



ASS-170-2020

15 de diciembre de 2020

Resumen Ejecutivo

El presente estudio se realizó en cumplimiento del plan anual operativo del Área Servicios Salud de la Auditoría Interna, para el período 2020, con el fin de evaluar la gestión técnica - administrativa en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Considerando que los resultados del estudio evidencian que la patología cardiovascular, es la principal causa de muerte en nuestro país, y que se deben fortalecer las acciones en cuanto a la gestión de dirección, organización y de coordinación en red, se solicita que la Gerencia Médica realice un estudio sobre la viabilidad de implementar un programa de la patología cardiovascular, para tales efectos utilizar la colaboración de las Unidades Técnicas. Asimismo, en el marco de los resultados del análisis, verificar la procedencia que a una dependencia se le designe las actividades de: conducción, coordinación y articulación de la patología a nivel institucional.

De igual forma, se efectuó un fortalecimiento y revisión de las actividades, ámbito de acción y responsabilidades de las competencias de la Comisión de Cardiología, al amparo de los puntos encomendados por la Junta Directiva, sesión 8775, artículo 8, celebrada el 7 de mayo del 2015, según el hallazgo

Asimismo, es indispensable robustecer las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, acorde a las necesidades expuestas en el estudio, así como también que se implemente y unifique una herramienta para que los Promotores de Salud registren la atención de los pacientes en las Áreas de Salud y se determine la funcionalidad de la Promotora de Salud destacada en la Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud.

Es de vital importancia que la Institución a través de la Gerencia Médica, valoren la motivación de una Ley, Decreto Nacional, Política o una estrategia interinstitucional de alto nivel, donde se exteriorice la enfermedad como un problema de salud nacional y con ello se le brinde una mejor trazabilidad y articulación a nivel país, por cuanto la patología cardiovascular, por su naturaleza no solo es responsabilidad de la Caja asumir la atención de la enfermedad, sino también de otras instituciones para brindar una atención integral, de conformidad a lo establecido en la "Estrategia Nacional del Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad del 2013-2021" y de conformidad con lo ratificado por Costa Rica en la Declaratoria de Antigua Guatemala "Unidos para detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana" del 23 de junio 2011.

Es importante indicar que con la situación de la pandemia causada por el Covid-19, el estrés puede elevar la afectación del corazón a mayor cantidad de usuarios tal y como lo señala la literatura internacional. En el año 2017 un estudio de la Universidad de Múnich y el Centro Alemán para la Salud Ambiental, determinaron que la carga hormonal que se activa cuando los niveles de estrés, depresión o ansiedad son muy altos y continuos, es elevada. Asimismo, en el citado año, la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, establecieron que las personas con mucho estrés tenían inflamación en la aorta y la médula ósea. Cuanto más crónico era el estrés, mayor era la inflamación, por lo que se presume que, en periodos de estrés, la amígdala puede enviar a la médula espinal órdenes para que produzca más glóbulos blancos, lo que podría inflamar más la aorta y esto a su vez dificultaría el paso de sangre, favoreciendo la posibilidad de infarto o derrame.

También se determinó, que existen desigualdades en la oportunidad de atención de los asegurados por motivo de diferentes tiempos de espera para optar por una consulta especializada, un procedimiento de diagnóstico o terapéutico en la especialidad de Cardiología, lo cual genera riesgos para la salud y hasta la vida de las personas, a pesar de estar amparados a los principios de equidad, obligatoriedad, solidaridad y a un mismo modelo de prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, toda vez que es necesario continuar con el fortalecimiento de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el propósito de reducir la morbimortalidad cardiovascular. Asimismo, es destacable, que los motivos que originan la interposición



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

de los recursos a los Servicios de Cardiología están referidos a que los usuarios alegan afectación por lista de espera para recibir atención médica, lo que denota debilidades en la capacidad instalada de los centros hospitalarios.

Asimismo, se concluyó que, a nivel regional, los usuarios de las zonas geográficas objeto de estudio no tienen accesibilidad para recibir un servicio oportuno y eficiente ante un evento de la enfermedad, situación que se complica cuando deben esperar más de 30 días para recibir un procedimiento en los hospitales nacionales, siendo perjudicial para los pacientes como para las finanzas institucionales de acuerdo con el costo de la estancia por día.

La Institución actualmente debe fortalecer los sistemas de información financiera, a fin de obtener datos sobre los costos de una especialidad, con especial interés de cómo se formula y se ejecuta el presupuesto de la misma, siendo un aspecto clave relacionado con la sostenibilidad financiera, información que le permite a la administración disponer de un mejor control, su uso eficiente y permitir crear estrategias para responder de forma oportuna a la contención del gasto, inversión, así como de su constante monitoreo.

La especialidad de cardiológica supone un costo importante y progresivamente creciente que repercute directamente en la Caja Costarricense Seguro Social, su optimización puede, por tanto, conllevar un importante ahorro, adecuando la oferta de servicios a la demanda y necesidades de la población.



ASS-170-2020

15 de diciembre de 2020

ÁREA SERVICIOS SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL RELACIONADA CON EL ABORDAJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2020, del Área de Auditoría Servicios de Salud, en el apartado de estudios de carácter especial.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnica - administrativa en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares en la Caja Costarricense de Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la estructura orgánica y el proceso de planificación y programación de actividades para la atención de las enfermedades cardiovasculares a nivel institucional.
2. Verificar el cumplimiento de las actividades designadas a la Comisión de Cardiología relacionadas con la toma de decisiones estratégicas, para el abordaje preventivo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares a nivel institucional.
3. Evaluar la lista de espera de los usuarios que requieren procedimientos de diagnóstico o intervencionista, así como citas en la Consulta Externa de la especialidad de Cardiología.
4. Verificar los costos financieros de las consultas, procedimientos, cirugías, estancias, incapacidades, de la especialidad de Cardiología y su respectivo presupuesto.

ALCANCE

El estudio contempló la solicitud de documentación y revisión de las acciones realizadas por la Comisión de Atención Integral de la Patología Cardiovascular, conforme al acuerdo de Junta Directiva artículo 8 de la sesión No. 8775 celebrada el 7 de mayo del 2015, orientado en fortalecer la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular. En lo relacionado con el análisis de la lista de espera quirúrgica, de Consulta Externa y procedimientos de diagnóstico, comprendió el periodo de enero 2019 a octubre de 2020, la revisión de las consultas médicas otorgadas a pacientes de enero 2017 a octubre de 2020, así también se solicitó información de los registros de recursos de amparo. Para el análisis de costos se extrajeron los datos de las listas quirúrgicas al cierre diciembre 2019, con las tarifas incluidas en el modelo tarifario II Semestre 2019 y los datos presupuestarios fueron analizados con la información al cierre del periodo 2019 y 2018, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.



La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015 y demás normativa aplicable.

METODOLOGÍA

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

- Solicitud de información a la Gerencia Médica, Comisión de Atención Integral de la Patología Cardiovascular, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Hospitales Nacionales, Especializados, Periféricos y Regionales, Áreas de Salud
- Reuniones con funcionarios de diferentes Unidades, miembros de la Organización Panamericana de la Salud y con el exfuncionario Dr. Alvin Chaves Matamoros
- Revisión de los siguientes documentos, archivos digitales y/o sistemas de información:
- Resumen Consultas del Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC).
- Lista de espera quirúrgica, de Consulta Externa y procedimientos de diagnóstico, 2019 y 2020.
- Consulta Civil en https://www.consulta.tse.go.cr/consulta_persona/
- Sistema de Consulta de Planilla Ampliada Institucional
- Revisión herramienta Gestión de Riesgos de la patología cardiovascular
- Revisión Modelo Tarifario, diciembre 2019

Entrevistas:

- Ing. Marielos Gutiérrez Brenes Directora de Proyección de Servicios de Salud
- Dra. Severita Carillo Barrantes, Coordinadora de la Clínica de Rehabilitación Cardiopulmonar y Oncológica del Hospital San Juan de Dios
- Dr. Daniel Fernando Quesada Chaves, Coordinador de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl
- Dra. Ana Gabriela Castillo Chaves, Coordinadora de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Dr. Max Peralta
- Dr. José Miguel Castro, Jefe del Área Atención Integral a las Personas
- Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Coordinadora de la Coordinación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
- Dr. Roy Wong McClure, funcionario de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica
- Dr. Marvin Palma Lostalo, Director General, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
- Dr. Alberto Arguello Villalobos, asistente de jefatura de Medicina, Hospital de San Carlos.
- Dr. José Fernando Brenes Chavez, jefe de Medicina, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
- Dr. Hafeth Mauricio Núñez Chinchilla, jefe de Consulta Externa, Hospital Ciudad Neily
- Dr. Sigifredo Aiza Campos, jefe Cardiología, Hospital La Anexión
- Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefa Área Costos
- Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Jefa a.i. Subárea Costos Hospitalarios
- Licda. Leylin Méndez Esquivel, Jefa Área de Control y Evaluación Presupuestaria de la Dirección de Presupuesto
- Lic. Álvaro Rodríguez Sandí, Jefe Área de Presupuesto Hospital Nacional de Niños
- Licda. Carolina Gallo Chaves, Jefe Presupuesto Hospital México.
- Lic. Carlos Vargas Castillo, Jefe Área de Presupuesto Hospital Calderón Guardia
- Licda. Flora Peña Seas, Jefe, Área de Presupuesto, Hospital San Juan de Dios



MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de la República de Costa Rica
- Ley General de Control Interno N° 8292.
- Ley General de Salud y su Reglamento N°5395.
- Ley General de la Administración Pública No. 6227
- Ley de Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, del 2 de abril de 2002
- Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Política de Prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 18 de octubre de 2012.
- Política de Sostenibilidad del Seguro Social del 2018-2020
- Plan Nacional de Salud 2016-2020.
- Plan Estratégico Institucional 2019-2022
- Plan Táctico Gerencial de la Gerencia Médica 2019-2022
- Estrategia Nacional del Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad del 2013-2021.
- Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles Caja Costarricense de Seguro Social.
- Votos de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia: 3681 de las 17:06 horas del 7 de marzo de 2008; 5977 de las 9:30 horas del 26 de abril de 2017 y 9842 de las 9:20 horas. del 20 de junio de 2018.
- Análisis y planificación para el abordaje de atención integral de la patología cardiovascular a nivel institucional”, enero del 2016
- Oficio GG-3395-2020 13 de octubre de 2020 emitido por la Gerencia General y su anexo informe N° Dfoe-Ec-Sgp-00002-2020 Seguimiento de Gestión Sostenibilidad Financiera para la continuidad de los Servicios Públicos Críticos ante la emergencia sanitaria, del 3 de noviembre 2020 de la Contraloría General de la República.

ASPECTOS A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

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

ANTECEDENTES

La enfermedad cardiovascular es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional, siendo la principal causa de muerte desde 1970 en donde por su patogénesis afecta a todos los estratos de la sociedad, en tal sentido, la Institución ha realizado esfuerzos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y a su vez estableció un Plan de abordaje integral de la enfermedad cardiovascular en el 2016, que contiene acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, y rehabilitación. Asimismo, la Gerencia Médica conformó la Comisión de Patología Cardiovascular, en apego a lo acordado por la Junta



Directiva artículo 8 de la sesión No. 8775 celebrada el 7 de mayo del 2015, donde se establecieron una serie puntos relacionados con equipamiento, recurso humano, conformación de Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, creación de Unidades de Dolor Torácico, conformación de la Red Cardiovascular, entre otros. Para el cumplimiento de algunos de los puntos también fueron incorporadas otras Gerencias Institucionales.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental. Estas enfermedades son de larga duración y por lo general de progresión lenta son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% del número total de muertes anuales y matan a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En la actualidad las enfermedades crónicas son acreedoras de la mayor proporción de la carga total de morbilidad y lesiones en América Latina y el Caribe, por cuanto muchas de estas condiciones son susceptibles a las medidas preventivas. No obstante, la Organización Panamericana de Salud (OPS), señala que la acción eficaz para prevenir y controlar estas enfermedades depende del acceso oportuno a información exacta y fidedigna, para informar adonde se deben proyectar los recursos para optimizar los resultados y para observar y evaluar el impacto de las acciones tomadas. En los países, muchos componentes necesarios para la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los determinantes asociados ya están implantados. Sin embargo, existen brechas significativas y se reconoce que la vigilancia de las ECNT se puede mejorar al aprovechar, armonizar y complementar los sistemas existentes.

En Costa Rica, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), para el 2017, la principal causa de mortalidad en el país se debe al espectro de enfermedad cardiovascular en al menos 2.467 muertes, la segunda causa de muerte se debe a cáncer en al menos 1.758 fallecimientos (principalmente estómago, mama, próstata y colón) y como tercera causa de fallecimientos están la neumonías y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema pulmonar) complicada con infecciones pulmonares con 650 fallecidos.

Según los datos del Análisis situacional de Salud para Costa Rica 2018, dados por el Ministerio de Salud en el 2019 y basados en la Encuesta Nacional Riesgo Cardiovascular 2014, los tres factores principales son: la hipertensión arterial representa 31.2% de la población, la diabetes que la padecen el 14%, el sobrepeso y la obesidad, que ha aumentado de un 62 % a 66,6 % de personas entre 20 a 45 años y entre 49 % a 77,3 % de personas entre 45 y 65 años.

De acuerdo con las estadísticas brindadas por la Subárea de Vigilancia epidemiológica, los registros del (dashboard) sobre infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, por provincia es el siguiente:

Tabla 1
Cantidad de infartos agudo de miocardio con elevación del segmento ST
Del 2014 al 2019

Provincia	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019
San José	430	514	426	456	398	397
Alajuela	131	175	171	266	316	283
Cartago	144	111	67	78	122	76
Heredia	103	42	34	75	87	77

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Provincia	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019
Guanacaste	54	51	63	80	89	73
Puntarenas	74	86	67	79	91	68
Limón	41	45	19	38	46	46
Totales	977	1024	847	1072	1149	1020

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del dashboard.

Del cuadro anterior, debe considerarse que el infarto de miocardio con elevación del segmento ST es una emergencia médica producida por la formación de un trombo sobre una placa rota de aterosclerosis que ocluye la circulación coronaria del músculo cardíaco. Como consecuencia, se produce una isquemia prolongada y necrosis de las células del miocardio. Supone el 36% de los casos ingresados con la sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo, acompañada con una mortalidad del 6-10%. El tiempo de resolución para la atención del evento debe ser de una **hora** según lo establecido en la Guías ESC/EACTS de Revascularización Miocárdica 2018, European Heart Journal (2019) 40, 87–165.

En relación los registros de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, por provincia es el siguiente:

Tabla 2
Cantidad de infartos agudo de miocardio sin elevación del segmento ST
Del 2014 al 2019

Provincia	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019
Alajuela	5	2	11	67	105	176
San José	48	45	26	37	55	153
Cartago	126	121	113	108	114	114
Heredia *	-	-	-	-	-	-
Guanacaste	49	52	52	32	43	47
Puntarenas	3	9	8	8	67	93
Limón	-	-	-	48	56	48
Totales	231	229	210	300	440	631

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del dashboard. (*) No se suministró información de la provincia de Heredia.

Del cuadro anterior, se desprende que el Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) incluye el infarto sin onda Q y la angina inestable (ausencia de elevación enzimática). Se caracteriza por la presencia de dolor anginoso de más de 20 minutos de duración asociado o no a cambios del ECG compatibles con isquemia miocárdica aguda. Los síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCASEST) son los más frecuentes de los síndromes coronarios agudos. El tiempo de resolución para la atención del evento debe ser de **48 horas**, según lo establecido en la Guías ESC/EACTS de Revascularización Miocárdica 2018, European Heart Journal (2019) 40, 87–165.

Otro aspecto relevante es referente a la débil educación en Costa Rica sobre la prioridad de paso que deben tener las ambulancias, toda vez que el traslado de pacientes infartados debe ser expedita pues de lo contrario se pone en riesgo su vida y a modo de ejemplo tenemos que la distancia entre los hospitales San Rafael de Alajuela y el México es de 20 kilómetros, para un traslado razonable de 24 minutos, sin embargo, las ambulancias tardan hasta 2 horas en efectuar el recorrido. Lo mismo ocurre con los traslados de pacientes que requieren un traslado urgente del hospital San Vicente de Paúl en Heredia al hospital México, siendo que la distancia es de 7.8 km, para un recorrido razonable de 13 minutos, pero el traslado tarda más de una hora.



HALLAZGOS

1. IMPORTANCIA QUE LA GERENCIA MÉDICA FORTALEZCA LA ESTRUCTURA, EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, ATENCIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES A NIVEL INSTITUCIONAL.

La Comisión para el Abordaje de la Patología Cardiovascular ha realizado acciones para el avance y cumplimiento de los puntos encomendados por la Junta Directiva, sin embargo, éstas gestiones deben fortalecerse para que respondan a una articulación institucional en el seguimiento de la patología cardiovascular, como principal causa de muerte en el país desde 1970, toda vez que su función actual está enfocada a un acompañamiento y no de competencia decisoria.

Mediante oficio GM-D 15367-2018 del 26 de noviembre de 2018, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente Médico en ese momento, nombró a la Dra. Marjorie Elizondo, como Coordinadora a.c. Es través de la Dirección de Farmacoepidemiología que se convoca a los miembros de la Comisión del Abordaje de la Patología Cardiovascular, algunos de los cuales fueron sustituidos por jubilación, quedando la Comisión integrada de la siguiente forma:

- Dra. Marjorie Obando Elizondo Directora de Farmacoepidemiología y Coordinadora de la Comisión del Abordaje de la Patología Cardiovascular.
- Ing. Marielos Gutiérrez Brenes Directora de Proyección de Servicios de Salud.
- Dr. Eduardo Cambronero Hernández Director de Red de Servicios de Salud.
- Dra. Isabel Delgado Ramírez Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.
- Dr. José Miguel Angulo Castro Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Lic. César Blanco Chavarría Dirección de Comunicación Organizacional.
- Ing. Jorge Granados Soto Gerencia de infraestructura y Tecnologías.
- Dr. Carlos Araya Fonseca Gerencia Médica.
- Dr. David Sancho Montero Grupo Funcional Endovascular. Hospital Dr. Calderón Guardia.
- Dra. Marny Ramos Rivas Unidad Técnica de Lista de Espera.

Asesores:

- Dr. Daniel Quesada Chaves Cardiólogo, Hospital San Vicente de Paul.
- Dra. Severita Carrillo Barrantes Fisiatra, Hospital San Juan de Dios.
- Dr. Jorge Arauz Chavarría Jefe Cardiología, Hospital San Juan de Dios.

En consulta efectuada por este Órgano Fiscalizador, sobre el rol que desempeña la Dra. Dominique Guillen Femenías, en la Comisión, debido a que no se incluye en el listado de los miembros integrantes, se nos aclaró en oficio DFE-CPC-0024-2020 del 26 de agosto de 2020, lo siguiente:

“Por error material, no se consignó el nombre de la Dra. Dominique Guillén Femenías, la cual fue nombrada para brindar apoyo técnico y administrativo a la Comisión Inter gerencial para el Abordaje de la Patología Cardiovascular, desde el mes julio del año 2017. Siendo así, que a la fecha es un miembro activo”.

En reunión sostenida el 11 de febrero 2020, con la Dra. Marjorie Obando Elizondo y la Dra. Dominique Guillén Femenias, miembros de la Comisión comentaron lo siguiente:

*“...fue creada mediante acuerdo de Junta Directiva artículo 8 de la sesión No. 8775 celebrada el 7 de mayo del 2015, orientado en fortalecer la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular y **recalaron que su función es de acompañamiento.**” (el resaltado no corresponde al original)*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

El 20 de febrero 2020, se le consultó al Lic. Gerardo León Salazar, Asesor de la Gerencia Médica, las competencias de la mencionada Comisión y al respecto señaló que la “Comisión tiene su propia autonomía”.

Mediante oficio AI-550-2020 del 28 de febrero 2020, se solicitó al Dr. Mario Ruiz Cubillo Gerente Médico, indicar los alcances de la mencionada Comisión y el seguimiento por parte de la Gerencia Médica. Mediante oficio DFE CPC-0011-2020 del 27 de marzo del 2020, la Dra. Marjorie Obando Elizondo, Coordinadora a.c. de la Comisión de Atención Integral de la Patología Cardiovascular, manifestó:

“(...) la Comisión Intergerencial para el Abordaje Integral de la Patología Cardiovascular, tiene una vigencia de 10 años, la cual inició en el año 2016 y finalizara en el año 2026, cuyo propósito es dar seguimiento al plan que responde a suplir las necesidades de infraestructura, equipamiento y recurso humano, como una función recomendativa. No es un programa y no cuenta con una estructura funcional, no es responsable de compras de equipos, ni maneja presupuesto”.

La supervisión que ejerce la Gerencia Médica, sobre la Comisión se basa en instrucciones emitidas a través de oficios, así como informes preparados por la Comisión al señor Gerente Médico, aunado a la comunicación que mantiene la Dra. Marjorie Obando Elizondo, coordinadora de la Comisión con el señor Gerente, debido a que además se desempeña como Asesora de la Gerencia Médica, facilitando la comunicación de las acciones realizadas y acata las indicaciones del Gerente Médico.

Esta Auditoría Interna, también consultó a la Dra. Obando Elizondo, coordinadora de la Comisión información relacionado con el periodo de sesiones, el registro de las actas al momento en que se efectúan los análisis requeridos por la Gerencia Médica, o bien a solicitud de un centro hospitalario y mediante oficio DFE-CPC-0019-2020 del 16 de junio de 2020, indicó lo siguiente:

“La Comisión procura reunirse una vez al mes en forma presencial, pues como es de su conocimiento al encontrarnos ante la emergencia sanitaria sobrevenida como consecuencia de la pandemia de COVID-19 (...) se han realizado tres sesiones en forma virtual, para abordar temas de interés institucional, no se ha podido llevar a cabo más seguido las reuniones no por falta de interés, sino que existen justificaciones (...)”.

En relación con las acciones ejecutadas por la Comisión de Cardiología sobre el cumplimiento de los puntos requeridos, según acuerdo de Junta Directiva artículo 8 de la sesión No. 8775 celebrada el 7 de mayo del 2015, la citada Comisión suministró la siguiente tabla.

Tabla 3
Porcentaje de cumplimiento de los puntos que atiende la
Comisión de Patología Cardiovascular
Del 2015 al 2026

Puntos	Responsable	Producto	Fecha inicio	Fecha final	% cumplimiento
Aprobar la propuesta sobre “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la CCSS”, presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-4896-2015 de fecha 29 de abril del 2015	Gerencia Médica (GM)	Plan	2015	2016	100,0
Aprobar la Comisión Intergerencial para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la CCSS, presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-4896-2015 de fecha 29 de abril del 2015	Gerencia Médica (GM)	Comisión	2015	2015	100,0
Incrementar el número de plazas de especialistas en cardiología	GM/CENDEISSS	Profesionales formados	2016	2026	30,0
Incrementar la formación en hemodinamia a 2 por año a partir del 2016	GM/CENDEISSS	Profesionales formados	2016	2026	50,0
Gestionar la participación intersectorial de la participación de la salud	Dirección de Comunicación	Programas educativos	2016	2026	20,0

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Puntos	Responsable	Producto	Fecha inicio	Fecha final	% cumplimiento
Fortalecimiento del I nivel de atención capacitación, promoción y participación social	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	Profesionales capacitados	2016	2026	20,0
Perfil del Promotor de la Salud	DDSS) Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	Perfil creado	2016	2017	100,0
Creación de Plazas Central Norte y Chorotega como piloto	GADM/GM	Plazas creadas	2016	2018	50,0
Instruir a la Gerencia Médica para que a través del CENDEISSS de prioridad a la formación de técnicos en hemodinamia y electrocardiografía, como parte de la atención de la patología cardiovascular	GM/CENDEISSS	Formación en hemodinamia y electrofisiología	2016	2026	10,0
Apertura de la especialidad de Hemodinamia en el año 2016, así como mantener la Especialidad de Medicina Extracorpórea, apertura que fue gestionada a partir del 2015.	GM/CENDEISSS	Especialidad aprobada	2016	2019	30,0
Angiografos para el HSVP y HMP	GIT/HSVP	Angiógrafo en función	2017	2019	50,0
Adquisición de un Angiotac para el Hospital Calderón Guardia, mismo que se estima reduce en aproximadamente 30 por ciento la necesidad de cateterismo	GIT/HCG	Angiotac instalado	2017	2018	10,0
Laboratorio de Electrofisiología	GIT/PFAIC/HCG	Laboratorio de electrofisiología	2017	2018	20,0
Aumento de la oferta de la prestación de servicios de rehabilitación cardíaca.	DFAIC/Hospitales	3 clínicas de rehabilitación cardíaca creada por año	2016	2026	20,0
Centro Nacional de Rehabilitación Cardíaca	GM/GIT/JPS	Obra terminada	2016	2019	30,0
Sistema de información que integre la atención cardíaca	GIT	Sistema en función	2016	2017	100,0
Contar con ambulancias de SCA	GM/Hospitales	Ambulancia	2016	2019	10,0

Fuente: Información suministrada por la Comisión Abordaje de la Patología Cardiovascular

Del cuadro anterior, se desprende que la Auditoría Interna, evaluó las gestiones efectuadas por la Comisión para la atención de los puntos expuestos en el citado acuerdo, mediante la revisión documental de los anexos correspondientes a los oficios DFE CPC-0011-2020 del 27 de marzo 2020 y DFE-CPC-0044-2020 del 20 de noviembre 2020, en los cuáles se evidenció que la Comisión atendió aspectos relacionados a equipamiento, recurso humano, creación de las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, Unidades de Dolor Torácico, fortalecimiento de la participación intersectorial en la Promoción de la Salud, formación de la Red de apoyo cardiovascular. No obstante, se evidenció, que la Comisión de Cardiología, no brinda seguimiento a las gestiones realizadas, situación que provoca que a nivel institucional no exista una articulación para la atención de la patología cardiovascular.

A modo de ejemplo se mencionan algunos puntos que fueron atendidos por la Comisión, sin embargo, debido a la carencia de una estructura institucional para el direccionamiento y seguimiento se presentan las siguientes situaciones:

- **Punto 9. Instruir a la Gerencia Administrativa para qué en conjunto con la Gerencia Médica, procedan a la creación un perfil de puesto claramente definido de Promotor de Salud, en aras de adicionar al equipo de apoyo de todas las áreas de salud.**

En el oficio DFE-CPC-0044-2020 del 20 de noviembre 2020, la Comisión Cardiovascular, refiere que los promotores de la salud, es y ha sido competencia de la Dirección de Servicios de Salud, quién es el órgano encargado en la creación de los perfiles, y de su ubicación, según información proporcionada en la Región Central Norte se nombraron 7 promotores de salud, ubicados en Tibás Uruca, Heredia-Cubujiqui Santo Domingo, Alfaro Ruiz, Santa Bárbara, Atenas y Palmares.



Esta Auditoría, verificó la creación del perfil de Promotor de la Salud y consta en el Manual Descriptivo de Puestos, código 1327, como naturaleza del trabajo lo siguiente:

“Ejecución de labores intra y primordialmente extramuros de tipo profesional, científicas y administrativas relacionadas con acciones promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las Áreas de Salud de la Institución y como parte del Equipo de Apoyo”.

En consulta efectuada mediante el Sistema de Planilla Ampliada, se ubicaron 8 funcionarios con el citado perfil ubicados en las siguientes unidades, según detalle:

- Área de Salud Tibás-Uruca-Merced Dr. Clorito Picado.
- Área de Salud Heredia-Cubujuquí.
- Área de Salud Santo Domingo.
- Área de Salud Alfaro Ruiz.
- Área de Salud Santa Bárbara.
- Área de Salud Atenas.
- Área de Salud Palmares.
- Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud.

En virtud de lo anterior, se consultó a los Promotores de Salud, las funciones que realizan y que mejoras consideran pertinentes para fortalecer la promoción y prevención de la patología cardiovascular, el resultado fue el siguiente:

La Licda. Patricia Ramírez Alvarez, Promotora de Salud del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced Dr. Clorito Picado, indicó:

“Se debe mejorar la asignación de espacio (tiempo laboral) brindados al usuario interno (funcionarios) para que puedan participar en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

La Licda. Junieth Vargas Cerros, Promotora de Salud del Área de Salud Heredia-Cubujuquí, indicó:

“Me parece indispensable contar con una herramienta integral de seguimiento y/o registro mediante la cual se logre trascender el conteo de las sesiones y número de participantes a un seguimiento integral de las intervenciones. Una que permita registrar el avance de las personas en los procesos grupales (...) muchas veces la participación interdisciplinaria se ve limitada, debido a que la mayoría de las disciplinas no cuentan con tiempo para planificación...”

La Licda. Jessi Tenorio Villalobos, Promotora de Salud del Área de Salud Santo Domingo, indicó:

“debe implementarse un registro específico para las acciones que realiza el promotor de la salud, acciones que generalmente son grupales e interdisciplinarias, registro que debería ser de tipo digital. En cuanto al seguimiento que se le brinda al paciente, las acciones son continuas y deben desarrollarse de forma innovadora y atractiva, donde la participación de Comités de Salud y actores sociales es fundamental, además del trabajo interinstitucional que permita que entre las instituciones demos las condiciones adecuadas para que la población tenga las herramientas para empoderarse sobre su salud”.

La Licda. Rosario Boza Salazar, Promotora de Salud del Área de Salud de Zarcero, indicó:

“A la fecha, cada promotor de la salud ha elaborado su propia herramienta de registro y la última reunión o acercamiento regional fue el 2018, a la actualidad, no existe ni contacto con la Dirección Regional, supervisor o asesor para los promotores. Es decir, queda a criterio del profesional y la jefatura general de cada Área de Salud, el trabajo que realiza dado promotor”.



La Msc. Melissa Bérenzon Quirós, Promotora de Salud del Área de Salud Santa Barbara de Heredia, indicó:

“Es urgente poseer herramientas tecnológicas para evidenciar el trabajo realizado en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, hasta el momento a pesar de que el servicio de Promoción de la Salud exista a nivel institucional ocupado por profesionales en Promoción de la Salud, las evidencias se han limitado solo a las Comisiones Locales de Promoción de la Salud, lideradas por Trabajo Social, las cuales solo abarcan 2 proyectos bianuales en una escuela, invisibilizando las acciones con otros temas y grupos poblacionales, haciendo énfasis que estas comisiones aunque son parte del trabajo de los profesionales en Promoción de la Salud, no son su único fin de acuerdo al manual de puestos”.

La MSc. Katherine V. Gamboa Hidalgo, Promotora de Salud del Área de Salud Atenas, manifestó:

“se deben realizar respecto al seguimiento que se le brinda al paciente conforme a mi perfil profesional, recomiendo que el abordaje de estos pacientes se brinde de forma integral y multidisciplinaria, además de tomar en cuenta las redes de apoyo comunitarias a las que podría acceder y las que se podrían crear a lo interno de los Servicios de Salud para fomentar su calidad de vida desde acciones de bienestar y autocuidado”.

El Lic. Roosevelt A. Gómez Oviedo, Promotor de la Salud del Área de Salud de Palmares mencionó:

“Realizar respecto al seguimiento que se le brinda al paciente conforme a su perfil: Señalar que en función con el perfil de puesto aprobado, no se contempla la atención individualizada en modalidad de consulta, puesto que no es propio del quehacer en promoción de la salud, sin embargo considero que se podrían generar algunas capacitaciones y materiales educativos a los servicios del Área de Salud que brindan atención directa a los pacientes con patología cardiovascular y sus familias para el manejo de las orientaciones básicas en salud, estilo de vida, autocuidado y bienestar”.

La Licda. Alejandra María Rojas López, Promotora de Salud de la Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud, indicó que sus funciones son las siguientes:

- Trabajar en las acciones referentes a todas a las Juntas de Salud del territorio costarricense.
- Atención de consultas sobre el Reglamento de Juntas de Salud y sobre cualquier tema afín a su quehacer.
- Brindar apoyo a las Juntas de Salud en su quehacer con las comunidades y los Centros de Salud.
- Desarrollar capacitaciones (virtuales y presenciales) y servir de guía a las Juntas de Salud para lograr una orientación hacia la participación ciudadana y promoción de la salud.
- Tener comunicación directa con los (as) facilitadores Regionales y locales de las Juntas de Salud para la orientación de su accionar en las Regiones a mi cargo (Central Norte y Huetar Atlántica).
- Realizar giras alrededor del país para el seguimiento y colaboración en los Consejos Regionales de Presidentes de Juntas de Salud (esta actividad se está realizando de forma virtual debido a la emergencia nacional por Covid-19).
- Coordinar junto con el resto de las integrantes del Equipo de Juntas de Salud, el desarrollo del Proceso de Elecciones de Juntas de Salud en el país (cada cuatro años).

Cabe indicar que la mayoría de los Promotores de Salud, coincidieron que dentro de sus funciones para la promoción y prevención de la patología cardiovascular, se encuentra: a) la construcción, desarrollo y ejecución de programas educativos con un enfoque multidisciplinarios o transdisciplinarios con metodología participativa, b) la participación en redes interinstitucionales y redes intersectoriales a nivel local y nacional para la ejecución



de las propuestas que mejoren la salud de los usuarios, c) la patología cardiovascular no es valorada de manera específica en los programas sino que están dirigidos a las enfermedades crónicas no transmisibles

- **Punto 16. Instruir a la Gerencia Médica para que en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías procedan a realizar los estudios técnicos correspondientes para el aumento de la oferta de la prestación de Servicios de Rehabilitación Cardíaca.**

En oficio DFE-CPC-0044-2020 del 20 de noviembre de 2020, la Comisión para el Abordaje de la Patología Cardiovascular, señaló con relación a las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca que están funcionando las siguientes: Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital San Rafael de Alajuela y Hospital Dr. William Allen.

También se informó en el citado oficio, que todas las clínicas disponen con infraestructura, recurso humano e implementación, sin embargo, sólo el Cenare, Hospital San Juan de Dios y Hospital San Vicente de Paúl, cuentan con equipamiento total mientras las demás clínicas de forma parcial.

Esta Auditoría entrevistó y solicitó información a 5 coordinadores de las Clínicas Cardíacas, a saber: Hospital San Juan de Dios, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, a efectos de conocer sobre la estructura y funcionamiento de las clínicas, resultando lo siguiente:

En entrevista realizada el 19 de octubre 2020, a la Dra. Severita Carrillo Barrantes, Coordinadora de la Clínica de Rehabilitación Cardiopulmonar y Oncológica del Hospital San Juan de Dios, se le consultó sobre las mejoras que la Gerencia Médica puede efectuar para fortalecer las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca y la extensión de éstas en los hospitales regionales y al respecto indicó:

“Personal: plazas de: médicos fisiatras, de familia y médicos generales, nutricionista, psicolog@s, trabajo social, educador físico en salud o promotor de la salud física, Enfermería, terapeuta físico. **Recinto:** que cuente con todas las condiciones, de infraestructura, electricidad, ventilación y que se ajuste a las recomendaciones del Manual de Normas para la Habilitación de Centros de Acondicionamiento Físico vigente desde 2006. **Equipo:** para Tele-rehabilitación, monitoreo, y de entrenamiento cardiovascular”.

La Dra. Carrillo Barrantes, agregó:

“Se consoliden las clínicas como entidades interdisciplinarias, que traten no solo a los pacientes cardiopatas ya que es inherente que los estilos de vida no saludables también se asocian a patología pulmonar y a ciertos tipos de cáncer (los más frecuentes en Costa Rica) que, al ser un país con recursos limitados, una misma infraestructura, equipamiento y personal puede abarcar la rehabilitación de todos estos usuarios”.

Mediante correo electrónico del 21 de octubre 2020, la Dra. Sofía Chaverri Flores, coordinadora de Clínica de Rehabilitación Cardíaca del Hospital México, indicó respecto a las necesidades que se presentan para el adecuado funcionamiento lo siguiente:

“Poco apoyo de parte del servicio de cardiología para estudios que se requieren para ingresar al programa y estudios de seguimiento. Falta recurso humano, espacio físico y equipo.”

Mediante correo electrónico del 23 de octubre 2020, la Dra. Laura Segura Agüero, jefatura de servicio Fisiátrica y Rehabilitación del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, señaló lo siguiente:

“El Programa de Rehabilitación Cardíaca se llevará a cabo en el servicio de Fisiátrica y Rehabilitación del Hospital Calderón Guardia, según horario a convenir de acuerdo con la



disponibilidad de recurso humano. (...) Actualmente el programa cuenta únicamente con dos colaboradores, un médico general con maestría en movimiento humano y un terapeuta físico también con la misma maestría.”

Mediante correo electrónico del 28 de octubre 2020, la Dra. Paula Vargas Chaves, coordinadora de la Clínica de Rehabilitación del Hospital San Rafael de Alajuela, indicó lo siguiente:

“...el programa pertenece al Servicio de Medicina del Hospital de Alajuela, en cuanto al financiamiento de los equipos, hasta la fecha se ha logrado con donaciones de las Damas Voluntarias y de la recolección de fondos de Campañas en la Celebración del día del corazón en el 2018. Actualmente el Hospital fue tomado en cuenta en el Proyecto de ampliación de Capacidad instalada en inversión de Equipo Médico para la compra de sistemas de telemetría del Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer cuya fuente de financiamiento son fondos provenientes de la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco...”

Mediante correo electrónico del 30 de octubre 2020, la Dra. Katrin Kulzer Homann, Jefatura Consulta Externa- Dirección General Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, indicó lo siguiente:

“No existe un presupuesto exclusivo para el programa de rehabilitación cardíaca, la compra de equipos (bandas, bicicletas, relojes y telemetría) se ha realizado a través del presupuesto del servicio de Hospital de Día. (...) actualmente, las sesiones presenciales de rehabilitación cardíaca se encuentran suspendidas por la pandemia COVID 19. Se creó propuesta para reapertura de Rehabilitación Cardíaca sin embargo no se pudo implementar debido a eventual reconversión de Hospital de Día. En este momento, se está trabajando en una nueva propuesta de rehabilitación cardiopulmonar y Rehabilitación post-Covid”.

- **Punto 19. Instruir a la Gerencia Médica para que a través de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud proceda a la actualización cada dos años de las Guías de Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidad. Lo anterior tomando en consideración la Medicina Basada en la Evidencia y la adaptabilidad a la realidad del sistema de salud público.**

El Área de Atención Integral a las Personas perteneciente a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, es la encargada de la actualización cada dos años de las Guías de Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, las cuales están estrechamente relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, el estudio reflejó que la mayoría de éstas no han sido actualizadas, según detalle.

Tabla 4
Estado de actualización de Guías
Área de Atención a las Personas
Del 2004 al 2020

Nombre de la Guía	Año de publicación	Estado
Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención	2004	Se encuentra actualizada en un 70% y se encuentra incluida en el Plan Presupuesto 2020.
Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.	2009	Se pretende trabajar en el documento en el año 2021, según el Plan Presupuesto.
Guía para diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo.	2013	No se ha actualizado
Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.	2015	Está vigente y se está incluyendo datos
Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles - CCSS	2017	No se ha actualizado
Protocolo para la Atención de la Persona con Enfermedad Renal Crónica en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social	2017	No se ha actualizado



Nombre de la Guía	Año de publicación	Estado
Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención de la persona candidata a cirugía bariátrica en los establecimientos de salud de la CCSS	2020	Actualizada
Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 - CCSS	2020	Actualizada

Fuente: Elaboración propia

En virtud de lo anterior se realizó entrevista el 20 de octubre 2021, al Dr. José Miguel Castro, Jefe del Área Atención Integral a las Personas y se le consultó sobre las guías y señaló lo siguiente:

“La periodicidad de revisión se da según requerimiento y programación de la misma, pero al igual que la confección de las mismas se basa en la evaluación de la mejor evidencia disponible junto al ejercicio de factibilidad de costo efectividad y el respectivo ajuste estructural para que las intervenciones definidas en los documentos de normalización técnica se adapten a la capacidad de respuesta definida por la institución y sus múltiples actores...”

En entrevista realizada el 21 de octubre 2020, la Dra. Ana Jessica Navarro Ramírez, Coordinadora de la Coordinación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, indicó lo siguiente:

“para la elaboración de las guías, manuales, protocolos y documentos sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y de patología Cardiovascular se requiere del apoyo de especialistas en los diferentes temas como médicos, microbiólogos, farmacéuticos, profesionales en enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos entre otros. Para que estos profesionales puedan participar en la elaboración de los documentos, se gestionan los permisos respectivos con las jefaturas correspondientes. En la actualidad y debido a la situación de emergencia nacional del COVID-19, es común que los especialistas no puedan cumplir con los compromisos adquiridos en el tema de la elaboración de documentos, no por gusto de ellos, sino por requerimientos de sus jefaturas en otras actividades.”

- **Otras gestiones realizadas por la Comisión para el Abordaje de la Patología Cardiovascular no incluidas dentro del acuerdo 8775 del 07 de mayo del 2015**

Cabe indicar que en el documento Análisis y Planificación para el abordaje de la atención integral de la patología cardiovascular a nivel nacional del 2016, se establecieron actividades que no fueron contempladas dentro de los puntos del acuerdo 8775 del 7 de mayo del 2015, a saber: la creación de Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, la construcción de la Clínica del Rehabilitación Cardíaca en el CENARE, la adquisición de ambulancias. Asimismo, los miembros de la Comisión atendieron los requerimientos y de acuerdo con la revisión efectuada se encontró lo siguiente:

Creación de Unidad de rehabilitación Cardíaca en el CENARE: Mediante oficio número CNR.DG.201.20, suscrito por el Dr. Roberto Aguilar Tassara, Director General a.i. del CENARE, del 9 de marzo del 2020, informó lo siguiente:

“El proyecto en estos momentos se encuentra en el proceso de tramites de permisos ante el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos para el visado de los planos, a saber:

- 1- Los planos se presentaron para el visado ante el Colegio de Ingenieros y Arquitectos. El plazo vence en abril.*
- 2- Para el 01 de mayo y hasta el 31 de julio del año 2020, se debe iniciar con el trámite de montaje de la licitación para la compra de los servicios de inspección.*
- 3- Evolución del Cartel constructivo, plazo que va de enero al año 2020 al 31 de Julio 2020.*
- 4- A partir del 01 de agosto APROCENARE, con la asesoría de Ingeniería y Mantenimiento del CENARE estaría iniciando el concurso y contratación de CONSTRUCTORA”.*



Mediante oficio GM-15232-2020, del 10 de noviembre del año 2020, la Gerencia Médica, solicitó criterio a la asesoría legal de ese mismo despacho, en relación con los Convenios Tripartitos entre las fundaciones pro hospitales, la Caja Costarricense de Seguro Social y la Junta de Protección Social, para que se pronuncien desde el punto de vista legal, en cuanto al seguimiento del proceso que se está realizando con la Junta de Protección Social, para el financiamiento de proyectos priorizados para la atención de la Patología Cardiovascular y la donación del Proyecto N°: 187-2017 sobre la Ampliación de infraestructura y adquisición de equipo para la Unidad de rehabilitación Cardíaca en el CENARE por un monto de ₡1.204.786.000,00 colones.

Clínicas de Insuficiencia Cardíaca: La creación de las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca contó con el apoyo de la citada Comisión. A partir del 2017 e inicios del 2018, la Comisión realizó una invitación a la Asociación Costarricense de Cardiología (ASOCAR) para que colaborara en diferentes actividades siendo una de ellas la Capacitación y Creación de Clínicas de Falla Cardíaca en Centros interesados. Actualmente existen siete Clínicas de Insuficiencia Cardíaca a nivel nacional en funcionamiento:

A partir del 2016:

- Hospital Maximiliano Peralta Cartago.
- Hospital San Vicente de Paul Heredia

A partir del Año 2018-2019

- Hospital Escalante Pradilla en Pérez Zeledón.
- Hospital Ciudad Neily
- Hospital William Allen Turrialba
- Hospital Blanco Cervantes

La última en iniciar funciones, año 2020

- Hospital de Guápiles

El Hospital San Rafael de Alajuela inició el Programa en el 2016, no obstante, el funcionamiento de esta clínica se ha visto truncado por la salida de 3 asistentes en un corto plazo, por lo que en estos momentos está inactiva.

En entrevista realizada el 23 de octubre 2020, al Dr. Daniel Fernando Quesada Chaves, coordinador de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl, se le consultó sobre las mejoras que la Gerencia Médica puede efectuar para fortalecer las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca y la extensión de éstas en los hospitales regionales y al respecto indicó:

“Reforzar la idea que requerimos continuar la iniciativa y el trabajo se ha realizado. Es fundamental el trabajo en red en los centros hospitalarios y la comunicación entre todos los centros. El apoyo al personal de enfermería que se capacita es una de las piezas claves para el éxito de las clínicas en el país. Se debe generar una campaña de educación para todo el personal de salud de la institución sobre la importancia de las clínicas de insuficiencia cardíaca”.

En entrevista realizada el 29 de octubre 2020, a la Dra. Ana Gabriela Castillo Chaves, Coordinadora de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Dr. Max Peralta, se consultó sobre las mejoras que la Gerencia Médica puede efectuar para fortalecer las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca y la extensión de éstas en los hospitales regionales y al respecto argumentó:

“El contar con el apoyo de la Comisión Intergerencial nos facilitó la comprensión de las zonas alejadas, conocer las necesidades de esos centros y mejorar constantemente la atención de nuestro usuario. (...) Desde su gestación, las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca buscaron optimizar y aprovechar el recurso existente en cada centro (sistemas, recurso humano y equipo), por lo tanto, no existe una partida presupuestaria específica para su funcionamiento; sin embargo, también son recursos finitos y cada vez más observamos la saturación de estos lo que limita el crecimiento de estas”.



Agregó la Dra. Castillo Chaves:

“Las dificultades para abrir las Clínicas a grandes rasgos se pueden concluir: a) El cese de funciones de Cardiólogos dispuestos a trabajar en Falla Cardíaca, b) Enfermeras que NO se les autoriza la permanencia en el Servicio de Cardiología, c) Servicios que trabajan con auxiliares y no permiten la recalificación del personal, d) Espacio físico o equipos compartidos que no permite atención con periodos de educación óptimos, e) Servicios que NO mantiene al personal capacitado en falla (enfermera o médicos generales) fijo en el servicio de Cardiología, f) Sistemas de REMES que no autorizan las agendas para enfermería (...) definitivamente el obstáculo más difícil de trabajar y sortear ha sido la compresión del trabajo enfermería-médico como profesionales en paralelo con objetivos independientes pero complementarios.”

Adquisición de Ambulancias: Según el oficio DFE-CPC-0044-2020 del 20 de noviembre 2020, emitido por la Comisión del Abordaje de la Patología Cardiovascular, señaló que cada uno de los hospitales, realizó el estudio para la creación de plazas de Chofer 2, requisito necesario para contar con las unidades, y dicho estudio fue elevado a la Gerencia Médica, quedando incluido dentro de las necesidades de plazas de cada uno de los centros de salud.

Así mismo, se informó a este Órgano Fiscalizador, que en reunión sostenida el lunes 24 de febrero del año 2020, entre los miembros de la Comisión Cardiovascular, representantes de la Gerencia Médica y como invitado el Ing. Steve Rojas Zúñiga, Jefe de Servicios Generales de la Gerencia Administrativa a.i. quien manifestó que se está por adquirir 20 ambulancias que cuentan con las especificaciones muy similares a las ambulancias de SCA, que solo les hace falta el desfibrilador y ventilador, cuyas especificaciones técnicas se darían para valorar su adquisición a través del Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer. Dichas ambulancias serán de sustitución en 4 Centros de Salud, que son: Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, San Carlos, Escalante Paradilla y Hospital de la Anexión, en lugar del Hospital de Liberia, y solo quedaría pendiente, el Hospital de Guápiles, ya que este hospital no estaba incluido en este reemplazo de vehículos, pero se podría adquirir si fuera el caso por ampliación de la compra.

Esta propuesta fue analizada en la sesión 005 de la Comisión Cardiovascular, el día 20 de octubre de este año, acordándose lo siguiente:

“...Realizar un estudio de viabilidad y factibilidad sobre a adquisición de estos vehículos en la Institución coordinado por la Gerencia Administrativa, a través de la Dirección de Servicios Institucionales, Area Servicios Generales, con la colaboración de la Comisión y Gerencias que la conforman...”

La Ley General de Control Interno establece en el apartado III, artículo 12 -Deberes del jerarca y los titulares subordinados-, establece:

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) *Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.*

El artículo 13 -Ambiente de control- de esa misma Ley, dispone la obligación de *“c) Evaluar el funcionamiento de la estructura organizativa de la institución y tomar las medidas pertinentes para garantizar el cumplimiento de los fines institucionales; todo de conformidad con el ordenamiento jurídico y técnico aplicable”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República establecen lo siguiente:

“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)



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

La falta de una estructura funcional para el abordaje de la Patología Cardiovascular no permite articular de manera eficiente la atención y el seguimiento de la enfermedad como principal causa de muerte en país desde 1970.

La situación señalada evidencia la necesidad de robustecer a la Comisión de Patología Cardiovascular y establecer una estructura funcional a nivel institucional, a fin de determinar alcances orientados en el fortalecimiento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social.

2. LA LISTA DE ESPERA EN LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA

2.1. Lista de Espera Quirúrgica

La lista de espera quirúrgica de la Caja Costarricense de Seguro Social estaba conformada por 125 361 pacientes, a octubre de 2020, con prevalencia en las especialidades de Oftalmología (un 23 %) y Ortopedia (un 21 %). Sin embargo, la patología Cardiovascular, aunque representa un 1 % de la lista de espera (1 885 asegurados), constituye la principal¹ causa de mortalidad en el país. La especialidad de Cardiología, se mantenía casi la misma cantidad de pacientes (1 847), a marzo de 2020, antes de iniciar la pandemia generada por COVID-19.

La situación anterior se incrementa al analizar que algunos pacientes de la especialidad Cardiovascular se encuentran en la lista de espera desde hace cuatro años, y no ha sido atendido su problema de salud. A continuación, se presenta el detalle:

**CUADRO 1
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN CARDIOLOGÍA
AL 31 DE OCTUBRE DE 2020**

Centro asistencial	2016	2017	2018	2019	2020	Total de pacientes
H. Calderón Guardia	5	8	74	340	364	791
H. México	0	0	57	238	386	681
H. San Juan de Dios	0	0	55	222	136	413
Total	5	8	186	800	886	1 885

Fuente: Elaboración propia con base en lista de espera quirúrgica a octubre de 2020.

Del cuadro 1 se refleja que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el centro asistencial con mayor plazo de espera en la especialidad de Cardiología, presentando 13 asegurados pendientes de resolución, desde el 2016 y 2017.

Específicamente, la paciente Kattia C. Ch. ingresó a la lista de espera de ese hospital en diciembre de 2017 y a pesar de que falleció² el 3 de febrero de 2019, continúa como pendiente de cirugía.

Situación similar ocurrió con otros 58 pacientes que fallecieron antes de ser intervenidos quirúrgicamente, pero fueron depurados o excluidos de la lista de espera entre enero de 2017 y octubre de 2020.

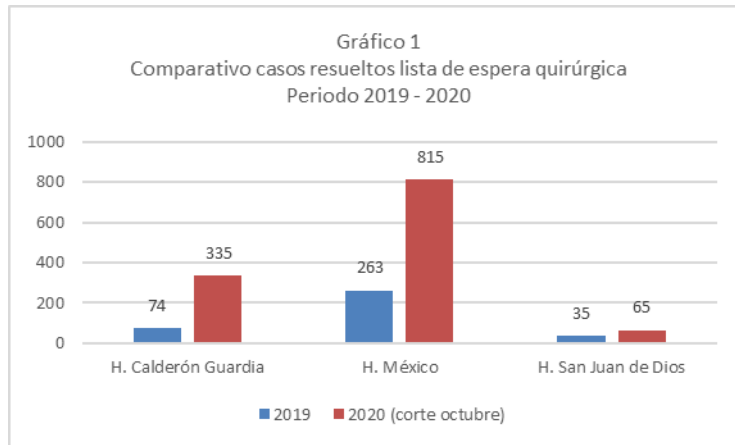
Lo descrito podría ser concordante con los tiempos de espera en la especialidad de Cardiología, tal como se evidenció con la Sra. Inés R. V. quien esperó 1 194 días por un procedimiento terapéutico, ya que ingresó a la

¹ Consta en el sitio web <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

² Según Consulta Civil en https://www.consulta.tse.go.cr/consulta_persona/ del Tribunal Supremo de Elecciones.

lista de espera el 10/04/2017 y fue atendida hasta el 17/07/2020; similar a la Sra. Carolina G. S. con fecha de registro 10/10/2016 y de resolución el 19/12/2019.

Por otra parte, se analizó la resolutividad de esos hospitales, en cuanto al abordaje de la lista de espera quirúrgica, entre el 2019 y 2020 (corte al 31 de octubre), periodo en el cual realizaron 1 587 procedimientos según se presenta en el siguiente gráfico.



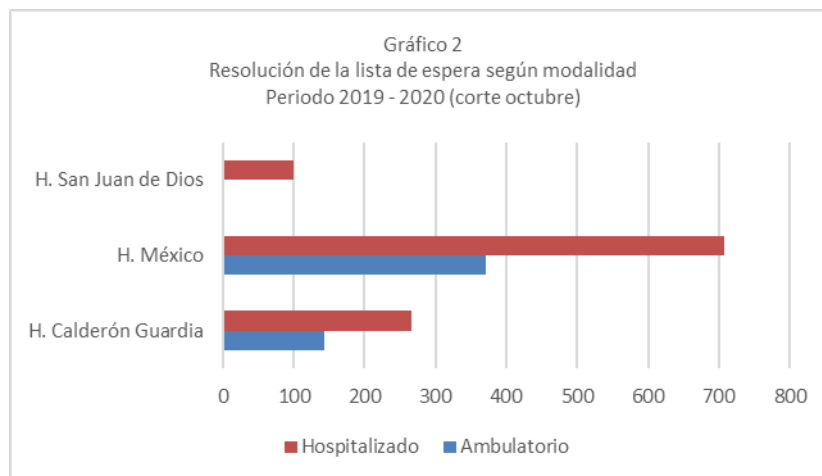
Fuente: Elaboración propia con base en lista de espera quirúrgica.

(*) La información del 2020 fue con corte al 31 de octubre

Según se aprecia en el gráfico, hubo un incremento hasta del 300 % en la cantidad de pacientes atendidos entre el 2019 y 2020. Específicamente, el Hospital México pasó de 263 atenciones en el 2019 a 815 a octubre de 2020, producto posiblemente del cierre intermitente de las salas de operaciones.

No obstante, por motivo de la pandemia generada por el COVID-19, se analizó el comportamiento de los casos resueltos de la lista de espera quirúrgica, entre enero y marzo de 2020, donde se obtuvo un promedio de 158 pacientes por mes, el cual disminuyó a 105 a partir de esa fecha, aun así, fue superior los resueltos durante el 2019.

Así mismo, se comprobó que el 68 % de la lista de espera fue resuelta mediante la modalidad de hospitalizado y un 32 % como ambulatorio, esos últimos en su mayoría corresponden al Hospital México, según se aprecia en el siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia con base en lista de espera quirúrgica



Además, del total de casos ambulatorios, se efectuaron 356 “Arteriografías coronarias con empleo de dos catéteres” (el 69 %), seguido de 35 “Ablación catéterica de lesión o tejidos del corazón” (un 7 %), entre otros en menor cantidad.

También, durante el mismo periodo evaluado, se efectuaron 335 procedimientos en Cirugía Cardiovascular.

Lo descrito adquiere relevancia al considerar que más de la mitad (el 66 %) de los procedimientos ambulatorios se desarrollaron a usuarios adscritos a las provincias de Guanacaste, Puntarenas y cantones como Upala, San Carlos y Los Chiles, lo cual implicó hospitalización regional, traslado del paciente, entre otros costos que podrían encarecer la prestación de los servicios de salud en la especialidad cardiovascular, sin considerar el posible retraso en la oportunidad de atención clínica demandada por los asegurados.

Ahora bien, el abordaje integral a la salud de los pacientes es relevante desde el primer nivel de atención, a efectos de garantizar mejor calidad de vida de las personas y por ende, disminuir o retrasar la incidencia de enfermedades crónicas. Por esa razón, también se analizó de manera general, las acciones efectuadas en el primer y segundo nivel, de los asegurados(as) registrados en la lista de espera quirúrgica del Hospital México, para lo cual se seleccionó una muestra de 128 pacientes (un 39 %) de los casos resueltos entre agosto de 2019 y marzo de 2020, que a su vez correspondían a usuarios adscritos a la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central y Huetar Norte. A continuación, los resultados:

Primer nivel de atención:

- De los 128 pacientes analizados, el 90 % no recibieron ninguna consulta de Nutrición. Cabe indicar que casi la totalidad de esos usuarios presentaban diagnósticos de Diabetes Mellitus, inclusive, algunos con obesidad, lo cual incrementa la necesidad de guías adecuadas sobre alimentación saludable y demás temas relacionados con la prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Hasta el momento de ingreso a la lista de espera del Hospital México, 63 asegurados no registraban ningún diagnóstico relacionado con patologías cardiovasculares, inclusive, en 32 de ellos no se mencionaron padecimientos similares durante todo el periodo evaluado. Además, 6 pacientes no registraron ningún tipo de consulta en áreas de salud, lo cual implica que el 53 % de esos usuarios (69 pacientes) ingresaron a la lista de espera quirúrgica del Hospital México sin una aparente valoración o diagnóstico por patología cardiovascular.

Segundo nivel de atención:

- 65 asegurados (50 %) recibieron la primera atención hospitalaria, por algún motivo cardiovascular, en la misma fecha o hasta 1 año después del ingreso a la lista de espera del Hospital México.
- En 5 casos no consta una consulta en Cardiología, y 2 no presentaron ningún tipo de atención en un hospital regional.

Cabe indicar que los resultados anteriores podrían variar, por motivo de posibles consultas médicas registradas únicamente en el expediente de salud físico, no así en el EDUS. No obstante, será un tema que se analizará mediante otro producto de Auditoría.

En el tema de lista de espera, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, mediante resolución 3681 de las 17:06 horas del 7 de marzo de 2008, estableció la obligación imperativa e impostergable de adaptar los servicios de salud a las necesidades particulares y específicas de los pacientes “sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación”, y agregó:

“Los jefes de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las “listas de espera” para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los



servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celer. Los jefes de la Caja (...) y los Directores de Hospitales y Clínicas que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables -en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública-, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía –la cual, en ocasiones, deviene en omisa por sus consecuencias- de los servicios de salud, situación que constituye, a todas luces, una violación a los derechos fundamentales de los administrados o usuarios”.

La Guía para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, establece acciones para el manejo de pacientes en riesgo o con una enfermedad crónica, para lo cual el numeral 3 menciona:

“La organización del proceso de prestación de servicios para un paciente crónico o en riesgo de sufrir una enfermedad crónica, requiere la integración de diversos elementos como son la integración de la comunidad por medio de la definición de políticas y recursos comunitarios, con la organización de los servicios de salud en materia de diseño de la calidad asistencial, el apoyo a las decisiones clínicas, un sistema de información clínica, todo destinado al apoyo de la toma de decisiones clínicas transformadas en intervenciones, junto al automanejo de las condiciones crónicas para mejorar los resultados del proceso de atención:

Una atención efectiva requiere de un trabajo en equipo unido a la delegación de roles y responsabilidades de los médicos a otros profesionales de salud, el trabajo con el equipo de apoyo del Área de Salud y el conocimiento de los recursos disponibles en su red de servicio. Garantizar la continuidad en la atención debe ser producto de un plan de manejo previamente determinado y aceptado por todo el equipo de salud, para evitar el riesgo de que el control no se logre, al no percibir el equipo ni los pacientes la necesidad de un cambio en el manejo terapéutico.

Es necesario desarrollar un diseño y análisis de las intervenciones preventivas en el marco de la prestación del servicio, tanto en tiempo como en recursos humanos adecuados a las necesidades de las personas, optimizando la utilización del contacto del paciente con los servicios de salud.

Abordar y revisar el funcionamiento del equipo de atención para que se adecúe a la problemática específica de los pacientes con enfermedades crónicas. El sistema de citas se adecúa a la necesidad de los pacientes. Se planifica un sistema de atención regular para los pacientes con enfermedades o en riesgo de una enfermedad cardiovascular.

Hay esquemas de seguimiento y tratamiento adecuados a las diferentes necesidades de los pacientes”.

De igual manera, en la Política de Prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 18 de octubre de 2012, se describió algunos aspectos que aún se mantienen según lo evidenciado por esta Auditoría.

“El concepto de atención integral del modelo readecuado en lo que respecta a los servicios de salud responde a los requerimientos actuales de la población en función de la prevención, promoción y rehabilitación, todos estos elementos con la participación de actores sociales. Sin embargo, la implementación del modelo no se ha logrado en su totalidad, entre otras cosas, por debilidades evidenciadas en:

Organización en la red (articulación del primero, segundo y tercer nivel de atención).

Desarrollo del modelo de gestión en el segundo y tercer nivel de atención.

Resolutividad en el primer nivel de atención...”

La Junta Directiva, mediante sesión 8775 celebrada el 7 de mayo del año 2015, acordó “Instruir a la Gerencia Médica para que a largo plazo continúe con el fortalecimiento del primer nivel de atención a fin de lograr el control



óptimo de las enfermedades crónicas no transmisibles, enfocado en una población que asuma su deber de conservar su salud a través de estilos de vida saludable y autocuidado”.

En atención al acuerdo de Junta Directiva, la Dra. Marjorie Obando Elizondo, coordinadora a.c. de la Comisión de Atención Integral de la Patología Cardiovascular, mediante el oficio DFE-CPC-0044-2020, del 20 de noviembre de 2020, comunicó a esta Auditoría lo siguiente:

“Es trascendental destacar que desde el año 2017 al año 2019, se han llevado a cabo campañas de atención de alto impacto que permitieron realizar acciones de prevención y detección de factores de riesgo y atención en los pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles con riesgo cardiovascular y con patología cardiovascular, a las cuales se les realizó prevención secundaria. Estas jornadas contaron con el apoyo de equipos interdisciplinarios de las diferentes redes de atención.

La Dirección de Comunicación, ha colaborado con la Comisión, en la realización de diversas campañas de promoción y educación en temas relacionados con la Enfermedad Cardiovascular, y ha participado en el día mundial del corazón, hipertensión, diabetes y fumado; campaña alimentación y actividad física en niños, proyecto integral de comunicación y educación para la prevención del tabaquismo en la población infantil, adolescente y adulta joven en campaña de salud.” La Dra. Obando Elizondo agregó que “El objetivo de estas campañas de alto impacto es llevar a cabo actividades de promoción y atención a los establecimientos de salud con plazos de espera prolongados, que tengan la oportunidad de contar con recurso humano especializado para poder solventar a tiempo las atenciones que se requieran. En algunas especialidades el impacto permite dejar los listados de casos pendientes en cero pacientes, mientras que en algunas solo se logra habilitar la oportunidad de espacios”.

Consecuente con la Guía para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares y lo acordado por Junta Directiva, el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención es esencial para disminuir el impacto cardiovascular en la salud de la población y en la prestación de los servicios asistenciales, lo cual es evidente con la cantidad de personas registradas en la lista de espera.

De esta forma, cualquier atraso en la prestación de los servicios de salud representan riesgos para la salud y calidad de vida de los asegurados, máxime cuando se trata de pacientes que llevan más de cuatro años esperando por algún diagnóstico o tratamiento especializado y no han obtenido una respuesta oportuna y definitiva a sus necesidades de salud.

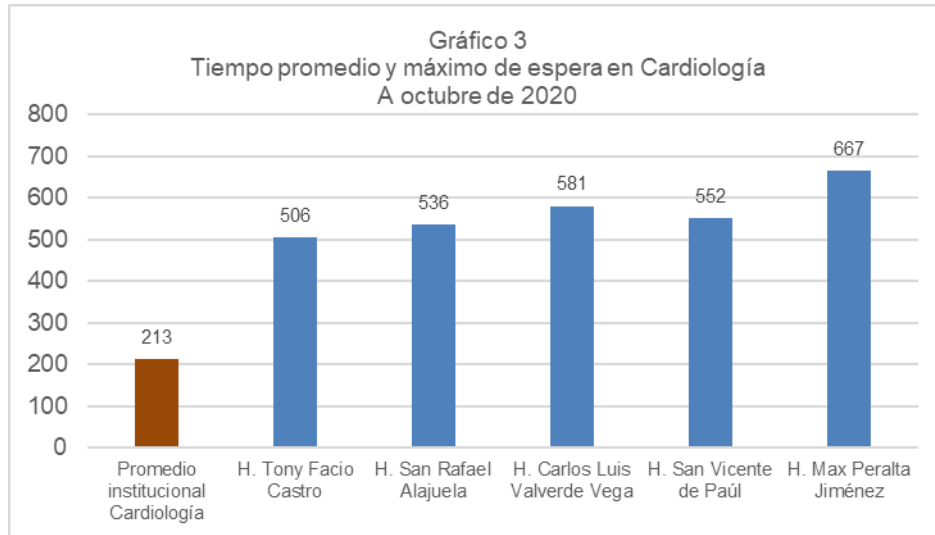
Tal como se ha mencionado en las evaluaciones de esta Auditoría Interna, las necesidades de recursos no pueden prevalecer sobre los prolongados tiempos de espera, ya que es imperativo la responsabilidad de la institución en cuanto a la prestación de los servicios de salud de manera eficiente, eficaz, continua, regular y celeridad, en garantía de los derechos fundamentales a la salud y vida de las personas.

2.2. Lista de Espera de la Consulta Externa Especializada

La lista de espera de Consulta Externa en Medicina Especializada de la Caja Costarricense de Seguro Social estaba conformada por 214 329 pacientes a octubre de 2020, donde la especialidad de Cardiología se ubicó en el puesto 13 con 4 760 asegurados y aunque representa un 2 % del total, constituye la primera causa de muerte en el país, según se mencionó en el hallazgo anterior.

Específicamente, la lista de espera en Cardiología estaba distribuida en 18 hospitales, aunque el 54 % (2 577 pacientes) correspondían a los hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Vicente de Paúl.

Sin embargo, el plazo promedio de espera institucional -en Cardiología- era de 213 días, excepto en cinco hospitales donde se duplicó o triplicó ese tiempo: Tony Facio Castro, San Rafael de Alajuela, Carlos Luis Valverde Vega, San Vicente de Paúl y el Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, tal como se observa en el gráfico.



Fuente: Elaboración propia con base en lista de espera de Consulta Externa

Según se refleja en el gráfico anterior, el Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, triplicó el promedio de espera institucional para Cardiología, inclusive, para optar por una cita en esa especialidad, algunos asegurados deberán de esperar casi 7 años, tal como sucede con los adultos mayores Marcela C.A., Carlos F.B. y Azarías C.L.

CUADRO 2
HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ
PLAZOS DE ESPERA PARA UNA CITA EN CARDIOLOGÍA
AL 31 DE OCTUBRE DE 2020

Cupo	Paciente	Edad	Fecha asignación	Fecha de cita	Tiempo de espera
201812513844	Marcela C.A.	80 años	17/08/2018	28/04/2025	6,7 años
201810343730	Carlos F.B.	81 años	1/08/2018	8/10/2024	6,2 años
201811410727	Azarías C.L.	86 años	17/08/2018	23/07/2024	5,9 años

Fuente: Lista de espera Consulta Externa especialidad de Cardiología.

También se comprobó que el Sr. Mario G.G. de 80 años, ingresó a la lista de espera de Cardiología del Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, **el 17/08/2018** (cupó 201811405974), pero **falleció el 4/11/2019**, cuatro años antes de la fecha programada de la cita, el **24/07/2023**.

De igual forma, se observaron dos casos en los cuales existen inconsistencias en los registros o falta de control interno en cuanto a la comprobación de la identidad de los asegurados:

- El paciente José Joaquín G.S. de 94 años, ingresó a la lista de espera el **1/08/2018** (cupó 201810343269) para lo cual se programó una cita en Cardiología el 5/12/2023, pero según Consulta Civil del Tribunal Supremo de Elecciones, falleció el **29/11/2017**, es decir, antes de ser registrado en ese centro hospitalario.
- La Sra. Dionisia G.G. de 93 años, fue registrada el **23/11/2018** (cupó 201810333009) con cita programada para el 18/07/2022, pero presenta fecha de defunción el **1/09/2017**, en otras palabras, falleció antes de ingreso a la lista de espera.

Sobre el tema de listas de espera, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia 2017-5977 de las 9:30 horas del 26 de abril de 2017, dictaminó que; *“En virtud de ello, para la adecuada*



protección del derecho a la salud, la Sala ha reiterado el carácter de servicio público que poseen los servicios de salud, estimando que como tal debe cumplirse en todo momento con las características de eficiencia, celeridad, simplicidad y oportunidad en la prestación de los mismos”.

Asimismo, en la resolución 2018-9842 de las 9:20 horas. del 20 de junio de 2018, ese Tribunal resolvió:

“La jurisprudencia de la Sala en esta materia, ha venido considerando que el otorgamiento de una cita a tan larga data, lesiona el derecho a la salud y a la calidad de vida de los pacientes, siendo que en el caso particular, dicha valoración es necesaria para poder diagnosticar el padecimiento que tiene la amparada, lo que resulta conveniente que deba de realizarse en un plazo más razonable, y no dentro de ocho años, ello en aras de determinar el procedimiento a seguir a futuro, con la intención de evitar que una demora en la valoración pueda provocar complicaciones secundarias. Así las cosas, considera esta Sala que el recurso debe estimarse, pues es deber de la Caja Costarricense de Seguro Social resguardar de forma efectiva el derecho a la salud de todos sus usuarios, lo que incluye -evidentemente- la obligación de prestar de manera oportuna y diligente la atención y el tratamiento médico que necesitan sus pacientes”.

Por lo descrito, no se considera razonable la asignación de citas médicas a casi 7 años plazo, en especial a los adultos mayores sujetos de protección especial por parte del Estado, lo que evidencia des-uniformidad en la aplicación de los principios filosóficos de unidad, igualdad, seguridad, obligatoriedad y solidaridad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Cabe agregar que se desconoce el estado de salud actual de esos pacientes.

En virtud de lo descrito, la patología cardiovascular constituye un problema de salud pública que impacta en la Consulta Externa de medicina general y especializada, por ende, en la lista de espera, más aún, al considerar que según la información estadística obtenida del Sistema Digital Único en Salud (EDUS), un 15 % (16 859 pacientes) de la población atendida en la especialidad de Cardiología durante el 2019, correspondían a personas jóvenes de máximo 30 años, incluso, se atendieron casi 3 000 menores de 1 año, lo cual implica la necesidad de retomar políticas institucionales y nacionales orientadas al fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

También, los plazos de espera podrían estar siendo afectados, por debilidades en la gestión de la Consulta Externa en medicina especializada, ya que durante el 2019 se dejaron de utilizar 10 382 cupos en la especialidad de Cardiología, en principalmente cuatro hospitales, según el siguiente detalle:

CUADRO 3
DETALLE DE CUPOS NO UTILIZADOS
ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA
PERIODO 2019

Centro asistencial	Cupos no utilizados	Porcentaje
H. México	2 223	21 %
H. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	1 920	18 %
H. San Vicente de Paúl	1 790	17 %
H. Maximiliano Peralta Jiménez	1 481	14 %
Otros 17 hospitales	2 968	30 %
Total	10 382	100 %

Fuente: Elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Del mismo modo, en seis hospitales, la gestión de sustitución³ fue entre un 37 y 68 %, inferior al mínimo institucional establecido del 85 y 100 %. Es decir, no se logró sustituir a los pacientes ausentes en las citas médicas de Cardiología en los hospitales: Fernando Escalante Pradilla, Ciudad Neily, Tony Facio Castro, Guápiles, San Francisco de Asís y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

³ La gestión de sustitución corresponde a las citas sustituidas más los recargos, entre las citas perdidas.



Si bien, la exigente para que un paciente omita asistir a una cita médica, no justifica que la Administración Activa evite la sustitución y aprovechamiento de ese cupo. Situación contraria se demostró en los hospitales Dr. Enrique Baltodano Briceño, San Carlos, México, San Juan de Dios, entre otros, con una gestión de sustitución superior al 100 %.

Tal como se ha mencionado, una limitada capacidad de gestión hospitalaria ya sea por falta de recurso humano, equipamiento, infraestructura o simplemente por debilidades de control interno, repercuten en el incremento de los plazos de espera, lo cual se traduce en eventuales diagnósticos y/o tratamientos tardíos en detrimento de la salud y hasta la vida de las personas. De igual forma, la pandemia generada por el COVID-19, tuvo efectos negativos en el control y oportunidad de atención de los asegurados, quienes podrían requerir eventualmente, tratamientos continuos o especializados por las posibles consecuencias del contagio.

Así mismo, esos plazos de espera conllevan a que los usuarios de los servicios de salud recurran en forma constante ante las instancias judiciales, con el propósito de hacer valer sus derechos constitucionales que les asisten en calidad de asegurados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2.3. Lista de espera en Procedimientos de Diagnóstico

En cuanto a los procedimientos de diagnóstico en la especialidad de Cardiología, a nivel nacional se realizan ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo y pruebas de holter, principalmente.

Al 31 de julio de 2020, se encontraban pendientes de estudio 19 826 procedimientos, distribuidos de la siguiente forma:

**CUADRO 4
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO A NIVEL NACIONAL
Y PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA POR CENTRO ASISTENCIAL
ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA
A JULIO DE 2020**

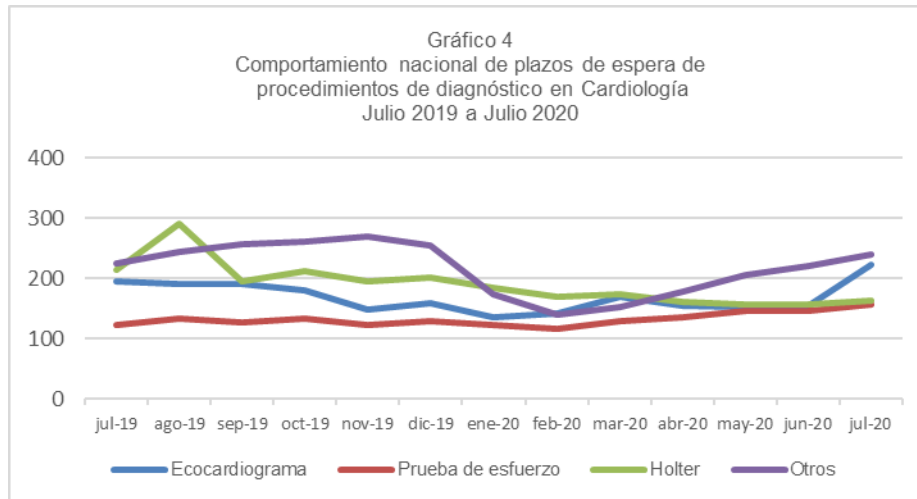
Procedimiento	Casos pendientes	% pendientes	Plazo promedio Espera	Mayor plazo de espera	Centro asistencial
Ecocardiograma	10 835	55 %	151 días	979 días	H. México
Pruebas de Esfuerzo	4 227	21 %	96 días	618 días	H. San Carlos
Pruebas de Holter	4 122	21 %	116 días	945 días	H. San Carlos
Otros	642	3 %	146 días	240 días	H. Calderón Guardia
Total	19 826	100 %			

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Unidad Técnica de Lista de Espera.

Del cuadro anterior se detalla que la mayor cantidad de procedimientos (el 55 %) corresponden a 10 835 Ecocardiogramas, con un plazo máximo de espera de 979 días para el Hospital México, aunque el promedio nacional se encontraba en 151 días.

Respecto a las Pruebas de Esfuerzo y Holter se mantenían 8 349 pendientes a julio de 2020, con un plazo de realización de 96 y 116 días en promedio, pero en el Hospital San Carlos se reportó el mayor plazo de espera, con 618 y 945 días, respectivamente.

Aunque los esfuerzos institucionales estaban orientados a la disminución de la lista de espera, los resultados fueron satisfactorios hasta febrero de 2020, mientras que, entre marzo y julio de 2020, hubo una tendencia al alza producto -posiblemente de emergencia nacional generada por COVID-19-, según se refleja en el siguiente gráfico.



Al respecto, la Ley de Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, artículo 2 –Derechos-, dispone que los pacientes tienen entre otros, derecho a “e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas”.

En materia de riesgos, la Ley General de Control Interno, artículo 14, estipula:

“Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: 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. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”

En lo que respecta al Hospital San Carlos, el Dr. Alberto Arguello Villalobos, asistente de jefatura de Medicina, comentó que “disponen de recurso humano limitado”, aunque desde hace tres años se gestiona un proyecto para la construcción de un edificio de Cardiología con apoyo de la Junta de Protección Social, el cual se espera ejecutar durante el 2021.

Lo descrito refleja una vez más, las diferencias institucionales mencionadas sobre la oportunidad de prestación de los servicios de salud, lo cual no justifica las desigualdades en un mismo sistema de red hospitalaria que podrían afectar la calidad de vida de las personas que requieren diagnósticos o tratamientos urgentes.

2.4. Situaciones que motivan los recursos de amparo en los Servicios de Cardiología

De la revisión obtenida de los expedientes de Recursos de Amparo, se evidencia que los usuarios alegan generalmente afectación por lista de espera para recibir atención médica.

Esta Auditoría solicitó a los Centros Hospitalarios información referente a los registros de recursos de amparo interpuestos a los Servicios de Cardiología, a fin de conocer los motivos por los cuáles los usuarios entablan los recursos. Los datos fueron remitidos mediante los oficios, HCG-JH-47 03-20 del 27 de marzo 2020, S.C- 0301-20 del 01 de junio 2020 y DAGJ-HM-0282-2020 del 20 de julio 2020 y se revisaron aleatoria expedientes judiciales, resultando lo siguiente:



CUADRO 5
CANTIDAD DE RECURSOS DE AMPAROS INTERPUESTOS POR USUARIOS
A LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA DE LOS HOSPITALES NACIONALES
2017 AL 2020

Hospital	Cantidad 2017	Cantidad 2018	Cantidad 2019	Cantidad 2020
México	04	07	11	02
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	36	32	37	10
San Juan de Dios	04	07	33	07
Totales	44	46	81	19

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos al I semestre del 2020.

Del cuadro anterior, se desprende que la generalidad de los recurrentes que interpusieron los recursos de amparo manifestó que se vieron afectados para recibir la atención médica al permanecer en lista de espera y la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia declaró con lugar el voto en la mayoría de los recursos. A modo de ejemplo se citan los siguientes números de expedientes con sus resoluciones y con condenatoria en costas, daños y perjuicios.

- Expediente No. 19-018535-007-CO, Resolución No. 2019020222.
- Expediente No. 19-019991-007-CO, Resolución No. 2019022055.
- Expediente No. 19-018437-007-CO, Resolución No. 2019020219.
- Expediente No. 19-013396-007-CO, Resolución No. 2019014934.
- Expediente No. 19-022371-007-CO, Resolución No. 2019024123.

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

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

Exigir confiabilidad y oportunidad de la información...”

De acuerdo con el Manual de funcionamiento de las Asesorías Legales, se establecen varios procesos y en el ítem 5 – Proceso Atención Recursos de Amparo, se indicó *“que los recursos se deben atender de manera eficiente, eficaz y en el plazo otorgado”*.

Lo anterior se genera por las debilidades existentes en la capacidad instalada de los centros hospitalarios, ante la falta de acciones para disminuir los tiempos en las listas de espera, situación que afecta la atención eficiente y oportuna a los usuarios.

3. SITUACIÓN ACTUAL EN LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA EN LAS REGIONES BRUNCA, HUETAR NORTE, HUETAR ATLÁNTICA Y CHOROTEGA

Esta Auditoría determinó que los asegurados de las Regiones Brunca, Huetar Norte, Atlántica y Chorotega disponen de una accesibilidad limitada de los servicios de Consulta Externa Especializada y procedimientos de hemodinamia. Lo anterior, al no disponerse de suficiente recurso humano, tecnológico e infraestructura y equipo médico para brindar servicios de diagnóstico y tratamiento de forma eficiente y oportuna, según indicaron los jefes y/o coordinadores de servicios en diferentes hospitales de esas zonas del país.

En ese sentido, en entrevista se consultó respecto a la factibilidad de realizar procedimientos de baja complejidad según la infraestructura, recurso humano, y equipo, obteniendo la siguiente información:



**TABLA NO. 5
COMPARACIÓN RECURSOS EN HOSPITALES
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Hospital	Infraestructura	Recurso Humano	Indicadores	Costos
Enrique Baltodano Briceño Dr. Marvin Palma Lostalo, Director General	Si dispone: Sala 8 y 9, y de 6 a 7 camas de cuidados intensivos, 12 camas de recuperación y 1 de aislamiento.	Si dispone para atender 21 procedimientos semanales, falta formación. No se cuenta con el técnico de hemodinamia y la enfermera para la atención de estos pacientes.	Generalmente los que se hicieron en los procesos de atender a 6 pacientes y así consecutivamente, se puede mencionar: • Estándares. • Número de producción por día. • Costo promedio por día. • Costo de suministros. • Estancias. • Disminución de la lista de espera.	Los gastos están reflejados con el uso de cama y de equipo quirúrgico. Uno de los efectos más negativos de no hacer los procedimientos cardíacos en el centro médico, es que los costos de uso de cama son altos dado que duran más de 20 días lograr hacer un cateterismo.
San Carlos Dr. Alberto Arguello Villalobos, Asistente médico del Dr. Mario Fletes López, jefe de Medicina	Se dispone a partir de junio 2021, en virtud de un proyecto donado por la Junta de Protección Social, y una prevista de una segunda planta para procedimientos de cateterismo.	Se tiene un recurso humano limitado: 2 cardiólogos para toda la región. 2 técnicas de electrocardiografía. No contamos con personal capacitado para la realización de cateterismos en este hospital.	Se dispone de estadística: . Promedio de procedimientos electrocardiográficos: 2017 (7.792) 2018 (53913) 2019 (7.563).	No se dispone de estos números.
Dr. Fernando Escalante Pradilla Dr. José Fernando Brenes Chavez, Jefe de Medicina	No se dispone	Recurso humano es limitado: 2 cardiólogos (para diciembre del 2021 uno de los cardiólogos se jubila y aún no se tiene una indicación por parte de la Gerencia Médica de su sustitución).	Total de Egresos con diagnostico	El costo promedio por día de estancia hospitalaria es de ₡701.0123.75 colones (incluidos los costos administrativos no incluye medicación, exámenes de laboratorio y gabinete, atención especializada: según información del Departamento de estadística).
Ciudad Neily Dr. Hafeth Mauricio Núñez Chinchilla, Jefe Consulta Externa	No se dispone	La sección de cardiología actualmente se encuentra conformada por: • Un Cardiólogo. • Una Enfermera (plaza de auxiliar de enfermería en préstamo, perteneciente al área de enfermería hospitalización). • Una Técnica en electrocardiología.	Todas las secciones de la consulta externa se miden mediante el modelo gestión por resultados.	No se dispone del dato por procedimiento.
La Anexión Dr. Sigifredo Aiza Campos, jefatura del Servicio de Cardiología	Sería solo de reacondicionar el lugar donde se vaya a ubicar.	Se carece de recurso humano ya que a la fecha solamente se dispone de una Cardióloga y 2 Técnicos en Cardiología, los cuales no dan abasto con la población actual	Se utilizan los de consulta externa	No se dispone de este dato. Sin embargo, cabe resaltar que se dispone de estancias prolongadas de hasta más de 30 días en algunos pacientes, lo anterior en espera de espacio en el Hospital México.

Fuente: Creación propia de la Auditoría con información brindada por la Administración Activa.

Como se puede observar en la tabla anterior, el Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, dispone de las condiciones para realizar procedimientos de mediana complejidad en cardiología, a excepción de formar aún más al personal, situación contraria al Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, que carece de infraestructura y recurso humano. En el caso del Hospital San Carlos, iniciaron con un proyecto que les suministrará la infraestructura, pero no disponen de suficiente recurso humano.

Asimismo, en el rubro de indicadores en Cardiología se carece de uniformidad en su uso, lo que evidenció la falta de este tipo de guías para medir la eficiencia y eficacia en la producción.



También, se desconoce la exactitud del costo por paciente a la espera de un procedimiento cardiológico, únicamente se dispone de información de la estancia por día, sin incluir exámenes o algún otro que deba realizarse para distinguir el estado de la persona.

La Ley General de Salud establece en su artículo 3, que *“Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad”*.

El documento *“Análisis y planificación para el abordaje de atención integral de la patología cardiovascular a nivel institucional”*, enero del 2016, de la Comisión Intergerencial, en la que se procedió a realizar un análisis de lo que debe existir a nivel Institucional en los diferentes niveles de atención de acuerdo con su capacidad resolutive, considerando básicamente tres elementos: infraestructura, tecnología y recursos humanos, concluyendo que:

“(…) En el Primer nivel de atención:

Es prioritario el fortalecimiento de este nivel, fundamentalmente brindando capacitación a los médicos generales, para aumentar su capacidad resolutive (…)

Segundo nivel de atención:

De acuerdo con la capacidad resolutive que se debe brindar en el segundo nivel de atención, es muy importante considerar los siguientes aspectos:

Recursos Humanos:

El valor agregado que ofrece el disponer de al menos un médico especialista en Cardiología. Se procede a analizar diferentes escenarios como son:

- 1. Que se disponga de al menos un Médico especialista en Cardiología en cada uno de los hospitales que brindan un segundo nivel de atención partiendo de los Hospitales Periféricos 3.*
- 2. Que se disponga de dos Médicos especialistas en Cardiología con una subespecialización en hemodinamia para los hospitales de Liberia, Limón, San Carlos, Puntarenas y San Isidro del General.*
- 3. Infraestructura:*

a. Se debe disponer de áreas físicas que permitan:

- I. Disponer de una Unidad de cuidados intermedios.*
- II. Áreas en donde se puedan realizar pruebas de esfuerzo, ecocardiografía, Holter, Mapa.*
- III. Cateterismos cardíacos en las unidades seleccionadas.*
- IV. Espacio para la clasificación del dolor de torácico en los servicios de emergencias.*
- V. Espacio físico para realizar los programas de rehabilitación cardíaca.*

Tecnología:

Se debe disponer de los equipos necesarios (…)

Para el tercer nivel de atención:

Para mejorar la utilización de la infraestructura disponible se debe implementar de forma inmediata un procedimiento de unificación de las listas de espera y una red nacional de cardiología virtual, en donde se puede utilizar el call center de trasplante de órganos…”

La falta de estudios y análisis del costo-efectivo, así como de la oportunidad de la atención del paciente en red de servicios de salud, actualizados sobre la regionalización de procedimientos de hemodinamia, que determine la dotación de recursos humanos, infraestructura y tecnología, para garantizar la accesibilidad de los servicios, se considera como la principal causa de lo indicado en el presente hallazgo.



Lo descrito anteriormente, puede estar generando debilidades en cuanto a la accesibilidad de las actividades de tratamiento de la patología cardiovascular y la oportunidad de atención cuando un evento se presente, ya que, dependiendo de la zona geográfica y el hospital, este pueda ser atendido o no con prontitud, y de ser el caso el riesgo latente por el traslado hacia un nosocomio especializado.

Además, los costos institucionales por tener pacientes internados con estancias prolongadas a la espera de ser atendidos en un hospital nacional donde se dispone del recurso completo para realizar el procedimiento que se requiera.

De lo anterior, se ejemplifica el costo por estancia en un hospital a la espera de un procedimiento, según anexo 1. Se puede observar que en siete pacientes de acuerdo con las estancias de uno en general, la institución tuvo en costo de ₡453.550.742,00 (cuatrocientos cincuenta y tres millones quinientos cincuenta mil setecientos cuarenta y dos colones con 00/100), de los cuales ₡198.632.864,00 (ciento noventa y ocho millones seiscientos treinta y dos mil ochocientos sesenta y cuatro colones con 00/100) son del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, y ₡254.917.878,00 (doscientos cincuenta y cuatro millones novecientos diecisiete mil ochocientos setenta y ocho colones con 00/100) se confieren al Hospital San Juan de Dios.

4. RIESGOS RELACIONADOS CON LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

Se determinó que la Institución requiere de un adecuado mapeo de riesgos relacionados con la patología cardiovascular, esto por cuando en dos Hospitales Nacionales (Hospital México y Hospital Calderón Guardia), no se reportó al Área Gestión de Control Interno, la herramienta de Gestión de Riesgos.

Así mismo, se evidenció que la herramienta de Gestión de Riesgos para el servicio de cardiología del Hospital San Juan de Dios no contempla riesgos operativos relacionados con procedimientos internos como el otorgamiento de camas, tecnología de la información y eventos externos.

Por otra parte, se determinó que el servicio de cardiología del Hospital Nacional de Niños en la herramienta de Gestión de Riesgos solo determina riesgos operativos relacionados al funcionamiento de los activos destacando uso indebido o daño, así como fallas en los sistemas informáticos, excluyendo aspectos esenciales relacionados con los procesos asistenciales médico-quirúrgicos a considerar que podrían afectar la operatividad del servicio.

La Ley General de Control Interno en el Artículo 14, refiere a las responsabilidades que tienen el jerarca y los titulares subordinados en cuanto al tema de Valoración del riesgo, según lo siguiente:

“Artículo 14. — 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.”

De igual manera, en la Sección II Sistema Específico de Valoración del Riesgo de la misma Ley se establece:

“Artículo 18. — Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.

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. (...).”



Las Normas de Control Interno para el Sector Público en relación con el tema valoración de riesgos, preceptúa:

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

Los “Lineamientos para la Valoración de Riesgos de los niveles operativos de la Caja Costarricense de Seguro Social” del Área de Gestión Control Interno, indican:

“2) Todos los titulares subordinados actualizarán o elaborarán el mapa de riesgos utilizando como base el Catálogo Institucional de Riesgos entregado durante el proceso de capacitación 2019 y disponible en el sitio colaborativo de la Dirección de Sistemas Administrativos.”

Se realizó consulta vía correo electrónico el 23 de octubre 2020 al Dr. Douglas Montero Chacón y a la Dra. Sandra Vargas Lejarza encargado del proceso en el Hospital México respecto a la ausencia de mapas de riesgos para el servicio de cardiología indicando: *“Efectivamente veo que debo de haber cometido algún error al cargar, en el sitio colaborativo, algunas de las herramientas del hospital. Ya estoy en este momento corrigiendo el error con las que fueron hechas en tiempo y forma, pero por alguna razón no me di cuenta de que no se completó el proceso a la hora de cargarlas.”* Se adjuntó herramienta solicitada.

Mediante oficio HCG JH-96-08-2020, 4 de agosto 2020, suscrito por el Dr. Mauricio Vanegas Jarquín, jefatura de Cardiología y Hemodinamia, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, indicó:

“10. Mapa de riesgos.

En este momento el Servicio de Cardiología se encuentra en un transitorio, debido a que se encuentra en construcción la nueva área que será asignada en el Edificio Histórico del Hospital para el Servicio de Cardiología, por lo que las diferentes secciones que forman parte del servicio de cardiología (consulta externa, pruebas de esfuerzo, ecocardiogramas, etc.) se encuentran distribuidos en diferentes partes del hospital y externos del hospital, por lo tanto, aún no se cuenta con un mapa específico de riesgo hasta que se haga entrega de las instalaciones actualmente en remodelación, con fecha estimada de entrega a finales del 2020.”

Una de las actividades esenciales de las jefaturas de los servicios médicos es identificar, analizar, evaluar, medir, mitigar y monitorear los riesgos de que se produzca un evento adverso para: los pacientes, los profesionales y otras personas, las instalaciones y los equipos, la economía-finanzas de la institución, así como el prestigio de los profesionales y por ende de la institución, entre otros; manera que se fortalezca su seguridad y solidez, con la finalidad de proteger los intereses del público, y por consiguiente la seguridad del paciente, en caso de una eventual materialización.

En vista que los servicios de cardiología de los hospitales a nivel nacional no tienen claramente identificados todos los posibles riesgos operativos que puedan presentarse en su accionar relacionados con la actividad sustantiva, provoca que a nivel estratégico la Dirección Administrativa de cada Centro y la Gerencia Médica no puedan estar preparadas para responder ante estas circunstancias con un adecuado abordaje, provocando la posibilidad evidente de ocurrencia de riesgos de fraude, reputacionales, legales u operacionales. En este momento dichos servicios médicos están expuesta a la materialización de diferentes riesgos en el corto plazo, que podrían generar una afectación patrimonial, pérdida de información relevante, daño a la imagen institucional, afectación directa al usuario, entre otros.

5. ASPECTOS FINANCIEROS DE LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

5.1 Desde la perspectiva de Costos

5.1.1 Costo de la especialidad

Se determinó la importancia de disponer de un sistema para la determinación de los costos de la especialidad de cardiología a nivel nacional, que permita identificar la inversión, administración y resultados del desarrollo de las actividades que se efectúan en estos servicios.

De la comparación del Modelo Tarifario y las listas quirúrgicas se identificó en la Especialidad de Cardiología 6.605 procedimientos y 135 cirugías electivas de los cuales no se logró identificar la tarifa. (Ver anexo # 2). No obstante, que no se dispone de una estructura de costos, se logran identificar los siguientes datos:

a. Consultas

CUADRO 6

Costos por consulta especialidad cardiología

Al 31 de diciembre 2019

Consultas	Cantidad	Tarifa	Monto
Consultas por primera vez	52 804	56 357,00	2 975 875 028,00
Consultas subsecuentes	57 378	40 103,00	2 301 029 934,00
Total	110 182	96 460,00	5 276 904 962,00

Fuente: Elaboración propia, listas quirúrgicas modelo tarifario II Semestre 2019

Del cuadro anterior se establece que los costos relacionados con la especialidad de cardiología al 31 de diciembre 2019 ascienden por un orden de ₡5.276.904.962,00 (Cinco mil doscientos setenta y seis millones novecientos cuatro mil novecientos sesenta y dos colones) para una cantidad de 110.182 consultas realizadas en los hospitales a nivel nacional que ofrecen esta especialidad. Con respecto a los procedimientos realizados en la especialidad de cardiología al 31 de diciembre 2019, se destaca a continuación:

b. Procedimientos

CUADRO 7

Costos por procedimiento especialidad cardiología

Al 31 de diciembre 2019

Procedimientos	Cantidad	Tarifa	Monto
Ecocardiograma	18 813	183 884,00	3 459 409 692,00
Electrocardiogramas	64 503	53 810,00	3 470 906 430,00
Holter	5 477	63 756,00	349 191 612,00
Marcapaso Permanente	1 818	1 779 068,00	3 234 345 624,00
Pruebas De Esfuerzo	8 232	12 216,00	100 562 112,00
Total	98 843	2 092 734,00	10 614 415 470,00

Fuente: Elaboración propia, listas quirúrgicas modelo tarifario II Semestre 2019

Se logró cuantificar con el total de procedimientos realizados según la lista quirúrgicas y los costos de los procedimientos incluidos en el modelo tarifario II Semestre 2019, un monto total de ₡10.614.415.470,00 (Diez mil seiscientos catorce millones cuatrocientos quince mil cuatrocientos setenta colones) para un total de 98.843 procedimientos.



Sin embargo, para el año 2019, en la patología cardiovascular se efectuaron un total de 105.448 procedimientos, reflejando en descubierto un total de 6.605 procedimientos que no se encuentran costeados en el Modelo Tarifario.

Por otra parte, lo correspondiente a cirugía en la lista quirúrgicas se clasifican como electivas y ambulatorias, a continuación, se observa:

c. Cirugía

CUADRO 8
Costos por cirugía especialidad cardiología
Al 31 de diciembre 2019

Procedimientos	Cantidad	Tarifa	Monto
Arteriografía coronaria con empleo de dos cateteres	343	3 312 441,00	1 136 167 263,00
Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón	5	362 741,00	1 813 705,00
Inserc marcapasos perman inicial sust sin especific tipo	27	1 779 068,00	48 034 836,00
Cirugía Ambulatoria	356	198 564,00	70 688 784,00
Total	731	5 652 814,00	1 256 704 588,00

Fuente: Elaboración propia, listas quirúrgicas modelo tarifario II Semestre 2019

Los diagnósticos arteriografía coronaria e Inserción marcapasos se localizaron en el modelo tarifario como Angioplastia coronaria y marcapaso permanente recomendación doctor especialista.

En Cirugía ambulatoria se consideró el costo cirugía ambulatoria general, aplicable a todas las especialidades sin considerar diagnóstico.

El costo de cirugía electiva y ambulatoria para la especialidad cardiología asciende a $\text{¢}1.256.704.588,00$ (Mil doscientos cincuenta y seis millones setecientos cuatro mil con ochenta y ocho colones) para un total 375 resultado de 3 diagnóstico para cirugía electiva y 356 de cirugía ambulatoria.

No obstante, es relevante mencionar que el total de cirugía electiva asciende a 510, dejando al descubierto 135 cirugías sin poder determinarles el costo y lo correspondiente a cirugía ambulatoria 356 fueron calculadas sin diagnóstico según lo establece el Modelo Tarifario, sumando a esta limitante se presenta el aspecto que el diagnóstico de la cirugía, es indicado por el doctor tratante, el mismo no cumple con estandarización de un catálogo de ofertas o de clasificación de enfermedades como el modelo C110 o Grupos Relacionados por el Diagnósticos GRD este último de gran utilidad para la financiación en los hospitales por cuanto la finalidad de los GRD es relacionar la casuística del hospital con la demanda de recursos y costos asociados. Por lo tanto, un hospital que tenga una casuística más compleja, desde el punto de vista de los GRD, significa que el hospital trata a pacientes que precisan de más recursos hospitalarios.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, permiten identificar pacientes, grupos de pacientes, procedimientos y procesos encadenados o aislados que conllevan determinada modalidad de gasto y este tipo de información permite atribuir el peso relativo al gasto entre diferentes grupos con respecto al promedio, para determinar cuáles de los grupos atendidos cuánto gastan y con qué frecuencia, así como indicadores de eficiencia.

La deficiencia en la clasificación de patología y diagnóstico es una variable importante a la hora de determinar el costo de esta patología, para poder establecer una relación entre tarifa y procedimiento.

d. Estancia

Por otra parte, otro aspecto que permite cuantificar el costo es el tema de estancias médicas e incapacidades que para al 31 de diciembre 2019, se destacan los siguientes rubros:

CUADRO 9
Costos estancia especialidad cardiología
Al 31 de diciembre 2019

Establecimiento de Salud	Estancias	Costo	Monto
H. México	14 457	904 317,81	13 073 722 645,54

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

H. Rafael Angel Calderón Guardia	9 525	744 496,97	7 091 333 669,22
H. San Juan de Dios	7 813	712 468,53	5 566 516 636,45
H. San Vicente de Paul	5 526	693 247,03	3 830 883 113,05
H. De San Rafael	6 619	535 974,52	3 547 615 354,03
H. Víctor Manuel Sanabria Martínez	5 731	594 335,54	3 406 136 958,52
H. de San Carlos	5 318	547 715,42	2 912 750 605,43
H. Tony Facio Castro	3 029	559 500,97	1 694 728 452,38
H. Fernando Escalante Pradilla	1 834	526 877,62	966 293 560,98
H. Maximiliano Peralta Jiménez	912	654 110,75	596 549 003,81
H. William Allen Taylor	545	535 935,71	292 084 963,27
H. Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	69	973 349,67	67 161 126,97
H. Carlos Luis Valverde Vega	68	629 642,75	42 815 706,80
Total	61 446,00	8 611 973,30	43 088 591 796,44

Fuente: Elaboración propia, datos Anuario 2019 y Área Estadísticas de Salud

Se determinó un total de 61.446 estancias relacionadas con la especialidad de cardiología para un total de ¢43.088.591.796,44 (Cuarenta y tres mil ochenta y ocho millones quinientos noventa y un mil setecientos noventa y seis con cuarenta y cuatro céntimos).

Contribuye principalmente a este rubro la cantidad de estancias hospitalarias en el Hospital México que asciende a 14.457 correspondiente a un 30% del monto total, como consecuencia de que es el hospital nacional con más cirugías electivas y ambulatorias realizadas que guardan relación con la patología cardiovascular.

e. Incapacidades

El costo relacionado con las incapacidades, emitidas en la especialidad de cardiología, muestra que al cierre de diciembre 2019, asciende a un total de 637 boletas por un monto de ¢54.247.590,13 (Cincuenta y cuatro millones doscientos cuarenta y siete mil quinientos noventa con trece céntimos), según se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO 10
Costos incapacidad especialidad cardiología
Al 31 de diciembre 2019

Centro Hospitalarios	Cantidad	Monto
Hospital San Vicente De Paul	161	19 979 874,34
Hospital México	137	11 345 052,55
Hospital Maximiliano Peralta Jimenez	97	8 270 604,48
Hospital San Rafael	68	6 461 037,59
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	51	2 649 175,65
Hospital de La Anexion	46	1 524 995,00
Hospital Tony Facio Castro	41	1 606 182,70
Hospital Dr. Rafael Angel Calderon Guardia	18	1 274 790,00
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martinez	8	388 910,00
Hospital San Carlos	6	313 380,00
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega	3	324 394,82
Hospital San Juan De Dios	1	109 193,00
Total	637	54 247 590,13

Fuente: Base de datos RCPI

En el 2019, del total de incapacidades otorgadas relacionadas con la patología cardiovascular, el Hospital San Vicente de Paul es el que más incapacidades otorga con 161 por un monto de ¢19.979.874,34 (Diecinueve millones novecientos setenta y nueve mil ochocientos setenta y cuatro con treinta y cuatro céntimos) y el segundo



es el Hospital México con 137 por ¢11.345.052,55 (Once millones trescientos cuarenta y cinco mil cincuenta y dos colones con cincuenta y cinco céntimos).

Resumen costo de la patología cardiovascular

En resumen, los costos relacionados con la patología cardiovascular que pudieron ser cuantificables se muestran a continuación:

Cuadro 11

Costos incurridos en la producción cuantificable

Especialidad de Cardiología

Al 31 diciembre 2019

Detalle	Cantidad	Monto
Consulta especializada	110 182	5 276 904 962,00
Procedimientos	98 843	10 614 415 470,00
Cirugía	731	1 256 704 588,00
Estancia	61 446	43 088 591 796,44
Incapacidades	3 290	54 247 590,13
Total	274 136	60 290 864 406,57

Fuente: Elaboración propia

En el 2019, el total de costos relacionados a la especialidad de cardiología ascienden a la suma de ¢60.290.864.406,57 (Sesenta mil doscientos noventa millones ochocientos sesenta y cuatro mil cuatrocientos seis cincuenta y siete céntimos). Es importante mencionar que el dato obtenido está en función de mostrar un panorama del costo de la patología, con la salvedad que no se consideraron rubros significativos como urgencias, entre otros. Por tanto, el dato anterior no se puede establecer como el costo real y total de la enfermedad.

Sin embargo, como bien se mencionó esta recopilación de datos debe ser construida, dado que en la actualidad la Institución no cuenta con sistemas de información que permita extraer el costo de los diferentes procesos o actividades que se desarrollan en la especialidad de cardiología a nivel nacional.

5.1.2 Modelo Tarifario

Se evidenció que el modelo tarifario no se encuentra actualizado, dado que a la fecha contiene tarifas de estudios que no se han revisado desde hace 17 y 23 años respectivamente, tales como; los estudios denominados Costo Procedimientos Cardíacos y Costo Procedimiento Laboratorio Hemodinamia, Hospital San Juan de Dios.

Asimismo, se destaca una oportunidad de mejora en el aspecto de que la Subárea Costos Hospitalarios, encargada del Modelo Tarifario carece de un procedimiento que incluya aspectos de frecuencia, responsabilidades y metodología de elaboración y actualización, entre otros aspectos.

Además, se confirmó que la Subárea Costos Hospitalario no posee un inventario de los procedimientos, en donde incluya entre otros aspectos la fecha de elaboración de los estudios, así como el resguardo de los mismos, en vista que mediante oficio ACC-SACCH-0183-2020, del 4 de noviembre del 2020, suscrito por la Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Jefe a.i. Subárea Costos Hospitalarios, informó que no cuentan con los estudios Extracorpórea, Angioplastia básica de carótidas, Exclusión de aneurisma aorta (EVAR) básica y Angioplastia con balón, dado la antigüedad de los mismos.

Asimismo, aunque no se realizan actualizaciones de campo, la Administración presenta una metodología para actualización para el modelo tarifario cada semestre mediante una metodología por medio de índices, que a continuación se destaca:

Cuadro 12

**Metodología actualización tarifas hospitalarias**

Rubro asociado	Índice	Fuente
Servicios personales	Índices salariales institucionales	Publicación realizada en la página web institucional por parte de la Dirección Administración y Gestión de Personal
Servicios No Personales	Índice de precios al productor de servicios (IPP-S)	Publicación realizada en la página web del Banco Central de Costa Rica
Materiales y Suministros Instrumental Médico Depreciación	Índice de precios al productor de la manufactura (IPP-MAN)	
Gastos indirectos (según la naturaleza de la tarifa)	Variación promedio institucional de los Servicios: 400 hospitalización 500 consulta externa 605 consulta odontológica 610 prótesis dental 810 Centro recreativo 715 laboratorio clínico 725 rayos X 740 anatomía patológica 770 electroencefalografía 775 electrocardiografía 780 cobaltoterapia 790 rehabilitación y fisioterapia 880 transporte	Archivos SIH-101 de la Unidad Programática 2000

Fuente: Subárea Costos Hospitalarios.

Sin embargo, esta metodología para estudios de antigüedad significativa muestra deficiencias sobre el crecimiento de la tarifa, en comparación con el incremento real de los componentes que conforman la composición del costo actualmente.

En la revisión de los estudios denominados: Costo Procedimiento Laboratorio Hemodinamia, el procedimiento de cateterismo izquierdo, derecho, ambos lados, angioplastia con tratamiento, 2003, se destacan los siguientes aspectos que llaman la atención de este Órgano de Fiscalización y Control, sobre la actualización de la tarifa:

Cuadro 13
Incrementos metodología de ajuste de tarifas
II Semestre, 2019

Procedimiento	Estudio 2003	Modelo Tarifario	Variación Absoluta	Variación Porcentual
Cateterismo derecho	95 130,90	296 525,00	201 394,10	212 %
Cateterismo izquierdo	117 134,45	362 741,00	245 606,55	210 %
Cateterismo cardiaco ambos lados	142 946,48	435 404,00	292 457,52	205 %
Angioplastia coronaria con tratamiento	1 539 666,03	3 312 441,00	1 772 774,97	115 %

Fuente: Modelo Tarifario

Del cuadro anterior, se destaca en promedio un crecimiento de un 185 % por los 4 procedimientos indicados, este crecimiento considera todos los componentes, sin embargo, se realizó el análisis de uno de los componentes "Materiales y Suministros" utilizando dos boletas de registros de materiales consignados en la compra 2013-LN-000011, en donde se destaca los suministros que fueron utilizados en un paciente para realizarle una angioplastia coronaria del Hospital México:

Cuadro 14



**Comparación Costo total del procedimiento vrs suministros destacados
Angioplastia coronaria con tratamiento
Cifras en colones**

Detalle	Monto	Variación Absoluta	Variación Porcentual
Estudio 2003	1 539 666,03		
Modelo Tarifario II Semestre 2019	3 312 441,00	1 772 774,97	115 %
Paciente 1	3 257 035,76	1 717 369,73	112 %
Paciente 2	10 208 053,66	8 668 387,63	563 %

Fuente: Elaboración propia información Sistema Electra Hospital México, los suministros son únicamente los relacionados a la compra 2013-LN000011. El sistema contiene diferentes marcas y precios, tipo de cambio Paciente 1 ¢585.36 y Paciente 2 ¢601.04, tipo de cambio promedio Banco Central julio y setiembre 2020, respectivamente.

El cuadro anterior permite demostrar que el incremento de la tarifa del 2003 al 2019 es de un 115%, no obstante, solo los suministros especializados comparados con el **Costo Total de la Tarifa del 2003** muestran incrementos de un 112 % y un 563 %, esto por cuanto se utilizan diferentes marcas y precios para el mismo suministro.

Ahora bien, de las listas de suministros incluidas se destaca un código que se mantiene invariable en su codificación hoy en día y corresponde a uno de los suministros más importante de una angioplastia coronaria con tratamiento, al respecto, se hace una comparación de su costo entre la fecha de realización de la tarifa base con el actual costo:

**Cuadro 15
Comparación código 2-06-01-0590
Balón angioplastia coronaria
Cifras en colones**

	Monto	Variación Absoluta	Variación Porcentual
Estudio 2003	101 462,50		
Modelo Tarifario II Semestre 2019	116 681,88	15 219,38	115%
Paciente 1	321 946,76	220 484,26	217%
Paciente 2	289 701,28	188 238,78	186%

Fuente: Elaboración propia información Sistema Electra Hospital México, los suministros son únicamente los relacionados a la compra 2013-LN000011. El sistema contiene diferentes marcas y precios, tipo de cambio Paciente 1 ¢585.36 y Paciente 2 ¢601.04, tipo de cambio promedio Banco Central julio y setiembre 2020, respectivamente.

Se destaca del cuadro anterior que el crecimiento total de la variación del estudio 2003 a la fecha ha sido de un 115%, por tanto, dicho crecimiento al costo del producto representa un monto de ¢116.681,88, sin embargo, al extraer del sistema Electra el mismo código para diferentes pacientes y marcas se destaca que en el ejemplo del paciente # 1 incrementó en un 217 % y el paciente # 2 en un 186 %, siendo mucho mayor al presentado en el modelo tarifario.

Asimismo, de la lista de suministros se aprecia que a modo de ejemplo 7 de los códigos considerados para establecer la tarifa tienen más de **17 años que no han ingresado a la Institución**, al respecto se detalla:



Cuadro 16
Información Catálogo de Suministros
Área Contabilidad Activos y Suministros
AI 30/10/2020

Código	Descripción	Fecha inclusión
2-03-011-1700	Electrodos adheribles.	12/2/2003
2-06-01-0605	Catéter Coronario Angiográfico, Tipo Judkins derecho, 7 French, Curva 4.0	12/2/2003
2-06-01-0606	Catéter Coronario Angiográfico, Tipo Judkins izquierdo, 7 French, Curva 3.5	12/2/2003
2-06-01-1065	Catéter Angiográfico Tipo Pig-Tail, Calibre 7fr, Longitud de 100cm.	12/2/2003
2-97-01-0020	Cepillo Quirúrgico de Nylon para lavado de manos	12/2/2003
2-94-03-0340	Guantes para cirugía estériles 6 1/2, Libre de polvo lubricante.	12/2/2003
2-94-01-2530	Esparadrado plástico en cortes	12/2/2003
2-94-01-2080	Jeringa hipodérmica descartable De 10 A 12 Cc.	12/2/2003

Fuente: Catálogo de Suministros.

Dada la antigüedad de la fecha de inclusión se puede suponer que existen suministros que no se están utilizando actualmente y forman parte del monto de la tarifa.

Por otra parte, en apariencia no se consideró el rubro medicamentos, que, en caso de tratarse de un cateterismo diagnóstico terapéutico, se requieren anticoagulantes, antiarrítmicas, antihipertensivos, antiinflamatorios, entre otros.

El estudio no destaca en el caso del cateterismo si corresponde a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, siendo un aspecto clave a la hora de determinar si al paciente se le debe aplicar anestesia local o general, aspecto que no fue contabilizado en la determinación de la tarifa, dado que el mismo no muestra ese componente en el 2003.

Respecto al tema de los suministros en entrevista realizada a la jefatura de la Subárea Costos Hospitalarios, nos indica que los suministros se cobran por aparte, sin embargo, en los cuatro estudios en mención contienen la lista de suministros que forman parte de la tarifa y en el modelo tarifario no se hace ninguna aclaración que deban ser cobrados por aparte como si se visualiza en la tarifa de una Catarata que hace la salvedad de que no incluye lente intraocular, por tanto, como interpreta el encargado de facturación que eso se cobra por aparte y si lo hace podríamos suponer que se registraría doblemente el insumo ya incluido en el estudio.

Siendo en apariencia, que actualmente mayor el costo de solo un suministro que el de todo el procedimiento y es en casos como los antes indicados donde la Gerencia Médica debe de mostrar un mayor protagonismo informando a la Subárea Costos Hospitalarios cualquier actualización que pueda incurrir en la tarifa establecida en el Modelo Tarifario.

Si bien es cierto, el Modelo Tarifario nace con la visión de que sirva como instrumento para el cobro de facturación a no asegurados, es importante destacar la relevancia que tiene este modelo para el cálculo de cuanto le cuesta a la Institución una determinada actividad.

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

“4.1 Actividades de control

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



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

4.3 Protección y conservación del patrimonio

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

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.”

En entrevista realizada a la Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área Contabilidad de Costos y a la Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Jefe Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios del 24 noviembre 2020, indican al respecto:

“Actualmente no existe un documento por escrito formalizado, sin embargo, se está trabajando en una propuesta debido a que se están realizando cambios en la metodología de actualización del Modelo Tarifario, se considera que la metodología de actualización de tarifas no es la idónea, sin embargo, para un total de 1300 tarifas que el recurso humano disponible y el tiempo que toma desarrollar estos estudios, no permite a la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios con 3 funcionarios realizar esas actualizaciones. Es cierto, que una actualización por indicadores para procedimiento con mucha antigüedad no permite mostrar una adecuada realidad.

Se conoce que hay muchos más procedimientos que no se encuentran incluidos, pero aquí es donde viene la intervención de la unidad que advierte la necesidad de incluir en el sistema para facturación una tarifa, solicitándola.

No es lo ideal y actualmente se está realizando el trabajo de actualizar considerando variable del entorno externo, actualización de un proceso y antigüedad.

Es importante mencionar que este Modelo es una herramienta donde principalmente la Gerencia Médica debe ser el ente encargado de comunicar la necesidad de estudio y actualizaciones de tarifas, más aún cuando el procedimiento muestre cambios importantes.

Más aún, mediante oficios DFC-ACC-0923-2020/ACC-SACCH-0145-2020 del 28 de julio del 2020 y DFC-ACC-1425-2020/ACC-SACCH-0175-2020 del 27 de octubre del 2020, DFC-ACC-1557-2020/ ACC-SACCH-0188-2020, del 12 de noviembre del 2020, han solicitado a la Gerencia Médica la designación de un funcionario con los conocimientos suficientes de la operatividad actual de la Institución, cambios en protocolos de atención, conocimiento del Modelo Tarifario y tener la investidura suficiente para poder solicitar a los especialistas del campo médico y estadístico, información que pueda utilizar esta Área Técnica en la elaboración de estudios de costos, con la finalidad de realizar en un plazo prudencial -considerando la



escases actual del recurso humano de la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios-, una revisión al Modelo Tarifario vigente para depurar, actualizar e incluir las tarifas que se consideren necesarias por parte de la Gerencia Médica, de manera que este documento sea un instrumento que permita recuperar la mayor parte de los costos de los servicios médicos que brinda la Institución.

Consideran además que el objetivo del modelo tarifario es cobrar a los no asegurados, por tanto, no puede contener tarifas para todos los procedimientos y cirugías de la Institución eso correspondería a un catálogo de servicios, ellos no tienen la capacidad.

Retomando la razón para la cual fue creado el Modelo Tarifario, se considera que clasificar las tarifas por enfermedades sería una opción, sin embargo, hay enfermedades que comparten procedimientos de tratamiento y diagnóstico y esto podría complicar la función de los compañeros que facturan los servicios.

Lamentablemente por el tiempo transcurrido desde que se realizaron estos estudios no se dispone de los estudios de forma física ni digital, solamente se mantiene la estructura original del estudio que se actualiza cada semestre en el Modelo Tarifario.

Se considera importante reiterar que el Modelo tarifario no debe contener los costos de todos los servicios que brinda la institución, ya que ese no es su finalidad, pero si es importante que la Institución cuente con un Catálogo de Servicios y eventualmente definir los costos de cada uno de ellos con la participación de los expertos, para lo cual el ERP del Plan de Innovación tendrá un módulo de costos que podrá determinar esos valores...”

Al no existir un control de cuanto realmente cuesta una especialidad no permite una adecuada toma de decisiones, máxime que el modelo tarifario se encuentra desactualizado y el cobro que se le realiza a los no asegurados está sesgado de la realidad, conllevando a la inadecuada recuperación de recursos.

Al no existir un adecuado instrumento sobre el costo de los procedimientos resulta una debilidad que no permite conocer el monto total que se invirtió en un paciente con patología cardíaca, más aún cuando la Institución está invirtiendo en la principal causa de muerte a nivel mundial y del país.

5.2 Desde la perspectiva de Presupuesto

La Institución actualmente carece de información presupuestaria por especialidades, por tanto, no se puede evaluar el uso de los recursos para la especialidad de cardiología en los hospitales nacionales, impidiendo realizar valoraciones sobre la eficiencia del servicio.

Cada servicio que conforma un hospital debe formular objetivos y metas en donde se desarrolle una distribución de los recursos de manera consiente con el propósito de lograr maximizar los recursos presupuestarios asignados.

En los hospitales nacionales utilizan el Sistema Integrado Institucional de Presupuesto (SIIP), donde mediante el código medicina se incluyen todas las especialidades, así como el servicio de cardiología, por tanto, el sistema no permite una mayor segregación.

En el Hospital de Nacional de Niños tienen una herramienta que permite clasificar las partidas de insumo entre las especialidades, además de guardar el historial de presupuesto, sin embargo, no contiene partidas como servicios personales, servicios no personales y transferencias corrientes.

No obstante, se consideraron algunos gastos directamente relacionados con la patología cardiovascular, entre los que se destacan:



Cuadro 17

Gastos relacionados con la especialidad de cardiología

A diciembre 2019-2018

	2019	2018
Medicamentos ⁴	8 290 068 326,99	6 467 975 291,04
Insumos ⁵	19 227 730 295,52	17 479 754 814,11
Inversión Equipo e Infraestructura	831 967 606,01	189 028 876,45
Recursos Humano ⁶	319 242 376,68	111 480 925,74
Total	¢28 669 008 605,20	¢ 24 248 239 907,34

Fuente: Dirección Farmacoepidemiología, Gerencia Infraestructura y Tecnologías Gerencia Logística y Subárea Estadísticas Recursos Humanos

Del cuadro anterior, se aprecia que algunos de los gastos relacionados con la especialidad de cardiología ascienden a **¢28.669.008.605,20** (veintiocho mil seiscientos sesenta y nueve millones ocho mil seiscientos cinco con veinte céntimos) para el período 2019.

Si bien es cierto, que el presupuesto debe ser administrado por unidad ejecutora, en análisis de los gastos relacionados por las especialidades sirve como herramienta indispensable en la gestión y donde financieramente los planes operativos se fundamentan en programación, control y evaluación de los recursos.

Las Normas de Control Interno Sector Público:

“4.4.3 Registros contables y presupuestarios

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para asegurar que se establezcan y se mantengan actualizados registros contables y presupuestarios que brinden un conocimiento razonable y confiable de las disponibilidades de recursos, las obligaciones adquiridas por la institución, y las transacciones y eventos realizados.”

La Licda. Leylin Méndez Esquivel, jefe Área de Control y Evaluación presupuestaria mediante entrevista realizada el 15 de octubre 2020, indicó:

“Los controles presupuestarios por definición tienen como propósito identificar y corregir las desviaciones de la ejecución y realizar los ajustes correspondientes; segundo, deberán estar enfocados a que los recursos se utilicen con eficiencia, economicidad y calidad. Además, deberán estar asociados a los resultados que obtiene la Institución y al valor público que se genera.

En ese sentido, a la fecha, los controles de los recursos asignados a nivel presupuestario se realizan por subpartida y estructura programática.

A futuro, como todo instrumento presupuestario la estructura programática se tiene que actualizar, con un enfoque de gestión por resultados y de valor público tal como lo establece las Normas de Presupuesto Público recién publicadas.

⁴ Medicamentos enfermedad cardiovascular.

⁵ Corresponde una estimación realizada por la Gerencia de Logística incluida en las justificaciones compra 2016LN-000020-05101.

⁶ Solo se consideraron las plazas de Médicos Cardiología, Cirujano de Tórax y Hemodinamista, se hace la salvedad que estas plazas podrían estar siendo utilizadas en otras especialidades.



Podría definirse la posible determinación de la información por especialidad, con base en las estadísticas en salud y los costos, teniendo presente la disponibilidad de datos proporcionados por el EDUS y las mejoras que se plantearían en el SIPE y el ERP (plan de innovación).”

La Licda. Carolina Gallo Chaves, jefe Presupuesto del Hospital México indicó:

“Consideramos que sí se podría, esto mediante alguna herramienta integral facilitada por la Institución, en donde se unifiquen los procesos, con el fin de no sacrificar recursos y esfuerzos locales en sistemas que posteriormente no logren adaptarse o contrasten con iniciativas del Nivel Central.”

La falta de un presupuesto por especialidad en la Institución afecta la toma de decisiones, actualmente con el COVID-19, obligó a la Institución a realizar una mejor administración del presupuesto para poder financiar las obligaciones provocadas por la pandemia para esto requiere conocer de forma clara y transparente la inversión y uso de los recursos.

Por tanto, información de los recursos gastados, sin relación con los procesos desarrollados o los pacientes atendidos, puede provocar que la distribución de partidas presupuestarias sufre una desviación.

Así mismo, un presupuesto local detallado permite mayor transparencia de sus actos y el fortalecimiento en la rendición de cuentas propia y hacia la ciudadanía.

CONCLUSIONES

La enfermedad cardiovascular es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional, dado que es la principal causa de muerte desde 1970 en donde por su patogénesis afecta a todos los estratos de la sociedad, en tal sentido, la Institución ha realizado esfuerzos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas y a su vez estableció un Plan de abordaje integral de la enfermedad cardiovascular 2016, que contiene acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, y rehabilitación.

Asimismo, la Gerencia Médica conformó la Comisión de Patología Cardiovascular, en apego a lo acordado por la Junta Directiva artículo 8 de la sesión No. 8775 celebrada el 7 de mayo del 2015, donde se establecieron una serie de aspectos relacionados a equipamiento, recurso humano, conformación de Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, creación de Unidades de Dolor Torácico, conformación de la Red Cardiovascular, entre otros. Es importante mencionar que para el cumplimiento de algunos de los acuerdos encomendados también fueron incorporadas otras Gerencias Institucionales.

No obstante, el estudio evidenció que la Comisión de Patología Cardiovascular, no tiene la competencia y el enfoque de decisión para el tratamiento y propuesta de acciones relacionadas con el modelo de gestión, planificación de la prestación de servicios y organización del nivel central hacia los niveles asistenciales.

Asimismo, es indispensable robustecer las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, acorde a las necesidades expuestas en el estudio, así como también que se implemente y unifique una herramienta para que los Promotores de Salud registren la atención de los pacientes en las Áreas de Salud y se determine la funcionalidad de la Promotora de Salud destacada en la Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud.

Lo anterior, en virtud que en la actualidad las enfermedades crónicas son acreedoras de la mayor proporción de la carga total de morbilidad y lesiones en América Latina y el Caribe, por cuanto muchas de estas condiciones son susceptibles a las medidas preventivas. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS), señala que la acción eficaz para prevenir y controlar estas enfermedades depende del acceso oportuno a información exacta y fidedigna, para informar hacia donde se deben proyectar los recursos para optimizar los



resultados, para observar y evaluar el impacto de las acciones tomadas. En los países, muchos componentes necesarios para la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los determinantes asociados ya están implantados, pero existen todavía brechas significativas; y se reconoce ampliamente que la vigilancia de ECNT se puede mejorar al aprovechar, armonizar y complementar los sistemas existentes

Preocupa a esta Auditoría, que con la situación de la pandemia causada por el Covid-19, el estrés puede elevar la afectación del corazón a mayor cantidad de usuarios tal y como lo señala la literatura internacional. En el 2017 un estudio de la Universidad de Múnich y el Centro Alemán para la Salud Ambiental, hallaron que la carga hormonal que se activa cuando los niveles de estrés, depresión o ansiedad son muy altos y continuos, es elevada. Asimismo, en el citado año, la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, establecieron que las personas con mucho estrés, tenían inflamación en la aorta y la médula ósea. Cuanto más crónico era el estrés, mayor era la inflamación, por lo que se presume que durante en periodos, la amígdala puede enviar a la médula espinal órdenes para que produzca más glóbulos blancos, lo que podría inflamar más la aorta y esto a su vez dificultaría el paso de sangre, favoreciendo la posibilidad de infarto o derrame.

Ahora bien, los resultados de la presente evaluación evidenciaron desigualdades en la oportunidad de atención de los asegurados por motivo de diferentes tiempos de espera para optar por una consulta especializada o algún procedimiento de diagnóstico o terapéutico en la especialidad de Cardiología, lo cual genera riesgos para la salud y hasta la vida de las personas, a pesar de estar amparados a los principios de equidad, obligatoriedad, solidaridad y a un mismo modelo de prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo cual, existe la necesidad de continuar con el fortalecimiento de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el propósito de reducir la morbimortalidad cardiovascular. Asimismo, preocupa a esta Auditoría, que los motivos que originan la interposición de los recursos a los Servicios de Cardiología están referidos a que los usuarios alegan afectación por lista de espera para recibir atención médica, lo que denota debilidades en la capacidad instalada de los Centros Hospitalarios.

Lo evidenciado por esta Auditoría en cuanto a la accesibilidad de los pacientes a servicios de Cardiología de una forma oportuna y eficiente en el nivel regional, carece de beneficio a la población de estas zonas geográficas en virtud de la consecuencia de no realizarle algún procedimiento necesario ante un evento. Esa situación se complica cuando se debe esperar espacio para un procedimiento por más de 30 días en los hospitales nacionales, siendo perjudicial para los pacientes como para las finanzas institucionales de acuerdo con el costo de la estancia por día.

Además, existen debilidades en cuanto a que los sistemas de información financiera de la Institución, no permiten obtener información sobre los costos de una especialidad más aún de cómo se formula y ejecuta el presupuesto de la misma, siendo un aspecto clave relacionado con la sostenibilidad financiera, información que le permite a la administración tener el control, hacer un uso eficiente y además le permita crear estrategias para responder de forma oportuna a la contención del gasto, inversión, así como de su constante monitoreo.

La especialidad de Cardiológica supone un costo importante y progresivamente creciente que repercute directamente en la Caja Costarricense Seguro Social, su optimización puede, por tanto, conllevar un importante ahorro, adecuando la oferta de servicios a la demanda y necesidades de la población.



RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO A QUIEN OCUPE SU PUESTO.

1. Considerando que los resultados del estudio evidencian que la patología cardiovascular, es la principal causa de muerte en nuestro país, y que se deben fortalecer las acciones en cuanto a la gestión de dirección, organización y de coordinación en red, se solicita que la Gerencia Médica realice un estudio sobre la viabilidad de implementar un programa de la patología cardiovascular, para tales efectos solicitar la colaboración de las Unidades Técnicas correspondientes. Asimismo, en el marco de los resultados del análisis, valorar la procedencia que a una dependencia se le designe las actividades de: conducción, coordinación y articulación de la patología a nivel institucional.

Así mismo, se efectuó un fortalecimiento y revisión, de las actividades, ámbito de acción y responsabilidades de la Comisión de Cardiología, al amparo de los puntos encomendados por la Junta Directiva, sesión 8775, artículo 8, celebrada el 7 de mayo del 2015, según el hallazgo 1.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 9 meses.**

2. Instruir y coordinar con los Directores de los hospitales, Clínicas, Áreas de Salud y jefes de Servicio de Cardiología, la identificación y definición de los principales riesgos asociados con la patología cardiovascular, la magnitud, la probabilidad de ocurrencia y la mitigación, para la toma de decisiones, por cuanto la Gerencia procure unificar la información, con la finalidad de determinar los requerimientos que se necesitan en la mejora de la prestación y continuidad de los servicios de salud a nivel nacional.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre los riesgos identificados. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

3. Considerando que la normativa es importante para la prestación de servicios de salud, continuar con los procedimientos para la actualización de las Guías relacionadas a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y de Patología Cardiovascular, de conformidad con la normativa institucional aplicable. Asimismo, robustecer las Clínicas de Rehabilitación Cardíaca, Clínicas de Insuficiencia Cardíaca, acorde a las necesidades expuestas en el hallazgo 1. Respecto a las funciones de los Promotores de Salud, implementar estrategias, a fin de que se unifique la herramienta de registro y atención a los pacientes en las Áreas de Salud y se determine la funcionalidad de la Promotora de Salud destacada en la Dirección Institucional Contraloría Servicios de Salud.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

4. Realizar un análisis del modelo de gestión a nivel hospitalario, mediante el cual se defina la capacidad instalada de los Servicios, procesos de programación e indicadores, de tal manera que se fortalezca la efectividad y oportunidad de atención de los asegurados en la patología cardiovascular en la Consulta Externa, procedimientos de diagnóstico y actividad quirúrgica. Según los hallazgos 2 y 3.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 9 meses**

5. Efectuar un estudio para determinar la viabilidad de llevar a cabo un plan piloto debidamente estructurado y avalado, orientado a determinar la pertinencia de realizar procedimientos de hemodinamia en hospitales regionales, favoreciendo de esta manera la accesibilidad de los servicios a los usuarios. Lo anterior con el concurso de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, según hallazgo 3.



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

6. Considerando que la patología cardiovascular, es la principal causa de muerte en nuestro país, y que por su naturaleza no solo es responsabilidad de la Caja asumir la atención de la enfermedad, sino también de otras instituciones para brindar una atención integral, de conformidad a lo establecido en la *"Estrategia Nacional del Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad del 2013-2021"* y de conformidad con lo ratificado por Costa Rica en la Declaratoria de Antigua Guatemala *"Unidos para detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana"* del 23 de junio 2011, valorar la motivación de una Ley, Decreto Nacional, Política o una estrategia interinstitucional de alto nivel, donde se exteriorice la enfermedad como un problema de salud nacional y con ello se le brinde una mejor trazabilidad y articulación a nivel país.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, un informe sobre las acciones y valoraciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO Y AL LIC. LUIS DIEGO CALDERÓN VILLALOBOS, GERENTE FINANCIERO, O A QUIENES OCUPEN SU PUESTO.

7. Valorar la elaboración de un catálogo de servicios institucionales o redireccionar el modelo tarifario de la Subárea Costos Hospitalarios, con la finalidad que se constituya en un instrumento eficaz, para validar el costo de las especialidades, y que se disponga de una nomenclatura estándar que pueda ser identificada y utilizada por los profesionales en salud.

La recomendación se dará por atendida una vez se defina el instrumento y se logre demostrar un avance para validar los costos de las especialidades y la nomenclatura estándar. **Plazo de cumplimiento 9 meses.**

8. Considerando que actualmente en la institución el presupuesto de las unidades no está distribuido o asignado por servicio o especialidad en los Hospitales, Clínicas o Áreas de Salud, constituyéndose en un aspecto fundamental para evaluar la eficiencia y eficacia de su capacidad instalada, así como la optimización de los recursos, que la Gerencia Financiera en coordinación con la Gerencia Médica, analicen la viabilidad o alternativa para que los centros de salud realicen la distribución del presupuesto por servicios o especialidades, con el propósito de disponer de información suficiente y con el detalle necesario, para la toma de decisiones y elaborar indicadores de gestión que permitan fortalecer el direccionamiento de las unidades.

En este sentido, se designa la coordinación a la Gerencia Financiera en el cumplimiento de esta recomendación.

La recomendación se dará por cumplida con la solución considerada e implementada informando a este Órgano de Fiscalización y Control. **Plazo de cumplimiento: 9 meses.**

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO, AL LIC. LUIS DIEGO CALDERÓN VILLALOBOS, GERENTE FINANCIERO, AL LIC. WALTER CAMPOS PANIAGUA DIRECTOR AMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PERSONAL Y A LA LICDA. MARCELA QUESADA FALLAS, DIRECTORA PLAN DE INNOVACIÓN, O A QUIÉNES OCUPEN SUS PUESTOS.

9. Considerando que la Institución no dispone de un sistema que permita determinar los costos asociados a las diferentes especialidades, como es el caso de la patología cardiovascular y tomando en cuenta que la Administración está contratando a una empresa para definir el modelo de costos, y que el Plan de Innovación debe definir los requerimientos de información de los sistemas SIPE, EDUS y RCPI para el



módulo de costos en el ERP, en este sentido, que esas Gerencias y la DAGP, participen y suministren los requerimientos que se necesitan.

Lo anterior, con la finalidad que en el desarrollo de la fase 1 se disponga de un sistema de costos, que permita obtener al menos los costos relacionados a una especialidad donde pueda obtener de forma separada información de: servicios personales, materiales, insumos, incapacidades, servicios no personales, medicamentos, depreciaciones, costos indirectos relacionados con limpieza, seguridad, alimentos y lavandería.

Para la acreditación de esta recomendación se debe remitir a esta Auditoría oficio en el cual se informe sobre el modelo de costos definido, así como la información sobre su avance en la implementación de este y las notas mediante las cuales estas unidades suministran la información requerida por el Plan de Innovación. **Plazo 8 meses**

A LA LICDA. ADRIANA GUTIERREZ MEDINA JEFA A.I. SUBÁREA CONTABILIDAD DE COSTOS HOSPITALARIOS O A QUIEN OCUPE SU PUESTO

10. Realizar un inventario de los estudios incluidos en el Modelo Tarifario, valorando especialmente la antigüedad, resguardo del documento principal, entre otras; con la finalidad que sirva de base para el proceso de actualización de estudios de campo. Asimismo, realizar un procedimiento que incluya entre otros aspectos; la definición de la metodología de elaboración, actualización y responsables, el cual debe ser aprobado por la Gerencia Médica y Gerencia Financiera.

Para la acreditación de esta recomendación, deberá enviarse el inventario de estudios y el procedimiento debidamente aprobados. **Plazo 10 meses.**



COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, mediante oficio AI-3099- 2020 del 09 de diciembre de 2020, se efectuó convocatoria para comentario de informe y al respecto los funcionarios que asistieron al comentario fueron los siguientes: el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, Dra. Doctora Marjorie Obando Elizondo - Coordinadora Comisión de Cardiología, Dra. Dominicque Guillén Femenías - Comisión de Cardiología, Lic. Gilberto León Salazar - Asesor, Lic. Walter Campos Paniagua - Director Dirección Administrativa y Gestión de Personal, Licda. Marcela Quesada Fallas - Directora Plan de Innovación, Dirección Proyecto Modernización, Licda. Mayela Flores Zamora – Gerencia Financiera Licda. Adriana Gutiérrez Medina - Jefa a.i. Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios.

Asimismo, en el comentario se acordó lo siguiente: “A solicitud del Dr. Mario Ruiz Cubillo, posterior a la firma del informe realizar exposición a los Directores Médicos de los Centros Hospitalarios, a fin de que conozcan el alcance y los resultados obtenidos del estudio por parte de la Auditoría Interna, separar los numerales de la recomendación 1., para el inciso a) de la recomendación 1, agregar a la Unidad de Estructura Organizacional de la institución para realizar un estudio sobre la viabilidad de la propuesta y que se valore que se defina como un programa de la patología cardiovascular, en el punto b) modificar: Que la Gerencia Médica instruya a las Unidades la identificación de los riesgos asociados con la patología cardiovascular. En la recomendación 2 circunscribir dentro de la redacción la posibilidad de generar estrategias para realizar coordinaciones interinstitucionales y en la recomendación 6 Incluir en la aprobación a la Gerencia Médica y Gerencia Financiera.”

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Licda. Francella Fallas Núñez
Asistente de Auditoría

Licda. Ceily Araya García
Asistente de Auditoría

Lic. Luis Alberto Arce Pérez
Asistente de Auditoría

Lic. Javier Robledo Mendoza
Asistente de Auditoría

Lic. Edgar Avendaño Marchena

JEFE AREA SERVICIOS SALUD

EAM/FFN/CAG/LAP/JRMjfr

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr**ANEXO 1**

Tabla
Costo estancias por día, total y general por paciente
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla y Hospital San Juan de Dios
Periodo 2019

#	Cedula paciente	Diagnóstico	Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla				Hospital San Juan de Dios							
			Ingreso	Salida	Estancia días	Costo por día	Costo Estancia	Ingreso	Salida	Estancia días	Costo por día	Costo Estancia	Costo Total	
1	103	IAMSEST	27/03/2019	07/05/2019	42	526,878	22,128,860	07/05/2019	10/05/2019	3	712,469	2,137,406	24,266,266	
2	900	CARDIOPATIA ISQUEMICA	26/11/2019	15/01/2020	51	526,878	26,870,759	15/01/2019	21/01/2019	6	712,469	4,274,811	31,145,570	
3	501	IAMCEST INFERIOR TROMBOLIZADO	21/03/2019	30/04/2019	41	526,878	21,601,983	30/04/2019	07/05/2019	7	712,469	4,987,280	26,589,262	
4	104	ESTENOSIS AORTICA SEVERA YA CON VALVULOPLATIA AORTICA	22/02/2019	11/06/2019	110	526,878	57,956,539	11/06/2019	04/07/2019	23	712,469	16,386,776	74,343,315	
5	1038	DOBLE LESIÓN AÓRTICA ESTENOSIS SEVERA E INSUFICIENCIA LEVE.	05/12/2019	15/01/2020	42	526,878	22,128,860	30/07/2019	09/08/2019	10	712,469	7,124,685	29,253,545	
6	1034	CARDIOPATIA ISQUEMICA	10/12/2018	04/02/2019	57	526,878	30,032,025	04/02/2019	01/03/2019	25	712,469	17,811,713	47,843,738	
7	105	CARDIOPATIA ISQUEMICA TRASTORNO CONTRÁCTIL SEPTAL APICAL.	07/06/2019	10/07/2019	34	526,878	17,913,839	10/07/2019	15/07/2019	5	712,469	3,562,343	21,476,182	
Costo general en estancias							198,632,864						Costo general en estancias	254,917,878
													Costo total estancias	453,550,742

Fuente: Creación propia de Auditoría con información de la Administración Activa, oficio D-749-2020, del 31 marzo 2020.



ANEXO 2

**Procedimientos Especialidad Cardiología
Al 31 diciembre 2019**

Procedimiento	Cantidad
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	642
ECOCARDIOGRAMA ESPECIAL	433
ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON EJERCICIO	187
ECOCARDIOGRAMA ONCOLOGICO	1032
ECOCARDIOGRAMA VALVULAR	3
ECOESTRES CON DOBUTAMINA	778
ERGOMETRIA	90
M.A.P.A HOLTER TENSION ARTERIAL	811
MONITORIZACION GASTROCARDIACA	31
PRUEBAS DE ESFUERZO CON CONSUMO DE OXIGENO	46
PRUEBAS DE ESFUERZO REHABILITACION CARDIACA	88
PRUEBAS ESPECIALES CON CONSUMO OXIGENO	7
PRUEBAS ESPECIALES REHABILITACION CARDIACA	98
REPORTE DE HOLTER	780
CATETERISMOS CARDIACOS	18
ECOCARDIOGRAMA FETAL	645
ELECTROCARDIOGRAMA PRIORITARIO	44
ELECTROCARDIOGRAMAS	289
ELECTROFISIOLOGIA	176
HOLTER	181
PRUEBAS DE ESFUERZO	226
Total	6605

Fuente: Elaboración propia, listas quirúrgicas modelo tarifario II Semestre 2019



**Cirugías Electivas Especialidad Cardiología
Al 31 diciembre 2019**

Cirugías Electivas	Cantidad
ABLACION CATETERICA DE LESION O TEJIDOS DEL CORAZON	1
ABLACIÓN CATETÉRICA DE LESIÓN O TEJIDOS DEL CORAZÓN	1
ARTERIOGRAFÍA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	76
CIERRE DE OREJUELA	2
DAI (DEFIBRILADOR INTERNO AUTOMÁTICO)	2
ECOCARDIOGRAFIA INTRACARDIACA	1
ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS (EPS)	16
EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE APÉNDICE DE AURÍCULA IZQUIERDA [LAA]	1
IMPLANT O SUSTIT DE CARDIOVERS/DEFIBRIL AUTOM SIST TOT	2
IMPLANTACION DE DEFIBRILADOR DE RESINCRONIZACION CARDIACA, SISTEMA TOTAL [CRT-D]	1
IMPLANTACION DE MARCAPASOS DE RESINCRONIZACION CARDIACA SIN MENCION DE DEFIBRILACION, SISTEMA TOTAL [CRT-P]	8
IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO	1
INSERCIÓN INICIAL DE MARCAPASOS DE CAMARA DOBLE	1
OTRA LOBECTOMÍA DE PULMÓN	1
OTRA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA	11
RECOLOCACIÓN DE MARCAPASO	1
SUSTIT CUALQ TIPO MARCAPAS APARAT CÁMAR ÚNIC RITM SENSI	1
TAVI (VALVULOPLASTIA + IMPLANTE DE VÁLVULA PERCUTÁNEA AORTICA)	4
VALVULOPLASTÍA CON IMPLANTE DE MITRACLIP	2
VALVULOPLASTÍA PERCUTÁNEA	2
Total	135

Fuente: Elaboración propia, listas quirúrgicas modelo tarifario II Semestre 2019