallazgo 2) y realizar las gestiones que correspondan para:
- a. Remitir a las Unidades adscritas a esa dirección de red, un flujograma -elaborado por la Comisión Regional de Vigilancia Epidemiológica COREVE- que sirva como guía en la mejora del proceso de notificación diaria del médico (boleta de notificación individual VE.01) hacia la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica (COLOVE) y este a su vez a la Comisión Interinstitucional Local de Vigilancia de la Salud (CILOVIS).
- b. Que la COREVE establezca los mecanismos necesarios para recibir en forma periódica (mensual) de las Unidades el reporte de casos y que la Comisión Regional para la Atención de la Enfermedad Renal Crónica (CRAERC) tenga acceso a esa información para utilizarla en la implementación de estrategias y el establecimiento de recomendaciones que contribuyan a mejorar el abordaje de la enfermedad renal crónica en la región.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá aportar evidencia documental del flujograma solicitado y su socialización al personal médico (inciso a), así como del establecimiento de los mecanismos de recepción de reporte de los casos solicitada en el apartado b).

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

9. Instruir y garantizar que el Supervisor Regional de Laboratorio Clínico, efectúe el seguimiento al avance de la Licitación Pública 2017LN-000011-5101 “Pruebas bioquímicas automatizadas en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo y otros fluidos biológicos”, con el propósito de que una vez entre en vigencia esta contratación, se garantice que los Laboratorios Clínicos de las áreas de salud adscritas a esa Dirección de Red Integrada, adquieran los reactivos necesarios para el diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica y estos los incluyan dentro de su oferta de servicios. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 3 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá aportar evidencia documental de la instrucción girada al supervisor regional y de las acciones desarrolladas para garantizar que los Laboratorios Clínicos incluyan dentro de su oferta de servicios los reactivos necesarios para el diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica.

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

10. Efectuar un análisis que permita determinar la viabilidad y beneficios para los pacientes adscritos al Hospital la Anexión y al Área de Salud Cañas, que requieren recibir terapia dialítica, con el fin de ampliar el horario de atención en las mismas condiciones del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño. Lo anterior de conformidad con los hallazgos 5.1. y 5.2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá aportar evidencia del análisis solicitado y las acciones ejecutadas a partir de los resultados obtenidos.

Plazo: 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

11. Revisar y de ser procedente, actualizar la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados en las diferentes actividades que involucran la atención y abordaje de la enfermedad renal crónica, y que se vinculen con el “Catálogo Institucional de Riesgos” considerando los riesgos determinados en el presente informe, así como lo señalado en la “Guía Institucional de Valoración de Riesgos”. Asimismo, se establezcan los controles mínimos para mitigarlos y la metodología para monitorear de forma periódica su cumplimiento y eficacia. De conformidad con el hallazgo 7, de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de la citada recomendación, se deberá suministrar la “Matriz de Valoración de Riesgos”, que contenga de forma integral y actualizada la totalidad de riesgos identificados. Plazo de cumplimiento 6 meses, a partir del recibo del presente informe.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles²⁶ se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”²⁷ con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

²⁶ Plazo máximo establecido en la Ley General de Control Interno (Art. 17 inciso d / Art. 36 inciso a), para iniciar la implantación de las recomendaciones de los informes de auditoría.

²⁷ Requerido en el Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: “Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones”.

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

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 62 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe se comentaron el 3 y 5 de julio de 2023 por medio de la Plataforma Microsoft Teams; de acuerdo con la convocatoria realizada por la Auditoría Interna, mediante los oficios AI-1233-2023 del 27 de junio de 2023 dirigido al Dr. Marino Ramírez Cascante, Gerente Médico, Dra. Natalia María Bejarano Campos, Directora de Red de Servicios de Salud, Dr. Warner Picado Camareno, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega, y AI-1243-2023 del 28 de junio de 2023, dirigido a la Licda. Gabriela Artavia Monge, Gerente Financiera y M. Sc. César Blanco Chavarría, Director de Comunicación Organizacional. Además de las autoridades mencionadas, participaron en dichas sesiones los siguientes funcionarios:

- Dr. Marvin Palma Lostalo, director general del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
 - Dra. Mónica Ethel Espinoza Trejos, médico asistente especialista del hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.
 - Lic. Vernon Bolaños Martínez, Asesor de la Gerencia Médica.
 - Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado, funcionario de la Dirección Red de Servicios de Salud.
 - Licda. Leilyn Méndez Esquivel, Dirección de Presupuesto.
 - Licda. Adriana Gutiérrez Mena, Subárea Costos Hospitalarios.
 - Lic. Miguel Cordero García, Dirección de Coberturas Especiales.
 - M. Sc. Juan Alberto Piedra Montero, Área Gestión Riesgos Excluidos.
 - Lic. Diego Alonso Coto Ramírez, Dirección de Comunicación Organizacional.
- Los principales comentarios efectuados en el desarrollo de la presentación de los resultados del informe se plasman de la siguiente manera:

Recomendación 1: La Licda. Leylin Méndez Esquivel, jefe de la Dirección de Presupuesto y la Licda. Gabriela Artavia Monge, Gerente Financiera a.i., solicitan valorar la redacción en el entregable, en cuanto al uso de la palabra “desarrollada”. Además, la Licda. Méndez Esquivel señaló que considera importante dejar claro en las recomendaciones que son compartidas por 2 o más instancias, quien debe liderar las gestiones para lograr el cumplimiento de la recomendación.

Al respecto, esta Auditoría está de acuerdo con modificar la palabra redacción del entregable, y se ajustó en este documento. Por su parte, en lo relacionado con definir una instancia líder, se considera que por la relevancia del tema, es relevante mantener la responsabilidad compartida de ambas instancias, razón por la cual este aspecto se mantiene igual.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Recomendación 2: El Máster César Blanco Chavarría, Director de Comunicación Organizacional, sugirió sustituir la palabra “capacitar” por “sensibilizar” y que la redacción del entregable se modifique, siendo que para acreditar el cumplimiento de la recomendación se entregue el diseño y un cronograma con la planificación de la estrategia de comunicación. Al respecto, esta Auditoría está de acuerdo con los ajustes sugeridos y se modifica el informe.

Recomendaciones 3 y 4: El Lic. Vernon Bolaños Martínez, Asesor de la Gerencia Médica, solicita que el plazo se amplíe a 6 meses, se ajusta lo correspondiente.

Recomendación 6: El Dr. Warner Picado Camareno, director de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Chorotega, indicó que el inciso (d) de la recomendación no es de resorte de esa instancia promover la investigación, al respecto se realizó ajuste y se sustituye la palabra “promover” por “apoyar”.

Recomendaciones 8 y 10: El Dr. Warner Picado Camareno, director de la Dirección de Red Integrada Prestación de Servicios de Salud Chorotega, solicita que el plazo se amplíe a 6 meses, se ajusta.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Licda. Francella Fallas Núñez
Asistente de Auditoría

MBA. Víctor Hugo Ruiz Méndez
Asistente de Auditoría

Ing. Miguel Salvatierra Rojas, jefe
Subárea

MASR/FFN/VHRM/lbc