



INFORME Nro. **DFOE-SOC-IF-00014-2019**
29 de noviembre, 2019

INFORME DE AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y DE LA INFRAESTRUCTURA DE APOYO EN
LA CAJA COSTARRICENSE DE
SEGURO SOCIAL

2019

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	4
1. Introducción	6
ORIGEN DE LA AUDITORÍA.....	6
OBJETIVO.....	7
ALCANCE	7
CRITERIOS DE AUDITORÍA	7
METODOLOGÍA APLICADA.....	7
LIMITACIONES QUE AFECTARON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	8
GENERALIDADES ACERCA DEL OBJETO AUDITADO	9
SIGLAS.....	11
GLOSARIO.....	12
2. Resultados.....	15
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEL RECURSO FÍSICO NECESARIO PARA BRINDAR LAS PRESTACIONES EN SALUD.	15
Ausencia de un análisis integral de la salud como base para el desarrollo del recurso físico de apoyo.....	15
USO DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS INSUMOS EN SUSTITUCIÓN DE LOS PERFILES DE COMPLEJIDAD EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y ESPECÍFICA DE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.	21
Debilidades de los insumos utilizados en ausencia de los perfiles de complejidad de todos los tipos de establecimientos existentes.....	22
Insuficiencia del Modelo de Prestación de Servicios con intervenciones como sustituto de los perfiles de complejidad con base en necesidades de salud.....	25
3. Conclusiones.....	28

4. Disposiciones.....29

AL DR. ROMÁN MACAYA HAYES, PRESIDENTE EJECUTIVO DE LA CCSS,
Y AL DR. DANIEL SALAS PERAZA, MINISTRO DE SALUD, O A QUIENES
EN SU LUGAR OCUPEN LOS CARGOS 29

AL DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, GERENTE GENERAL, O
A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO 29

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN
SU LUGAR OCUPE EL CARGO..... 30

A LA DRA. DAISY CORRALES DÍAZ, DIRECTORA DE DESARROLLO DE
SERVICIOS DE SALUD, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO 30

A LA LICDA. MARÍA DE LOS ÁNGELES BENAVIDES ALVARADO, JEFE ÁREA
DE ANÁLISIS Y PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, O A QUIEN EN SU
LUGAR OCUPE EL CARGO 31

Resumen Ejecutivo

¿QUÉ EXAMINAMOS?

La auditoría de carácter especial tuvo como objetivo determinar si las acciones tomadas por la Caja Costarricense del Seguro Social fortalecen la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo. Se analizaron las acciones tomadas entre el 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2018, ampliándose en los casos en que se consideró necesario.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

La Contraloría General consideró relevante auditar este tema, porque los servicios de salud son una de las áreas sustantivas de la Caja Costarricense de Seguro Social que más impacto tiene en el bienestar de la población y en las finanzas de esa institución (en el año 2019 se asignó a esa área un presupuesto de ₡2,6 billones, es decir, un 64% del presupuesto total de la CCSS). Además, para una adecuada prestación de esos servicios se requiere de una infraestructura de apoyo que responda a las necesidades de salud identificadas, la cual se deberá desarrollar mediante su inclusión en el portafolio de proyectos de infraestructura y tecnologías, cuyo presupuesto para el periodo 2017-2021, asciende a un monto de ₡841,683 millones.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Se encontró que desde el año 2016 la CCSS dejó de efectuar un diagnóstico integral y sistemático de la situación de salud para determinar los problemas y necesidades de salud de la población, y así definir la prestación de servicios necesaria para atender las zonas prioritarias de riesgo identificadas.

En su lugar, realiza análisis aislados con base en diversas fuentes de información (algunas desactualizadas), entre éstas el ASIS (Análisis de Situación de la Salud) del Ministerio de Salud, que presenta debilidades y no permite identificar los mayores riesgos para la salud, según los factores condicionantes asociados, ni establecer las prioridades de atención, proponer los servicios requeridos e identificar los recursos necesarios (entre éstos infraestructura), aparte de que los resultados y decisiones en torno a la planificación de esos servicios de salud, y de la correspondiente infraestructura de apoyo, para el ámbito local, regional y nacional, no se plasman en un documento único.

Por otra parte, la CCSS no cuenta con información actualizada y completa sobre los servicios, recursos humanos y equipos que caracterizan a cada tipo de establecimiento de salud existente en la Red (perfiles de complejidad), según el modelo de atención en práctica (los de las Sedes de Área son del 2008) y en su ausencia utiliza una serie de insumos para identificar la complejidad de esos centros, que presentan debilidades importantes (desactualización, obsolescencia, o información de carácter muy general que no considera el tamaño del establecimiento ni su naturaleza pública o privada); tampoco usa otros insumos propios, como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y los subprocesos de servicios en especialidades médicas y de apoyo, que serían útiles para ese fin, si estuvieran, respectivamente, actualizados, y desarrollados a nivel de

procedimientos por tipo de servicio, componente de prestación, tipo de establecimiento y nivel de atención.

En el 2012 la elaboración de los perfiles de complejidad se suspendió, pues se afirmó que eran innecesarios, dado que se estaba desarrollando un nuevo modelo de atención con intervenciones en salud. No obstante, el modelo finalmente aprobado por Junta Directiva no incluyó intervenciones, pues se consideró que éstas debían ser definidas después, a partir de una discusión de alto nivel que nunca se efectuó, y también por su difícil manejo.

No obstante la situación descrita, los perfiles de complejidad que respondieran a ese nuevo modelo de atención tampoco se elaboraron, pues no se definieron las competencias de los Servicios (especialidades y subespecialidades) por componente de prestación, tipo de establecimiento y nivel de atención, a pesar de requerirse esa información, entre otras cosas, para diferenciar, comparar y clasificar los establecimientos de salud del país en concordancia con lo concebido en el nuevo modelo, establecer vías de referencia y contra referencia para brindar a los pacientes una atención integral y progresiva, identificar brechas e inequidades en la oferta de servicios, distribuir recursos, planificar el desarrollo de la prestación de servicios y el de la infraestructura de apoyo de acuerdo con esos estándares.

En virtud de las situaciones comentadas, la CCSS podría no estar asignando los recursos en materia de salud en las zonas de mayor riesgo, con lo cual podría estarse fomentando la inequidad en la atención y el uso ineficiente de esos recursos, y por ende, afectándose la calidad del servicio. Además, podrían desarrollarse proyectos de infraestructura en salud que no son los que el país requiere, y afectarse la oportunidad con que se atienden las necesidades de la población, dado que para cada proyecto se deben investigar los procedimientos que se ejecutarán, y el recurso humano y equipamiento requeridos para ello, sin más referencia que las indicaciones del prestatario final, lo que aumenta el riesgo de retardar y encarecer los proyectos, y de acentuar la inequidad existente entre los establecimientos de salud.

¿QUÉ SIGUE?

Para atender las debilidades citadas, este Órgano Contralor emite una serie de disposiciones a la CCSS y al Ministerio de Salud, entre ellas: al Ministerio de Salud para que defina e implemente acciones específicas para complementar la metodología vigente para el análisis de la situación de salud (ASIS), a la CCSS, ajustar la metodología para determinar necesidades de prestación de servicios de salud, de modo que, entre otras cosas, identifique zonas prioritarias de riesgo por atender y los servicios de salud requeridos, incorpore métodos de agregación datos entre niveles (local, regional y nacional), e indique cómo documentar los resultados y toma de decisiones sobre la planificación de los servicios de salud y la infraestructura de apoyo. También se dispuso desarrollar los perfiles de complejidad de los establecimientos existentes en la Red, según el modelo de atención actualmente en ejercicio.

**DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA
ÁREA DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

**INFORME DE LA AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LA
INFRAESTRUCTURA DE APOYO EN LA CCSS**

1. Introducción

ORIGEN DE LA AUDITORÍA

- 1.1. La presente auditoría se programó para dar seguimiento a las disposiciones 4.2 a), 4.2 b) y 4.3 a), las dos primeras, relacionadas con la etapa de planificación de la infraestructura, y la tercera, con el mapeo y documentación de su proceso de desarrollo, disposiciones emitidas según informe DFOE-SOC-85-2007, sobre el Sistema de Aseguramiento de la Calidad del Proceso de Desarrollo de Infraestructura de Salud de Mediana y Alta Complejidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 1.2. En dicho informe se concluyó que el proceso de desarrollo de infraestructura debía fortalecerse en la etapa de planificación estratégica, para que la definición de los proyectos de inversión atendiera las necesidades prioritarias identificadas mediante el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del país, de modo que las solicitudes de los usuarios internos fueran sólo un elemento más en la toma de decisiones.
- 1.3. Asimismo, se concluyó que el proceso de desarrollo de infraestructura debía diseñarse de forma tal que identificara a los participantes, sus aportes y el momento en que debían suministrarlos, pues ese proceso estaba fragmentado y no había coordinación entre las unidades de las diferentes gerencias involucradas, lo cual afectaba la oportunidad con que se estaban atendiendo las necesidades de infraestructura de apoyo para la prestación de servicios de salud y en consecuencia, la calidad de esos servicios.
- 1.4. En virtud de que los servicios de salud son una de las áreas sustantivas de la Caja Costarricense de Seguro Social, que más impacto tiene en el bienestar de la población y en las finanzas de esa institución, ya que sólo para el año 2019 la CCSS le asignó un presupuesto de ₡2,6 billones, que representa un 64% de su presupuesto total, y de que para la prestación de esos servicios se requiere una adecuada infraestructura de apoyo, esta auditoría se enfocó en la etapa de planificación de las dos áreas mencionadas, decisión que se refuerza por la importante inversión que la CCSS asigna al Portafolio Institucional de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías, que solo en el 2019, contó

con un presupuesto de ₡143.964 millones, correspondiente al 5,4% del presupuesto inicial total de la CCSS y que, para el periodo 2017-2021 asciende a ₡841,683 millones.

- 1.5. Con respecto a las acciones emprendidas para atender la disposición 4.3a (mapeo y documentación del proceso de desarrollo de infraestructura), se decidió postergar la fiscalización de ese aspecto particular para una futura auditoría, en virtud de que se consideró que en el Proyecto de Reestructuración del Nivel Central podían estarse planteando soluciones para las debilidades relacionadas con el proceso de desarrollo de infraestructura, puesto que la Gestión de Proyectos es uno de los 43 procesos institucionales en análisis. Dada esta situación, se juzgó conveniente esperar sus resultados.
- 1.6. Por otra parte, conviene destacar que este estudio se realizó con fundamento en las competencias que le confieren a la Contraloría General de la República los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 17, 21 y 37 de su Ley Orgánica N.º 7428, así como en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2018 de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa.

OBJETIVO

- 1.7. Determinar si las acciones tomadas por la Caja Costarricense del Seguro Social fortalecen la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo.

ALCANCE

- 1.8. El estudio comprendió la verificación de las acciones tomadas por la CCSS para atender las disposiciones en referencia y el análisis de si coadyuvan a resolver las debilidades determinadas en el informe DFOE-SOC-085-2007 y a fortalecer la planificación proactiva de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo, dado que esta debe responder a las necesidades de salud de la población. Para ello se examinaron las acciones tomadas entre el 01 de enero del 2014 y el 31 de diciembre de 2018, ampliándose en los casos en los que se consideró necesario.

CRITERIOS DE AUDITORÍA

- 1.9. Los criterios de evaluación aplicados en la auditoría se comunicaron mediante oficio DFOE-SOC-0632 de fecha 29 de mayo de 2019. Transcurrido el plazo para remitir observaciones establecido en dicho documento, se recibió el oficio PE-1149-2019 de fecha 30 de mayo de 2019, por parte del Presidente Ejecutivo de la CCSS, girando instrucciones al Director de Planificación Institucional de atender lo solicitado, no obstante, no se recibió ninguna observación o comentario sobre los criterios seleccionados.

METODOLOGÍA APLICADA

- 1.10. La auditoría se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, con el Manual General de Fiscalización Integral de la Contraloría General de la República y el Procedimiento de Auditoría vigente, establecido por la DFOE.
- 1.11. Para el desarrollo de esta auditoría se utilizó la información suministrada en las entrevistas realizadas a funcionarios del Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Proyección de

Servicios de Salud, Gerencia Médica, Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Dirección de Arquitectura e Ingeniería, la Dirección de Planificación Institucional, Dirección de Sistemas Administrativos y la Auditoría Interna de la CCSS, así como de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. Además, se revisó la normativa relacionada con el objeto de estudio, los informes de Auditoría Interna y demás documentación aportada por la Administración Activa, producto de consultas planteadas por escrito a funcionarios de las referidas instancias de esa institución, así como las realizadas a la Secretaría de la Junta Directiva.

- 1.12. Se identificaron los insumos que la CCSS utiliza actualmente para planificar los servicios de salud, se analizó su suficiencia para identificar las áreas prioritarias de riesgo que deben orientar el quehacer institucional, tanto en la planificación de los servicios de salud, como de la infraestructura de apoyo, así como si proveen información actualizada y vigente, a nivel local, regional y nacional. También se analizó la herramienta “Metodología para la Identificación de Necesidades de Prestación de Servicios de Salud del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (PFPS)””, para determinar si permite identificar las áreas prioritarias de riesgo a nivel local, regional y nacional, que orienten la planificación de los servicios de salud y del recurso físico de apoyo.
- 1.13. Asimismo, se analizó el Modelo de Prestación de Servicios de Salud con Intervenciones (de mayo de 2014) que la Gerencia Médica indicó como sustituto de los perfiles de complejidad, con el fin de determinar si provee información suficiente para sustituir los perfiles que caracterizan a los diferentes tipos de establecimientos de la Red de Salud (definen recurso humano, equipo y procedimientos que se ejecutan), para entre otras cosas, usarlos como criterios para la planificación de los proyectos de infraestructura. También se analizaron los documentos de normalización de los Servicios de Apoyo, emitidos por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (DDSS), y la información de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) de hospitales, empleados para caracterizar su complejidad, con el fin de determinar su aporte para la actualización de los perfiles de complejidad ya elaborados, y para la elaboración de los que están aún pendientes.
- 1.14. Por último, se realizó un taller con funcionarios de la Gerencia Médica, el Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud adscrito a la Gerencia General; la Dirección de Planificación Institucional; la Dirección de Arquitectura e Ingeniería; la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud; con el objetivo de validar los resultados obtenidos y orientar de una mejor manera las disposiciones emitidas.

LIMITACIONES QUE AFECTARON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

- 1.15. Durante el desarrollo del estudio, algunas de las consultas interpuestas no fueron respondidas en el tiempo y forma solicitados, se remitieron con respuestas parciales u omisiones que obligaron a repreguntar varias veces para complementar temas de interés del estudio.

GENERALIDADES ACERCA DEL OBJETO AUDITADO

- 1.16. En la década de los 90, funcionarios de la CCSS recibieron capacitación sobre la metodología para el desarrollo del recurso físico en salud, propuesta por el Centro de Investigación en Recurso Físico en Salud (CIRFS) de la Universidad de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual se recoge en un conjunto de 24 guías, denominadas Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud.
- 1.17. A partir de entonces, para la planificación específica de cada proyecto, la CCSS ha utilizado herramientas tales como el Programa Funcional, el de Arquitectura o de Áreas, así como un cuadro similar al Programa de Ingeniería e Instalaciones, denominado CREYES¹, los cuales son adaptaciones de las herramientas propuestas en las Guías CIRFS-OPS citadas. Sin embargo, para la planificación estratégica del recurso físico en salud, no adoptó lo propuesto por CIRFS-OPS, que indica que esa planificación debe efectuarse considerando las necesidades de salud de la población.
- 1.18. Dichas guías proponen identificar y caracterizar los problemas y necesidades de salud², y sus condicionantes específicos, en cada área homogénea de riesgo del espacio-población en estudio, para conocer los aspectos críticos que requieren atención en cada situación o problema identificado, seleccionar las prioridades de atención en esa área homogénea de riesgo, y decidir las acciones de corto, mediano y largo plazo, adecuadas para solucionar o controlar las necesidades de esa área. Con respecto a las acciones, propone discriminar los aspectos modificables por la acción local de aquellos que corresponden a condiciones estructurales, así como asociarlas al medio social (población y organizaciones comunitarias) y al medio físico (natural y construido) de cada área homogénea de riesgo.
- 1.19. Así, los servicios de salud y consecuentemente los establecimientos de salud de apoyo deben responder a la situación de salud del área atendida por cada centro, conocimiento que se obtiene del análisis de factores socio-económicos, geográficos, culturales, religiosos y étnicos, así como del perfil de morbi-mortalidad, de las tendencias demográficas, infraestructura existente, afluencia de pacientes a los establecimientos de salud, acceso a los servicios, demanda no cubierta, y de la oferta institucional en recursos humanos, físicos (edificaciones y equipos) y materiales, entre otros.
- 1.20. En contraste, según afirma la Dirección de Planificación Institucional (DPI) en el documento “Proceso de Gestión de Proyectos de Inversión en Infraestructura” de junio de 2016, la práctica actual es que los proyectos que conforman el Portafolio de Inversión

Área homogénea de riesgo: Es el área en la que el riesgo de la interacción de un conjunto de factores, procesos o situaciones, establece condiciones de vida relativamente homogéneas para la población en ella residente, que además la diferencian respecto de otras áreas.

Portafolio: es un conjunto de proyectos, programas, y operaciones gestionados como un grupo para alcanzar objetivos estratégicos.

¹ CREYES son las siglas de Cuadro de Requisitos Electromecánicos y Espaciales, en el cual se describen los requerimientos espaciales y electromecánicos por tipo de equipo, recinto y Servicio. Indica por ejemplo las dimensiones de los equipos (ancho, fondo, alto), sus requerimientos eléctricos (en vatios, voltios, amperios) y los mecánicos (agua fría, agua caliente, aire, vacío, gas, vapor, condensados, drenaje).

² Ver en el Glosario, la diferencia entre los conceptos “problema de salud” y “necesidad de salud”.

en Infraestructura y Tecnologías³, provienen de iniciativas del Nivel Local que escalan niveles hasta llegar al Gerencial, así como de iniciativas político-estratégicas planteadas por la Alta Dirección, que luego son sometidas a un proceso de priorización, y posteriormente, a una programación de los estudios de pre-inversión correspondientes (etapa de formulación), mismos que son integrados por la DPI, para ser sometidos a aprobación del Consejo de Presidencia y Gerentes (etapa de evaluación), y finalmente de la Junta Directiva, por lo que aún hoy día, la etapa inicial del proceso de desarrollo de infraestructura en salud, es decir, su planificación estratégica, continúa siendo reactiva y no propositiva, como se señaló en su oportunidad en el informe DFOE-SOC-85-2007.

COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

- 1.1. En fechas 3 y 12 de setiembre de 2019 se efectuaron sesiones con funcionarios de la CCSS para presentar los resultados de la auditoría, y construir disposiciones intermedias de corto y mediano plazo a partir de sus aportes, con el fin de alcanzar las soluciones propuestas por la Contraloría General ante las debilidades encontradas en esta auditoría.
- 1.2. En las sesiones participaron la Licda. Maureen Rojas Líos y el Lic. Waldemar Jiménez Mena, asesores de la Gerencia Médica; la Ing. Susan Peraza Solano, Directora de Planificación Institucional; la MSc. María de los Ángeles Benavides Alvarado, Jefe del Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud; el Dr. Óscar Villegas del Carpio y el Ing. Juan Antonio Sancho Chacón, funcionarios del Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, adscrito a la Gerencia General, así como el Ing. Jorge Granados Soto, Director de Arquitectura e Ingeniería, y el Dr. Mario Mora Ulloa, representante de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, quienes participaron sólo en la sesión del 03/09/2019, y el Dr. José Miguel Angulo Castro, quien sustituyó al Dr. Mora y participó sólo en la sesión del 12/09/2019.
- 1.3. En fecha 19 de noviembre de 2019, se realizó la presentación de resultados del informe al Dr. Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la CCSS, y al día siguiente se le entregó el borrador del informe, mediante oficio DFOE-SOC-1153, con el propósito de que en un plazo no mayor de cinco días hábiles, las Autoridades de la CCSS, formularan y remitieran a la Gerencia del Área de Fiscalización de Servicios Sociales, las observaciones que consideraran pertinentes sobre su contenido.
- 1.4. También participaron en la presentación de resultados, entre otras, las siguientes personas: Lic. Ólger Sánchez Carrillo, Auditor Interno a.i; Sr. Juan José Acosta C, Barrantes, representante del Gerente General; Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico; Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías; Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director del Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud; Ing. Susan Peraza Solano, Directora Planificación Institucional; Dra. Daisy Corrales Díaz, Directora Desarrollo de Servicios de Salud; Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora de Proyección de Servicios de Salud e Ing. Jorge Granados Soto, Director de Arquitectura e Ingeniería.

³ El Project Management Institute lo define como la colección de componentes (proyectos y/o programas u otros trabajos) que se agrupan para facilitar una gestión efectiva y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

SIGLAS

- 1.5. En el cuadro siguiente se incluyen las siglas empleadas en este informe y sus significados:

SIGLA	SIGNIFICADO
AAPSS	Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud
AI-CCSS	Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social
ASD	Área Seguimiento de Disposiciones de la Contraloría General de la República
ASIS	Análisis de la situación de salud
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CGR	Contraloría General de la República
CIRFS	Centro de Investigación en Recurso Físico en Salud
DDO	Dirección de Desarrollo Organizacional de la CCSS
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS
DFOE	División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la CGR
DPI	Dirección de Planificación Institucional de la CCSS
DPSS	Dirección de Proyección de Servicios de Salud
DRIPSS	Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EDUS	Expediente Digital Único de Salud
GG	Gerencia General de la CCSS
GM	Gerencia Médica de la CCSS
GRD	Grupos Relacionados de Diagnóstico
LGCI	Ley General de Control Interno
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPFSS	Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS

GLOSARIO

- 1.6. A continuación, se presentan las principales definiciones que se utilizan en este documento:

Término	Concepto
Áreas homogéneas de riesgo	<p>Un área homogénea de riesgo es aquella en la que el riesgo de la interacción de un conjunto de factores, procesos o situaciones, establece condiciones de vida relativamente homogéneas para la población en ella residente, y la diferencian respecto de otras áreas.</p> <p>Fuente: Actividad 2 del documento G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana- Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.</p>
Complejidad	<p>Es el grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos: Grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos); Grado de especialización y capacitación del recurso humano; Equipamiento.</p> <p>Fuente: Documento “Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud</p>
Complejidad de la casuística de un hospital:	<p>Es un conjunto interrelacionado de atributos de los pacientes, que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos.</p>
Definición de acciones	<p>Esta actividad consiste en decidir las acciones adecuadas para solucionar o controlar las necesidades de cada área homogénea de riesgo, discriminando los aspectos modificables por la acción local de aquellos que corresponden a condiciones estructurales. El fin es formular acciones para el corto, mediano y largo plazo, asociándolas al medio social (población y organizaciones comunitarias) y medio físico (natural y construido) de cada área homogénea de riesgo.</p> <p>Fuente: Actividad 4 del documento G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana- Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.</p>
Espacio-población	<p>Segmentos geográficos, territorialmente continuos, en los cuales devienen grupos humano semejantes en sus determinantes de salud, y consecuencia a sus necesidades de prestación de servicios de salud.</p>

	<p>Fuente: CCSS (2017). Metodología para la definición de los Espacio Población. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. San José</p>
<p>Factores condicionantes de salud</p>	<p>Conjunto de factores individuales, familiares y comunitarios que determinan el estado de salud de las personas. Se clasifican en determinantes distales (asociados a la población o la sociedad) tales como condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, condiciones de vida y de trabajo, y acceso a los servicios de salud, y proximales (asociados al individuo) tales como influencias comunitarias y soporte social, factores individuales y preferencias en estilos de vida y factores biológicos y genéticos.</p> <p>Fuente: documento “Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud”, Glosario, pág.108.y http://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf?ua=1</p>
<p>Grupos relacionados de diagnóstico (GRD)</p>	<p>Son una herramienta que, con base en los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria –el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), permite clasificarlos en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.</p>
<p>Identificación de problemas y necesidades en las áreas homogéneas de riesgo</p>	<p>Esta actividad consiste en identificar los problemas de salud y sus condicionantes específicos en el área homogénea de riesgo, para conocer los aspectos críticos que requieren atención en cada situación /problema y seleccionar las prioridades de atención en cada área homogénea de riesgo.</p> <p>Fuente: apartado 4. METODOLOGÍA, Actividad 3 Identificación de problemas y necesidades en cada área homogénea de riesgo del documento G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.</p>
<p>Necesidad de Salud</p>	<p>Se refiere a condiciones de salud que requieren atención. Son aquellos aspectos sobre los que es conveniente intervenir a fin de solucionar o controlar de algún modo los problemas de salud generados; su identificación excede al criterio médico, requiriendo el de otros actores, de acuerdo a sus diversas perspectivas, incluyendo a las de la propia comunidad.</p> <p>Fuente: apartado 2.2 ALCANCES Y LIMITACIONES del documento G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.</p>

Perfil	Es un conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo. Fuente: Real Academia Española (RAE),
Planificación estratégica	Se define la planificación estratégica como un proceso sistemático mediante el cual una organización se pone de acuerdo respecto a las prioridades que son esenciales para su misión y para dar respuesta al medio ambiente; está basada en la recolección de información que deberá presentar una variedad de alternativas a los responsables de la toma de decisiones, para que las analicen y seleccionen las prioridades específicas, que constituirán una guía para la adquisición y asignación de recursos que coadyuven al logro de esas prioridades. Implica considerar los objetivos de la organización y los recursos con que cuenta, planificar y tomar decisiones que tendrán consecuencias a largo plazo para la organización ante un medio ambiente cambiante. Fuente: Un Manual para las Entidades Fiscalizadoras Superiores”, INTOSAI-IDI, Development Initiative. 2009, <u>Parte I – Planificación estratégica, Capítulo 2 Introducción a la planificación estratégica:</u>
Problema de salud	Condición expresada de afectación de la salud, identificada y definida por el área médica. Es la expresión de una compleja trama de procesos, eventos y situaciones de diversa índole, que afectan con mayor o menor persistencia temporal a determinadas personas, según una distribución sociodemográfica y espacial. Fuente: apartado 2.2 ALCANCES Y LIMITACIONES del documento G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.

2. Resultados

PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEL RECURSO FÍSICO NECESARIO PARA BRINDAR LAS PRESTACIONES EN SALUD.

- 2.1. Los servicios de salud tienen un gran impacto en las finanzas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y en el bienestar de la población, por lo que resulta un área muy sensible al escrutinio de los costarricenses por sus implicaciones sociales. La percepción de la calidad de las prestaciones en salud, no sólo dependen del factor humano, sino del recurso físico (infraestructura y equipos) con que se cuenta para llevarlas a cabo, sobre todo porque este recurso debe apoyar una prestación que responda a las necesidades de salud de la población.
- 2.2. A lo anterior se suma que, en la actualidad la CCSS enfrenta grandes retos, entre ellos: el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ese segmento etario, así como estilos de vida poco saludables, que afectan la salud de la población en general y producen mayores gastos.
- 2.3. Asimismo, afronta cambios vertiginosos en tecnología, que ejercen presión al sistema de salud; condiciones de desempleo y subempleo en ascenso; fuentes de trabajo no tradicionales (ejercidas en forma digital) y el déficit fiscal, aspectos que afectan los ingresos y por ende, las finanzas institucionales y su sostenibilidad.
- 2.4. Ante este panorama, deviene relevante para la institución identificar las necesidades de salud de la población, con el fin de gestionar en forma óptima los recursos para brindar los servicios que respondan a esas necesidades, incluidas las inversiones en recurso físico requeridas para apoyar los servicios por brindar. Seguidamente se presenta el resultado del examen de esta área.

Ausencia de un análisis integral de la salud como base para el desarrollo del recurso físico de apoyo

- 2.5. En el informe DFOE-SOC-85-2007 (disposición 4.2a) se solicitaba a la Gerencia Médica valorar si el estudio “Análisis de Situación de Salud” (ASIS), efectuado por la Dirección de Planificación Institucional para el estudio de Perfiles de Complejidad en ejecución en ese momento, proveía la información necesaria para determinar las áreas de mayor riesgo hacia las cuales la institución debía dirigir sus esfuerzos y recursos en forma prioritaria, y si ese análisis podía constituir la base para la planificación estratégica de los servicios y del desarrollo de la infraestructura de salud, y de no ser así, que se complementara, o bien, se replanteara, para luego oficializarlo.
- 2.6. En esa oportunidad, la Administración Activa concluyó que el análisis no proveía la información solicitada, por lo que dispuso que debería complementarse con los elementos necesarios para identificarlas, así como actualizar la información sobre la situación de los usuarios de los servicios de salud, y diseñar procesos a lo interno de la Gerencia Médica, para desarrollar la planificación de los servicios de salud.

-
- 2.7. No obstante, esa labor no se efectuó, y durante el periodo 2005-2015, en razón de que la DPI había emitido lineamientos para que los planes-presupuesto se fundamentaran en un análisis de la situación de salud, las Áreas de Salud continuaron aplicando la “Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en el Marco del Plan Estratégico Local de Servicios de Salud”, elaborada en el 2005.
 - 2.8. De manera que, desde el año 2016 la CCSS dejó de efectuar un diagnóstico integral y sistemático de la situación de salud para determinar las necesidades de salud y de prestación de servicios de salud de la población, lo cual constituye el fundamento para la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura en salud correspondiente.
 - 2.9. En su lugar, realiza análisis aislados con base en diversas fuentes de información, cuyos aportes no se plasman en un documento único, que incorpore los resultados sobre morbi-mortalidad y/o determinantes de la salud, así como las decisiones en que se fundamentará la planificación de las áreas de acción mencionadas en el ámbito local, regional y nacional, aparte de que la información epidemiológica y de factores condicionantes provista no se asocia a las zonas geográficas donde se manifiestan, y/o presentan datos desactualizados. Conviene destacar que aunque el EDUS cuenta con un sistema de información geográfico que permite ubicar espacialmente los datos que genera, no hay evidencia de que se use para ese efecto en forma sistemática.
 - 2.10. Un detalle de las debilidades de los insumos utilizados en sustitución del referido ASIS, se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

Debilidades de los insumos utilizados por la CCSS para la planificación de los servicios de salud y la infraestructura de apoyo	
ASIS del Ministerio de Salud (año 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Datos desactualizados. • No corresponde a un análisis agregado de áreas con factores de riesgo similares. • No se tiene información detallada en todos los niveles (en ocasiones es cantonal, en otras regional, y en otras nacional). • No se considera el medio físico (agua, aire, suelo, infraestructura vial, acceso a servicios), el cual es un condicionante de la salud. • No hay identificación ni análisis de las áreas homogéneas de riesgo, ni tampoco de las áreas prioritarias de atención.
Expediente Digital Único en Salud (EDUS)	<ul style="list-style-type: none"> • Información relacionada con la oferta de servicios de la institución, no así con las necesidades de salud de la población. • El sistema recopila datos e información, pero el análisis debe efectuarlo el interesado. • No hay evidencia de que se utilice el Sistema de Información Geográfico para identificar las áreas homogéneas de riesgo, y así, las áreas prioritarias de atención.
Modelo de Prestación de Servicios de Salud: Análisis de situación (MPSS-AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Establece el "debe ser" de los servicios de salud; no es un informe sobre las características de la salud de la población, ni una metodología para determinarlas, sino que analiza la situación de la oferta de servicios (prestación) por nivel de atención, es decir, del estado actual de la prestación. • No se realiza un análisis en el que se pueda identificar las áreas homogéneas y prioritarias de riesgo
Estudio de Carga de Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Se indica que en el análisis se consideraron variables que pueden afectar el uso de los servicios, como el transporte o razones socio-demográficas, sin embargo, no se dan detalles de lo analizado ni las regiones observadas. • La información no se presenta de forma detallada de manera que se puedan identificar las áreas homogéneas y a su vez, las áreas prioritarias de atención. • Se proponen programas para solucionar la problemática a nivel nacional, pero no se detallan los sectores en que se requiere atención prioritaria.

2.11. En la revisión efectuada por este órgano contralor se determinó que, con base en las referidas fuentes de información, no es posible identificar esas áreas o zonas homogéneas de riesgo con problemas de salud y condiciones de vida similares, ni establecer las prioridades de atención y las propuestas de acción correspondientes en la prestación de servicios requeridos, pues la información que proveen sobre la morbi-mortalidad y los demás condicionantes de la salud, no se ubican geográficamente en las zonas donde suceden, en consecuencia, tampoco se pueden identificar cuáles son las áreas que se deben atender en forma prioritaria, para, con base en esos resultados,

orientar el quehacer institucional en forma fundamentada, y de esta manera, hacer un mejor uso de los recursos.

- 2.12. Con este proceder, la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo asociada, no se está efectuando acorde con lo establecido en el Plan Estratégico Institucional de la CCSS 2019-2022, para lograr una prestación de servicios de salud oportuna y de calidad, para lo cual se requiere: un abordaje integral y articulado de las principales causas, eventos y factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población; acciones para abordar los factores que pueden incidir en el riesgo de dependencia y discapacidad en grupos de alto riesgo (adultos mayores) y en situación de desventaja; promoción de la igualdad y la equidad en la atención de la salud y en el financiamiento de programas y servicios con énfasis en poblaciones vulnerables; dotación de instalaciones que respondan a las necesidades de salud de la población, a la optimización de los recursos y a la sostenibilidad financiera; un mejoramiento de la gestión de inversiones estratégicas, de conformidad con la planificación institucional y el fortalecimiento de los procesos para la toma de decisiones, así como una sistematización de la gestión documental, para el mejoramiento de los procesos y la toma de decisiones.
- 2.13. El resultado expuesto lleva a concluir que no se está atendiendo la norma “3.3 Vinculación con la planificación institucional” del Capítulo III. Normas sobre Valoración del Riesgo, que indica que: *los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos.*”, puesto que esas áreas de riesgo en salud no se están identificando para alimentar la planificación institucional.
- 2.14. Además, lo comentado se contrapone a lo indicado por la norma “4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional” de las Normas de Control Interno para el Sector Público, que indica que: *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.* (lo subrayado no es del original).
- 2.15. La situación en comentario denota que la Administración Activa tampoco ha orientado la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura en salud correspondiente, conforme lo establecido en la Guía G2 de las “Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud” emitidas por la Organización Panamericana de la Salud⁴, en cuanto al análisis y caracterización de las necesidades de salud de la población como base para el desarrollo del recurso físico en salud, la cual establece la necesidad de definir las áreas homogéneas de riesgo, identificar los problemas y necesidades de salud en esas áreas homogéneas y las acciones para solucionar o controlar las necesidades de cada área,

⁴ Actividades 2, 3 y 4 del documento **G-2 Análisis y Caracterización de las Necesidades de Salud de la Población como base para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud**”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.

discriminando los aspectos modificables por la acción local de aquellos que corresponden a condiciones estructurales. De acuerdo con este documento, el fin es formular acciones para el corto, mediano y largo plazo, asociándolas al medio social (población y organizaciones comunitarias) y medio físico (natural y construido) de cada área homogénea de riesgo.

- 2.16. La situación en comentario se da en virtud de que las metodologías hasta ahora desarrolladas por la CCSS para determinar las necesidades de salud y de servicios, no permiten identificar esas áreas homogéneas y prioritarias de riesgo, ni establecer las líneas de acción de respuesta, ni definen cómo hacer la agregación de resultados a nivel local, regional y nacional, que deben orientar el quehacer de esa entidad, tanto para la planificación de los servicios de salud, como de la infraestructura de apoyo.
- 2.17. Lo anterior, debido a que dichas metodologías poseen debilidades importantes que se resumen a continuación:

Cuadro 2

Debilidades de las metodologías examinadas	
“Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en el Marco del Plan Estratégico Local de Servicios de Salud”, del 2005	<ul style="list-style-type: none"> • No indica que se deben identificar las áreas prioritarias de riesgo dentro del análisis de las Áreas de Salud, a pesar de que este análisis debería emplearse como insumo para elaborar el plan estratégico local, regional e institucional. • Aunque se indica que la información recabada sobre los indicadores “...permitirá tener datos homogéneos de todas las áreas de salud del país y determinar a nivel nacional o regional aspectos como cobertura, tipos de violencia, tipos de organización u otros”, la metodología no expone los pasos por seguir para ello ni solicita ubicar las zonas geográficas en que se presentan. • Se indica que el análisis de situación integral de salud "es del área, no la sumatoria de los diferentes análisis por sector o EBAIS", con lo cual se obvia que la agregación de esa información de los sectores ayudaría a identificar las áreas homogéneas de riesgo dentro del Área de Salud. • Recomienda “...elaborar mapas patrones de enfermedades y comparar diferentes áreas geográficas; también...hacer relación entre lugares, tipos de trabajo, grupos poblacionales específicos (por sexo, edad, lugar) y datos de morbi-mortalidad" para analizar la información de los factores condicionantes, sin embargo, no es una tarea obligatoria para identificar posteriormente las áreas prioritarias de atención y establecer las acciones asociadas.
Metodología para la Identificación de Necesidades de Prestación de Servicios de Salud del	<ul style="list-style-type: none"> • Se indica que los determinantes de la salud deben obtenerse del ASIS del Ministerio de Salud, y en caso de no encontrarse ahí la información requerida, utilizar como fuente secundaria al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). • El ASIS del Ministerio de Salud aún no se ha desarrollado a nivel cantonal, por lo que la CCSS estaría sujeta a la emisión de ese informe por parte del Ministerio.

<p>Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (PFSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La información que se obtiene de los ASIS del Ministerio es información cerrada, y no permite un análisis más profundo de las variables que resulten de interés para la CCSS. • La metodología se desarrolla por Región de Salud, Área de Salud o Sector de Salud como un todo, sin embargo, no hay identificación de las áreas homogéneas de riesgo ni de las áreas prioritarias de atención dentro de cada espacio-población, según el análisis efectuado. • En el apartado Discusión del informe se solicita incluir <i>“Recomendaciones en cuanto a estrategias y líneas de acción sugeridas como insumo para el proceso de planificación de la Unidad, la Red de Servicios, la Institución y para el trabajo comunitario e interinstitucional.”</i>, sin embargo, no son soluciones asociadas a las áreas geográficas en que se ubican los problemas de salud identificados, según el nivel del análisis efectuado.
<p>“Guía Metodológica para la Elaboración de Análisis de Situación de Salud en Costa Rica” del Ministerio de Salud (corregida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El análisis está basado en su mayoría en fuentes secundarias y los resultados se presentan según la relevancia que el Ministerio determina para sus fines de rector (unas veces a nivel nacional, otras a nivel regional, otras a nivel cantonal), por lo que no responde a las necesidades de prestador de servicios de la CCSS (esto de cara a su utilización para planificar la prestación de servicios). • El análisis espacial de las variables o indicadores de morbi-mortalidad es obligatorio sólo a nivel nacional o regional, pero sólo es una recomendación mapear e incorporar información más desagregada que la cantonal (v.g. distrito o Sector de EBAIS). • La Metodología no plantea la formulación de propuestas de acción que encaren las necesidades en salud, sino que se prevé que sirvan como insumo para la creación de políticas y planes (esto de cara a su utilización por parte de la CCSS para planificar la prestación de servicios). • El Ministerio de Salud estaría implementando esta metodología a partir del año 2019 para cada uno de los 82 cantones, según lo manifestó en entrevista el Director de Vigilancia de la Salud, por lo que la información podría estar disponible hasta el 2020, de no existir atrasos en lo programado.

- 2.18. Es menester atender lo comentado, pues la CCSS incurre en el riesgo de no estar asignando los recursos en materia de salud, tanto económicos, como, humanos, de equipamiento y de infraestructura, en áreas prioritarias o riesgosas, de manera que se puede estar presentando inequidad en la asignación de esos recursos y afectación en la calidad del servicio. Asimismo, no se puede efectuar una planificación estratégica proactiva de la infraestructura de apoyo (sigue siendo reactiva), de manera que se desarrollen en forma prioritaria los proyectos de infraestructura con mayores beneficios sociales.
- 2.19. Sobre el particular, la Administración Activa indicó que algunas labores comentadas fueron interrumpidas, básicamente porque se ha dado prioridad al Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud, con el cual se pretende

mejorar la atención actual e implementar un nuevo modelo de atención en todo el territorio nacional, y que por tal razón, durante el proceso de definición de ese modelo, se contó con el apoyo de funcionarios expertos de diferentes instancias de la CCSS, extraídos de sus labores sin suplir sus funciones oficiales. La situación en comentario cambiaría en la etapa de implementación del modelo definido, pues el proyecto se convirtió en un programa adscrito a la Gerencia General y se autorizó la sustitución temporal de los funcionarios que sean llamados a trabajar en él.

USO DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS INSUMOS EN SUSTITUCIÓN DE LOS PERFILES DE COMPLEJIDAD EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y ESPECÍFICA DE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.

- 2.20. La complejidad de un establecimiento de salud puede definirse en niveles y estos se pueden diferenciar según la capacidad resolutive, la cual será determinada por el recurso humano, el equipo y los procedimientos que se realicen⁵.
- 2.21. Asimismo, al identificarse y compararse los grupos de actividades por Servicio Médico en cada tipo de establecimiento de salud, se puede establecer la diferencia entre la prestación que brindan, y agrupar los establecimientos en niveles de atención⁶. Además, esa prestación de servicios debe responder a las necesidades de salud de la población que sirve y al rol que se le definió dentro del modelo de atención en práctica, de manera que si ese modelo de atención cambia, el perfil de complejidad de los establecimientos debe ajustarse o redefinirse según los cambios suscitados⁷.
- 2.22. El Perfil de Complejidad de un Establecimiento de Salud, es una caracterización de los procedimientos que se efectúan en los servicios finales, intermedios y administrativos, que se brindan en un tipo de establecimiento que pertenece a un determinado nivel de atención, del recurso humano que presta esos servicios (en términos de especialización y capacitación), y del equipo disponible para ello, según el modelo de atención establecido, y esos aspectos lo diferencian de los otros tipos de establecimientos existentes.
- 2.23. Siendo así, en principio, la CCSS debería contar con los perfiles de complejidad de los diferentes tipos de establecimientos de salud existentes, que responden al modelo de atención actual, cuyo enfoque es curativo, y cuyos servicios están organizados en tres niveles y en tres subredes de atención encabezadas por un Hospital Nacional General, y a partir de estos perfiles (línea base), construir los correspondientes a los tipos de establecimiento citados en el Modelo Fortalecido de Prestación de Servicios de Salud, aprobado en marzo de 2019, que se caracteriza por una atención centrada en las personas (individuo, familia y comunidad), continua, integrada e integral, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y organizada por componentes

⁵ Documento "Identificación de la oferta instalada en las sedes de áreas de salud, su clasificación según complejidad observada y propuesta de reforzamiento con visión de largo plazo según perfil epidemiológico, demográfico, factores condicionantes y brechas detectadas",

⁶ Vargas Fuentes, Mauricio, Gerencia de Servicios de Salud, San José, Costa Rica: ICAP 1990, págs.29-33.

⁷ Vargas Fuentes- Chen Apuy, Desarrollo De Una Propuesta Para Fortalecer Los Niveles De Complejidad Red De Servicios De Salud, Informe Final De Consultoría, San José, Costa Rica, 2002.

de prestación, en los mismos tres niveles de atención existentes y en once redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS), de las cuales en la década 2019-2029, se implementarían siete.

Debilidades de los insumos utilizados en ausencia de los perfiles de complejidad de todos los tipos de establecimientos existentes

- 2.24. La CCSS no ha elaborado un estudio sobre los perfiles de complejidad que caractericen los procedimientos por servicio médico, recurso humano y equipos, de todos los tipos de establecimientos de salud existentes en la Red, según el modelo de atención actual.
- 2.25. Sobre el particular, la CCSS solamente cuenta con los perfiles de complejidad elaborados en el año 2008, para las Sedes de Área, pues los correspondientes a los hospitales existentes, no se elaboraron porque la Administración supeditó su desarrollo a la definición de un nuevo modelo de atención con intervenciones, que finalmente no fue aprobado por Junta Directiva.
- 2.26. En ausencia de esos perfiles, la CCSS está utilizando una serie de insumos para identificar la complejidad de los establecimientos de salud, que presentan debilidades importantes, tales como desactualización, obsolescencia, o información de carácter general, que no diferencia a esos establecimientos por su complejidad y naturaleza (público o privado); tampoco utiliza otros insumos propios que podrían suministrar información valiosa para ese efecto, como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)⁸ y los subprocesos de servicios de especialidades médicas y de apoyo, pues respectivamente, están desactualizados y no cuentan con información a nivel de procedimientos por tipo de establecimiento, servicio médico, componente de prestación y nivel de atención.
- 2.27. Respecto de esos insumos, en el siguiente cuadro se resumen las debilidades encontradas:

⁸ Los Grupos Relacionados de Diagnóstico son una herramienta que, con base en los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria –el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), permite clasificarlos en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios. Sirven para identificar el grado de complejidad de los establecimientos, según la complejidad de su casuística (gravedad de la enfermedad atendida, pronóstico, dificultad del tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos).

Cuadro 3

Debilidades de los insumos utilizados por la CCSS para la definición de la Complejidad de los establecimientos de salud	
Perfiles elaborados para las Sedes de Área (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Se encuentran desactualizados.
Reglamento General de Hospitales Nacionales (1971).	<ul style="list-style-type: none"> Está obsoleto en cuanto a oferta, nomenclatura y categorización, luego de los cambios que se suscitaron al trasladarse a la CCSS la atención médica completa.
Reglamento General del Sistema Nacional de Salud (1989).	<ul style="list-style-type: none"> Contiene información desactualizada de la clasificación de los establecimientos de salud del I y II nivel de atención.
Normas de Habilitación de los Establecimientos de Salud emitidas por el Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizan servicios específicos (laboratorio, o farmacia, u odontología, u optometría, o consultorios de medicina general o especialidades, etc.) La caracterización de los recursos (humanos, planta física y el equipo) es muy básica. No hace diferenciación entre establecimientos públicos y privados. No hace diferenciación por nivel de complejidad (se aplica tanto a un solo consultorio, como a una clínica o un hospital).
Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).	<ul style="list-style-type: none"> Los datos incorporados en la página web institucional se encuentran desactualizados (los últimos son del 2011) No se encontraron análisis actualizados del nivel de complejidad de los hospitales asociados a esos datos (el último efectuado es del año 2000).
Sub-procesos.	<ul style="list-style-type: none"> No se diferencian los servicios brindados por los Servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades por Componente de Prestación, tipo de establecimiento y Nivel de Atención. No se caracterizan en detalle el equipo ni el recurso humano requerido.
Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS (2017).	<ul style="list-style-type: none"> Se establecen 4 niveles de complejidad en los servicios de emergencias que no coinciden totalmente con los tipos de hospital existentes en la CCSS. La caracterización del equipo médico se presenta de manera muy general (p.ej. equipos de monitoreo y resucitación). No se diferencian claramente los servicios de emergencias que se brindan en los diferentes tipos de hospitales periféricos y en los regionales (una de las 4 categorías definidas es para hospitales periféricos/ regionales)

- 2.28.** Por las debilidades señaladas, se considera que estos insumos no sustituyen a los perfiles de complejidad de los diferentes tipos de establecimientos de la Red de Salud, los cuales siguen siendo esenciales para caracterizar los procedimientos que se aplican en los servicios de las diferentes especialidades y/o subespecialidades médicas y de apoyo, así como los equipos y recursos humanos asociados, máxime que esos instrumentos servirían de base para dotar de la capacidad resolutive esperada a cada tipo de establecimiento de la Red, según el modelo de atención existente, así como para evaluar su complejidad y diseñar la infraestructura de salud que cumpla esos parámetros establecidos, lo cual coadyuvaría a efectuar una gestión más eficiente, equitativa y oportuna de los servicios de salud y de dotación de los recursos físicos de apoyo, referentes a infraestructura y equipamiento.
- 2.29.** La Administración Activa no implementó acciones para continuar con la elaboración de los perfiles de complejidad con base en la oferta de los hospitales, ni se actualizaron los correspondientes a las Áreas de Salud. Tampoco para actualizar y analizar los datos de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) de hospitales, ni para complementar la información contenida en los subprocesos de los servicios prestados en especialidades médicas y de apoyo, por componente de prestación, por tipo de establecimiento y nivel de atención, de manera que se pueda diferenciar la labor ejecutada entre uno y otro tipo de establecimiento existente en la Red de Salud.
- 2.30.** Por otra parte, la falta de esos parámetros ocasiona que se estén tomando decisiones sobre la prestación de los servicios de salud y la distribución de los recursos económicos, humanos, de equipamiento y de infraestructura necesarios, sin contar con referencias técnicas claras y documentadas para ello, lo que da pie a situaciones detectadas por la misma Administración Activa⁹ como: Áreas de Salud que cuentan con una cantidad de recursos por habitante de hasta 60 veces más que otras, sin que ello responda a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas, lo cual sucede también con los hospitales; establecimientos con especialistas que no cuentan con equipo para su trabajo, o viceversa, es decir, tienen equipo pero no personal que los utilice.
- 2.31.** Lo anterior puede ocasionar problemas como privilegios en la atención de la población adscrita a un establecimiento, en comparación con la recibida en otros con la misma clasificación, lo cual va contra los principios de equidad e igualdad que la CCSS estableció como guía para la prestación de servicios en su planificación estratégica, pues no todos los ciudadanos tienen las mismas oportunidades de ser atendidos en forma oportuna, eficiente y con calidad en el sistema de salud.
- 2.32.** Otros aspectos que la falta de parámetros dificulta es la identificación de brechas en los recursos asignados, y la acreditación del nivel de complejidad de un establecimiento evaluado, con el fin de tomar decisiones al respecto, todo lo cual afecta la calidad de los servicios, la oportunidad en su prestación y la accesibilidad a una oferta integral.

⁹ Estos comentarios se incluyen en el Recuadro 1. Limitaciones Institucionales que afectan la prestación de servicios de salud, del documento “Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud - Propuesta ajustada a la prueba de campo-”, pág.14.

- 2.33. Asimismo, se afecta la planificación y diseño de los proyectos de infraestructura de salud, pues se dificulta la definición de los programas funcionales y de equipamiento, entre otros, como se establece en las “Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud” emitidas por la Organización Panamericana de la Salud¹⁰, ya que los perfiles proveen información esencial para elaborarlos (funciones sustantivas y de apoyo, actividades o procedimientos ejecutados, recurso humano y equipo requeridos), y su ausencia retarda el proceso, pues para cada proyecto la investigación parte de cero.
- 2.34. Lo expuesto también podría afectar el logro de objetivos del Plan Estratégico Institucional 2019-2022¹¹, que han definido como principios, el logro de una verdadera igualdad de oportunidades para que todos los ciudadanos sean atendidos en el sistema nacional de salud de manera oportuna, eficiente y con buena calidad, así como un trato equitativo para todos sin excepción. Además, lo actuado no sería concordante con las líneas de acción definidas en ese Plan Estratégico que señalan que: se promocionará la igualdad y la equidad en la atención de la salud; se fortalecerá la gestión clínica de los establecimientos organizándolos en redes integradas de prestación de servicios de salud, que complementen sus recursos y coordinen entre sí para mejorar la continuidad de la atención de la población, y se fortalecerá el Primer Nivel, dándole capacidad resolutive para atender la mayoría de los problemas de salud de la población y mejorar el acceso a los servicios.
- 2.35. Por otra parte, tampoco se cumplirían aquellas líneas de acción que pretenden mejorar la capacidad de gestión institucional, mediante la aplicación de medidas costo-efectivas y costo-eficientes que mejoren los procesos administrativos, el establecimiento de mecanismos de normalización para el aprovechamiento de economías procesales, la dotación estandarizada, oportuna y eficiente de los requerimientos necesarios para la prestación de los servicios, así como de metodologías e instrumentos para la evaluación y acreditación de los servicios de salud.

Insuficiencia del Modelo de Prestación de Servicios con intervenciones como sustituto de los perfiles de complejidad con base en necesidades de salud

- 2.36. La CCSS tampoco elaboró los perfiles de complejidad de los hospitales y demás establecimientos señalados en el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS emitido en mayo de 2014 (en adelante Modelo de Prestación con Intervenciones), pues según afirmó la Administración Activa, en él se definían intervenciones de salud, que hacían innecesario desarrollar dichos perfiles.
- 2.37. No obstante, las intervenciones incluidas en ese documento se desarrollaron en términos de acciones por componente de prestación y nivel de atención, no por servicio médico, componente de prestación y tipo de establecimiento de cada nivel de atención, además de que omiten los otros dos ejes que caracterizan una intervención –la

¹⁰ Actividades 1. 1.1, 1.2, 2. 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 3 del documento G-5 Programación Funcional del Recurso Físico en Salud” y actividades 1 y 2 del documento G-8. Elaboración del Programa de Equipamiento, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.

¹¹ Plan Estratégico Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), 2019-2022, Aprobado por Junta Directiva en el artículo 33 de la Sesión No. 9010, celebrada el 10 de enero de 2019. Apartados: 2. Marco Estratégico

población-meta y los procedimientos– siendo estos últimos uno de los tres elementos necesarios para caracterizar el perfil de un establecimiento de salud, junto con el recurso humano y los equipos, los cuales se describen en forma general en el modelo, aunque sólo por componente y nivel de atención.

- 2.38. A esto se suma, que el Modelo de Prestación con Intervenciones no fue aprobado por Junta Directiva y la parte de intervenciones cayó en desuso, por considerarse que éstas debían ser definidas a partir de una discusión de alto nivel que nunca se efectuó, y por la dificultad de manejar los servicios prestados por la CCSS en términos de intervenciones.
- 2.39. Por la razón señalada, en lo sucesivo, los documentos emitidos mantenían el marco estratégico-conceptual de esa propuesta de mayo de 2014, pero no incluían intervenciones, así que la propuesta aprobada por Junta Directiva el 16 de febrero de 2016, carecía de ellas, y no obstante, tampoco entonces se elaboraron los perfiles de complejidad de los tipos de establecimiento citados en el documento aprobado, ya que según indicaciones de la Administración Activa, la instrucción era apoyar al grupo de trabajo del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (PFPSS) para identificar brechas y rezago de recursos en los tres niveles de atención, así como proponer un plan remedial.
- 2.40. Así pues, la Administración aún no ha definido claramente la competencia de cada servicio médico (especialidad y subespecialidad) y de apoyo, por componente de prestación, tipo de establecimiento y nivel de atención, conforme el modelo fortalecido de prestación definido por el PFPSS, el cual pone énfasis, entre otros aspectos, a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la atención continua, integrada, integral, etc.; labor que requiere ser definida, con el fin de sentar las bases para desarrollar los procedimientos correspondientes y los perfiles de complejidad de los distintos tipos de establecimientos citados en el modelo aprobado.
- 2.41. De no resolverse los aspectos mencionados, se estaría limitando el acceso de la población a servicios de salud oportunos y de calidad en los tres niveles de atención y se dificultaría fortalecer el modelo de atención para gestionarlo bajo criterios de eficiencia, calidad y oportunidad, con enfoque de red, implementación de guías y protocolos de atención basados en evidencia y sistemas de información, y con promoción de la igualdad y equidad en la atención de la salud de la población; de manera que esta sea continua e integrada, en virtud de la coordinación entre establecimientos y la complementariedad de los recursos con que cuentan, como se pretende en el Plan Estratégico Institucional 2019-2022¹².
- 2.42. La ausencia de este tipo de perfiles potencia vacíos importantes en la red de salud (hoy día una cantidad importante de la población del Área Metropolitana, no cuenta con atención de Primer y Segundo Nivel), dificulta identificar los establecimientos que no cuentan con el nivel resolutivo necesario para enfrentar las necesidades de salud del área de atracción, además de que no permite identificar las brechas para dotar los recursos necesarios para operar bajo el nuevo modelo de atención, lo cual conlleva el riesgo de estar limitando el acceso de la población a servicios de salud adecuados en los tres niveles de atención.

¹² Plan Estratégico Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), 2019-2022, Aprobado por Junta Directiva en el artículo 33 de la Sesión No. 9010, celebrada el 10 de enero de 2019. Aparte: 2. Marco Estratégico.

- 2.43. Además, dado que la información provista en los perfiles de complejidad también es esencial para elaborar, entre otros, el Programa Funcional y el Programa de Equipamiento, acorde con lo estipulado en las “Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud” emitidas por la Organización Panamericana de la Salud¹³, y estos son la base para el diseño de los proyectos de infraestructura de salud, el desarrollo de futuros proyectos de recurso físico en salud podría retrasarse, en virtud de que para cada proyecto también se tendría que hacer el levantamiento de los procedimientos de salud por brindarse y de las necesidades de recurso humano y equipamiento, teniendo como referencia sólo la información que brinde el prestatario final, con lo cual se corre el riesgo de encarecer los proyectos y utilizar los recursos en forma ineficiente, así como de obtener una edificación con características que no respondan a las necesidades de la población y al modelo de atención definido por la institución.

¹³ Ver guías G-5 Programación funcional del Recurso Físico en Salud y G-8 Elaboración del Programa de Equipamiento”, Guías para el Desarrollo del Recurso Físico en Salud. Organización Panamericana de la Salud- Oficina Sanitaria Panamericana-Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 1990.

3. Conclusiones

- 3.1. Es conveniente que la CCSS atienda las disposiciones de este informe para mejorar su proceso de planificación de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo, de manera que los recursos institucionales, siempre limitados, puedan dirigirse a las zonas que presentan mayores riesgos para la salud de la población y se atienda de esta manera a los grupos más vulnerables de nuestro país.
- 3.2. Además, cada vez deviene más necesario documentar los resultados de ese proceso y de las decisiones tomadas sobre el particular, en tiempos en que la transparencia y rendición de cuentas constituye un aspecto fundamental en la administración de los recursos públicos del sistema de salud.
- 3.3. La labor de estandarización inmersa en la definición de los perfiles de complejidad facilitará la atención de las necesidades de salud de la población, puesto que al tener parámetros de referencia se agilizaría la dotación de recurso humano y equipamiento, así como el desarrollo de la infraestructura de apoyo de los servicios de salud que prestan los establecimientos de los tres niveles de atención de la CCSS y además, se identificaría con mayor facilidad las inequidades existentes en la oferta asignada a los referidos establecimientos, con el objetivo de atender las brechas que de este análisis se deriven.
- 3.4. Por otra parte, el conocer qué recursos debe tener un establecimiento determinado, también facilita la identificación de las vías de referencia y contra referencia entre establecimientos de un mismo nivel de atención o de diferentes niveles dentro de una red de servicios, así como los cambios que puedan estarse suscitando en la complejidad de un establecimiento y confrontarlo con las necesidades de salud de la población adscrita, con lo cual se coadyuvaría a efectuar una gestión más eficiente, equitativa y oportuna de los servicios de salud.,
- 3.5. Asimismo, la elaboración de los perfiles de complejidad de los establecimientos de salud, que se definen en el modelo fortalecido de prestación de servicios en ese campo, facilitaría la implementación de ese modelo con los cambios en la atención, orientados mayormente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto traería beneficios a la institución, pues se maximizarían los resultados esperados en la prestación de los servicios de salud, minimizando los costos de atención de los asegurados.

4. Disposiciones

- 4.1. De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, Nro. 7428, y el artículo 12 inciso c) de la Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes disposiciones, las cuales son de acatamiento obligatorio y deberán ser cumplidas dentro del plazo (o en el término) conferido para ello, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.
- 4.2. Para la atención de las disposiciones incorporadas en este informe deberán observarse los “Lineamientos generales para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría”, emitidos mediante resolución Nro. R-DC-144-2015, publicados en La Gaceta Nro. 242 del 14 de diciembre del 2015, los cuales entraron en vigencia desde el 4 de enero de 2016
- 4.3. Este órgano contralor se reserva la posibilidad de verificar, por los medios que considere pertinentes, la efectiva implementación de las disposiciones emitidas, así como de valorar el establecimiento de las responsabilidades que correspondan, en caso de incumplimiento injustificado de tales disposiciones.

AL DR. DANIEL SALAS PERAZA, MINISTRO DE SALUD, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.4. Definir e implementar acciones específicas para complementar la metodología vigente para el análisis de la situación de salud (ASIS), en coordinación con la CCSS, principal prestador de servicios de salud del país, análisis que deberá contemplar al menos la utilización de indicadores que también sean útiles para que la CCSS defina las necesidades de prestación de servicios de salud de la población. Para el cumplimiento de esta disposición, remitir a esta Contraloría General, a más tardar el 20 de diciembre de 2019, una certificación donde se acredite que dichas acciones han sido debidamente definidas. Posteriormente, remitir a más tardar el 31 de julio de 2020, una certificación que haga constar que las citadas acciones fueron implementadas, y por ende, el ASIS fue debidamente complementado con indicadores útiles para la CCSS. (Ver párrafos del 2.5 al 2.19).
- 4.5. Actualizar y publicar el Reglamento General de Hospitales Nacionales y el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con la CCSS. Dicha normativa deberá contemplar al menos aspectos como: la clasificación, y la descripción de los recursos y funciones de los diferentes tipos de hospital del país. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, remitir a esta Contraloría General, informes trimestrales de avance sobre la revisión de los reglamentos mencionados, iniciando el 31 de enero de 2020, y terminando el 31 de agosto de 2020. Posteriormente, remitir a más tardar el 30 de noviembre de 2020, una certificación que haga constar que los reglamentos fueron debidamente actualizados y publicados. (Ver párrafos del 2.5 al 2.19).

AL DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, GERENTE GENERAL, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.6. Ajustar, oficializar y divulgar la metodología de identificación de necesidades de prestación de servicios de salud. Dicha metodología debe considerar al menos: 1) la identificación de las áreas o zonas homogéneas de riesgo, las áreas prioritarias de atención y las acciones para

atenderlas, dentro del espacio-población considerado para el análisis (sea éste local, regional o nacional) 2) métodos de procesamiento, análisis y agregación entre los niveles local, regional y nacional; 3) esquema para documentar los resultados y la toma de decisiones institucional en materia de planificación de servicios de salud y de la infraestructura de apoyo correspondiente para el ámbito local, regional, y nacional. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a esta Contraloría General, a más tardar el 31 de julio 2020, una certificación que indique que dicha metodología ha sido ajustada y oficializada, y a más tardar 18 de diciembre 2020, una certificación que acredite que dicha metodología fue debidamente divulgada. (Ver párrafos del 2.5 al 2.19).

- 4.7. Definir, oficializar y divulgar las competencias de cada servicio (especialidad y subespecialidad) por componente de prestación, tipo de establecimiento y nivel de atención, de conformidad con lo indicado en el modelo fortalecido de prestación de servicios de salud, considerando al menos: las necesidades de salud de la población, los componentes de prestación de servicios de salud, la organización en redes integradas de prestación de servicios de salud, el trabajo en red, la oferta actual y la sostenibilidad del sistema. Para efectos de dicha definición deberá elaborarse previamente la respectiva metodología. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, al 30 de junio de 2020, se deberá remitir a este Órgano Contralor la metodología por emplear para la definición de las competencias citadas, y a más tardar el 17 de diciembre de 2021, una certificación que acredite que dichas competencias fueron debidamente definidas, oficializadas y divulgadas. (Ver párrafos del 2.36 al 2.43).

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

- 4.8. Actualizar, oficializar, y divulgar los datos de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y los estudios de análisis de complejidad, de los hospitales de la Red de Salud, en las unidades de las Gerencias Médica y Financiera que por sus competencias lo requieran, divulgación que deberá realizarse entre otros fines, para que el Área de Análisis de Proyección de Servicios de Salud emplee dichos análisis como insumo para los estudios de seguimiento de la complejidad y clasificación de los hospitales. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar al 30 de junio de 2020, una certificación que acredite que los datos de GRD fueron debidamente actualizados, otra certificación a más tardar el 30 de setiembre de 2020 donde se acredite que los análisis de complejidad fueron debidamente actualizados, y al 18 de diciembre de 2020, otra certificación que evidencie, que tanto los datos como los estudios de análisis de complejidad fueron debidamente oficializados y divulgados, indicando la periodicidad con que se actualizarán. (Ver párrafos del 2.24 al 2.35).

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, EN CALIDAD DE DIRECTOR A.I DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

- 4.9. Definir, desarrollar, oficializar y divulgar los procedimientos que deben ejecutar los diferentes servicios de salud (especialidades y/o subespecialidades) por componente de prestación y tipo de establecimiento en cada nivel de atención de la Red de Salud, a partir del levantamiento de la oferta elaborado por el Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud y de conformidad con el modelo de atención actualmente en práctica. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar al 31 de marzo de 2020, una certificación que acredite que los procedimientos efectuados en los

diferentes tipos de Sedes de Área, fueron debidamente definidos y desarrollados, y al 29 de mayo de 2020, remitir una certificación de que fueron oficializados y divulgados. Finalmente, al 18 de diciembre de 2020, enviar una certificación que acredite que los citados procedimientos fueron definidos y desarrollados en los hospitales, según lo solicitado en esta disposición y al 26 de febrero de 2021, remitir otra certificación que acredite que los procedimientos de hospitales fueron debidamente oficializados y divulgados. (Ver párrafos del 2.24 al 2.35).

- 4.10. Desarrollar, oficializar y divulgar los procedimientos que deberán ejecutar los diferentes servicios médicos (especialidades y/o subespecialidades) por componente de prestación y tipo de establecimiento en cada nivel de atención, de conformidad con lo planteado en el modelo fortalecido de prestación de servicios de salud. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a esta Contraloría General un informe de avance sobre el desarrollo de dichos procedimientos, al 20 de junio de 2022 y a más tardar al 18 de diciembre de 2022, deberá remitirse a la Contraloría General una certificación que indique que los procedimientos según el modelo fortalecido de prestación fueron desarrollados, oficializados y debidamente divulgados (Ver párrafos del 2.376 al 2.43).

A LA LICDA. MARÍA DE LOS ÁNGELES BENAVIDES ALVARADO, JEFE ÁREA DE ANÁLISIS Y PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.11. Elaborar, oficializar y divulgar los perfiles de complejidad de los distintos tipos de establecimientos de la red de atención -tomando en consideración la oferta existente, los análisis de GRD y los procedimientos que deben ejecutar los diferentes servicios médicos (especialidades y subespecialidades) por componente de prestación y nivel de atención-, según la clasificación aprobada del modelo de atención actualmente en ejercicio, para su empleo como parámetros para la planificación de los servicios de salud y de la infraestructura de apoyo, Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, a más tardar el 31 de julio de 2020 remitir un informe sobre el avance en la elaboración de los citados perfiles, y a más tardar el 30 de julio de 2021, remitir una certificación de que los perfiles de complejidad de los diferentes tipos de establecimientos de la Red de Salud fueron debidamente elaborados, oficializados, y divulgados. (Ver párrafos del 2.24 al 2.35).

Lic. Manuel Corrales Umaña. MBA
Gerente de Área

Licda. Silvia López Villalobos
Asistente Técnica

Lic. Ricardo Solórzano Sánchez
Colaborador

Bach. Yenny Rodríguez Campos
Colaboradora

Ing. Giselle Castro Salazar
Coordinadora