

**AGO-155-2021**

15 de diciembre de 2021

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio se realizó en cumplimiento del plan anual operativo de la Auditoría Interna, para el período 2021, con el fin de evaluar la implementación de la receta electrónica y la gestión del manejo de los medicamentos en el hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

En aspectos generales, para el caso de los servicios de farmacia, su función sustantiva se concentra en el proceso de despacho de las recetas de medicamentos, lo cual con el avance tecnológico y la implementación de sistemas de información (pasar de receta física a electrónica/digital) en la gestión se ha transformado el proceso de manera más óptima y oportuna. Sin dejar de lado, que en los últimos tiempos se han presentado diversos factores que han provocado la demanda del servicio, producto de elementos ligados a aspectos epidemiológicos y de morbi-mortalidad en la población del país.

En el presente estudio se determina la necesidad de la implementación de acciones dirigidas a mejorar la capacidad en el despacho de la farmacia central y en el almacén local de medicamentos, donde se almacenan, resguardan y custodian fármacos, lo cual beneficia la calidad del servicio que se brinda a los asegurados y el interés institucional de conservación y preservar los insumos farmacéuticos, que para el caso de este centro médico al 2020 tuvo un gasto presupuestario en medicamentos y fármacos de ₡ 124,942,653.38 y de ₡ 2,131,852,543.72 en el no efectivo.

Además, se observó la necesidad de fortalecer los aspectos de cumplimiento y seguimiento de las evaluaciones y recomendaciones de la supervisión regional de farmacia, a fin de fortalecer la mejora continua del servicio.

Por otra parte, se recomienda dirigir acciones de mejora para la implementación del uso de la receta electrónica en los 6 EBÁIS que se encuentran dentro del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, ya que a la fecha se utiliza el mecanismo anterior de receta física.

Así mismo, se señalan aspectos de mejora en la infraestructura del servicio de Farmacia, en aras de favorecer la gestión operativa de los funcionarios que laboran en el servicio y así brindar un beneficio en la calidad de la prestación del servicio hacia los asegurados. Así como, fortalecer los controles y los procesos de supervisión en la custodia de los psicotrópicos, estupefacientes y manejo de unidosis.

Además, se determinó que el proceso de atención de Enfermería presenta oportunidades de mejora en lo referente a la gestión de medicamentos. Lo anterior, en cuanto al stock de los medicamentos de uso restringido y las medidas generales de conservación.

En virtud de lo expuesto, este Órgano de Control ha formulado recomendaciones, a fin de que la Administración Activa, analice y determine lo expuesto en referencia a la infraestructura del servicio, mejoras en los aspectos de almacenamiento y custodia de los medicamentos. Además, de implementación de mecanismos de control y seguimiento a las recomendaciones de las supervisiones, así como la implementación de la receta electrónica para los EBÁIS, lo cual coadyuvaría a la toma de decisiones y optimización de los recursos asignados al servicio de farmacia.

**AGO-155-2021**  
15 de diciembre de 2021

### ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

## AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RECETA ELECTRONICA Y GESTIÓN DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA U.P. 2701

### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se originó en cumplimiento del Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna.

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la razonabilidad de la implementación de la receta electrónica y la gestión de medicamentos en cuanto al control de existencias y despacho.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los controles implementados en el proceso de emisión de la receta electrónica, desde la prescripción hasta la entrega del medicamento.

Verificar la custodia y almacenamiento de medicamentos en los salones del centro de salud.

Evaluar la gestión de medicamentos en cuanto al manejo de inventarios en las bodegas del Servicio de Farmacia, custodia y vencimientos.

Verificar el cumplimiento de la normativa en cuanto al despacho de medicamentos.

### ALCANCE

El estudio comprende la revisión y análisis de la implementación de la receta electrónica, y las actividades en cuanto al manejo de inventarios, custodia y vencimientos de los medicamentos, para lo cual se extrajo información del Sistema de Farmacia (SIFA).

El período de evaluación comprende desde el 01 de enero 2019 al 31 de diciembre 2020, ampliándose en casos en que se consideró necesario.

La evaluación se realizó cumpliendo con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

### METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos del presente estudio se utilizaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Entrevistas a las Dra. Ruth Ruiz Vásquez, Jefatura de Farmacia, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla y Dra. Doris Brenes Acuña, Jefatura de Farmacia a.i.
- Revisión e inventario en la Farmacia Central, Torre de Emergencias, Satélite y Bodega del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.

- Revisión con la Dra. Doris Brenes Acuña, Jefatura de Farmacia a.i., de muestra de recetas despachadas (psicotrópicos y estupefacientes).
- Recorrido por la Farmacia Central, Torre de Emergencias, Satélite y Bodega del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.
- Análisis de reportes e informes del Sistema de Farmacia.
- Recorrido de verificación en el servicio de Emergencias y Cirugía de Mujeres.
- Revisión de los procesos de despacho con la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, Jefatura de Farmacia.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno 8292, aprobada el 31 de julio 2002.
- Normas de control interno para el Sector Público, aprobadas mediante resolución del Despacho de la Contralora General de la República N° R-CO-9-2009 del 26 de enero 2009. Publicada en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero 2009.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Manual de estándares e indicadores de gestión Servicios de Farmacia. M.GM: DDSS.ARSDT. CNSF.021017 Versión 02, 2019.
- Normativa respecto al Subproceso: Prestación de Servicios Farmacéuticos, 2014.
- Guía para el Uso de la Receta Electrónica, 2018.
- Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley 7085 y su Reglamento.
- El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos 2021 (LOM).

## ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que le 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

El servicio de Farmacia del hospital inicia la implementación de la receta electrónica el 14 enero 2019 y a partir de junio 2020 las recetas se trasladan de manera electrónica al lugar de adscripción de cada usuario. Este centro hospitalario a la fecha (noviembre 2021), todavía tiene 6 Ebáis<sup>1</sup> dentro de las instalaciones que no se encuentran conformados en su totalidad según el modelo establecido, lo que implica la utilización de recetas físicas (Médicos Generales atendiendo la consulta externa).

<sup>1</sup> San Isidro A, B y C, Boston, Morazán, Sinaí.

En este centro hospitalario se brindan los servicios farmacéuticos 24/7, 365 días del año en el siguiente horario:

- Farmacia central 24 horas
- Farmacia Torre emergencia 24 horas
- Farmacia Satélite (segundo piso cerca del área de pediatría) (lunes a viernes 7am a 10pm, sábado y domingo 7am a 3pm).

En lo relacionado con el recurso humano, dispone de un total de 50 funcionarios distribuidos de la siguiente forma: 13 Farmacéuticos y 37 Técnicos.

**Tabla 1**  
**Distribución personal de farmacia**  
**Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla**

Cantidad	Puesto
2	Asistente técnico de farmacia
33	Técnico de farmacia de Salud 3
1	Jefe de proveeduría de farmacia
1	Asistente administrativo farmacia 2
6	Farmacéutico 1
5	Farmacéutico 2
1	Farmacéutico 3
1	Farmacéutico 4

Fuente: Plan-Presupuesto 2020-2021

Los farmacéuticos destinados al proceso de despacho de las recetas de medicamentos son: Primer turno 8 (1 satélite, 1 torre de emergencia, 1 ciudadano de oro y 5 planta). Segundo turno 3 (1 satélite, 1 emergencia, 1 consulta externa). Tercer turno 1

Técnicos destinados al proceso de despacho de las recetas de medicamentos: Primer turno: 23 (2 emergencia, 3 satélite, 6 plataforma de servicio, 2 entrega, 1 empaque, 1 receta electrónica, 6 preparadores, 2 surtidores). Segundo turno: 7 (4 consulta externa, 2 emergencia, 1 satélite). Tercer turno: 2

Farmacéuticos en funciones administrativas y gestión del suministro de medicamentos: 1

Técnicos en funciones administrativas y gestión del suministro de medicamentos: 5 (3 almacén local, 1 SIFA y 1 asistente administrativa).

## HALLAZGOS

### 1. DE LA GESTIÓN, CONTROL Y CUSTODIA DE LOS MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Se determinaron debilidades en la gestión, control y custodia de los medicamentos en el servicio de farmacia, en contraposición al marco normativo que rige esta materia.

#### 1.1 Sobre el funcionamiento de la Farmacia Satélite de la Torre de Emergencias

Se evidenció que en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla el Servicio de Farmacia mantiene en funcionamiento la farmacia satélite de emergencias para el despacho de medicamentos a pacientes ambulatorios sintomáticos respiratorios, sin que se disponga de un regente farmacéutico para el despacho de los medicamentos.

Se observó, con el reporte del SIFA “de productos por consumo” del 01 al 30 de noviembre del 2021 del despacho Torre de Emergencia (810), que durante este periodo se expidieron 88 productos y 4.476 recetas, que incluye, entre otros, antibióticos, antihistamínicos, analgésicos, agentes oftalmológicos y gastrointestinales, antidepresivos, corticoesteroides, antiasmáticos y agentes anticoagulantes, trombolíticos y antiplaquetarios.

En relación con la producción de la farmacia de emergencias, la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, jefe Servicio de Farmacia, facilitó el archivo en Excel “Producción 810-2021”, el cual contiene la producción de la torre de emergencias, por turno, de los meses de enero al 26 de noviembre del 2021.

Sin embargo, no se mantiene un control por separado de la cantidad de recetas despachadas por la farmacia ubicada en la sede central (pacientes internados y ambulatorios no respiratorios) y las despachadas por la farmacia satélite ubicada en la torre de emergencias (pacientes sintomáticos respiratorios ambulatorios).

La Ley General de Salud, en el artículo 96, establece:

*“Todo establecimiento farmacéutico requiere de la regencia de un farmacéutico para su operación, a excepción de los botiquines y de los laboratorios farmacéuticos que se dediquen exclusivamente a la fabricación de cosméticos que no contengan medicamentos.*

*(...)*

*Tal regente es responsable de cuanto afecte la identidad, pureza y buen estado de los medicamentos que se elaboren, preparen, manipulen, mantengan y se suministren, así como de la contravención a las disposiciones legales y reglamentarias que se deriven de la operación de los establecimientos.”*

El artículo 95 define que una farmacia es aquel establecimiento farmacéutico que se dedica a la preparación de recetas y al expendio y suministro directo al público de medicamentos; por su parte, un botiquín es el pequeño establecimiento destinado, en forma restringida, únicamente al suministro de medicamentos que el Ministerio autorice, oyendo previamente el criterio del Colegio de Farmacéuticos.

La Dra. Ruth Ruiz Vásquez, jefe servicio de Farmacia, en conjunto con la Dra. Gloriana Zúñiga Agüero, farmacéutica farmacia emergencias primer turno, indicaron:

*“Durante el primer turno el procedimiento para despachar las recetas en la farmacia satélite consiste en enviar mediante fotografía la receta médica, se digita, prepara y despacha en la farmacia central y un técnico la traslada hasta la torre de emergencias, donde se hace entrega de los medicamentos y se recogen las recetas médicas por una puerta trasera entre la zona externa y la torre. La Dra. Ruth Ruiz informó que este proceso se realiza durante el primer y segundo turno, sin embargo, en el tercer turno la receta se digita, prepara y despacha en la farmacia satélite, por parte del técnico en farmacia, una vez que el farmacéutico que se encuentra en la farmacia central haya revisado la receta médica y la etiqueta que se envían por fotografía. Esta situación se presenta dado que en la farmacia central únicamente labora un farmacéutico y un técnico durante el tercer turno, por lo que no es recurso suficiente para la preparación y despacho de las recetas de los pacientes ambulatorios respiratorios.”*

La situación descrita obedece a los cambios ocasionados por la pandemia por el virus del SARS-CoV-2, en virtud que la farmacia satélite que funcionaba anteriormente quedó ubicada en la zona de pacientes respiratorios, por lo cual se decidió trasladar el despacho de los medicamentos a pacientes en observación y ambulatorios no respiratorios a la farmacia central y mantener el despacho de medicamentos a pacientes ambulatorios respiratorios en la sede de la farmacia satélite. No obstante, dada la baja producción en esta sede, se acordó no disponer de un farmacéutico para minimizar el desaprovechamiento de este recurso.

La ausencia de un farmacéutico en el despacho de medicamentos en la farmacia satélite de emergencias constituye un riesgo, tanto para el servicio de farmacia, como para los pacientes, en virtud que el suministro de los tratamientos no se realiza bajo la supervisión directa del profesional, a pesar de que se hayan implementado mecanismos para que el farmacéutico efectúe una supervisión mediante el envío de fotografías, el cual además es un proceso no autorizado por la normativa institucional, lo que podría afectar la calidad del servicio que se otorga a los pacientes e incluso propiciar un eventual despacho incorrecto de las prescripciones médicas, además de la responsabilidad que asume el técnico en farmacia al realizar funciones que no le competen.

## 1.2 Del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria.

Se determinaron incumplimientos de la normativa establecida para el funcionamiento del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria (SDMDU), relacionados con la ausencia de revisión del perfil de hospitalización y elaboración de un censo diario de los pacientes; asimismo, se evidenció que la entrega del carro de medicación no lo efectúa el farmacéutico y no se registran datos específicos en la devolución de medicamentos del salón, que detalle la causa, paciente y medicamento.

Las Normas Institucionales de Farmacia para el “Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria (SDMDU) para 24 horas”, noviembre 2009, en el capítulo 10, Requisitos para la implementación del SDMDU, punto 10.7, requerimiento de impresos, indica que la receta para hospitalizados y el perfil de hospitalizados (PH) son los documentos básicos del sistema; sin embargo, también deben utilizarse otros formularios que permitan registrar, controlar y respaldar la realización de los diferentes procesos del SDMDU, entre ellos, censo de pacientes hospitalizados y hoja de devolución de medicamentos de salones de internamiento.

El apartado 10.7.4, censo de pacientes hospitalizados, establece que:

*“Es el registro diario que se utiliza para indicarle a la farmacia en que cama está ubicado cada uno de los pacientes, registrando número de identificación, nombre del paciente y número de cama.”*

Asimismo, en el apartado 10.7.10, hoja de devolución de medicamentos de Salones de Internamiento, se indica:

*“Es el impreso de comunicación entre enfermería y el servicio de farmacia, en el que se indica el o los medicamentos devueltos a la farmacia y las causas que justifican tal devolución.”*

El capítulo 11, Normas de funcionamiento, establece que el farmacéutico encargado del SDMDU es quien realiza la entrega de los tratamientos en el carro de medicación, al personal de enfermería asignado.

El apartado 11.1, del procedimiento de SDMDU, indica:

*“(…) 19. El farmacéutico revisará diariamente el PH impreso para cada paciente para el seguimiento de su farmacoterapia.”*

La Dra. Ruth Ruiz Vásquez, jefe servicio de Farmacia, en conjunto con la Dra. Margarita Barrantes Durán, farmacéutica farmacia satélite segundo piso, indicaron:

*“La entrega se realiza en el salón, por parte de 2 técnicos de farmacia y recibe el enfermero encargado de tratamientos, para lo cual se revisan las recetas de farmacia contra el Kardex de enfermería y se hace entrega de los medicamentos (no se deja el carrito ni el gavetín)  
(…)”*

*No se realiza un censo de pacientes diariamente, sino que se verifica cuando se hace la entrega de los medicamentos de unidosis. Tampoco se revisa de rutina el perfil farmacoterapéutico del paciente, únicamente cuando se presentan dudas o situaciones especiales que ameriten la revisión (...)*

*Los medicamentos no administrados se recogen en el momento de la entrega, sin embargo, no se documenta el nombre, cantidad o paciente, sino que se consolidan todos los fármacos y se resguardan en la farmacia para que en horas de la tarde se separen y cuenten los fármacos y se trasladen hasta la farmacia central, donde se reintegran en el sistema.”*

La ausencia de registros e implementación de actividades propias del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria se constituye en una oportunidad de mejora de la gestión del servicio de farmacia del hospital y se presenta ante un incumplimiento de la normativa técnica definida por la institución para el funcionamiento de esta modalidad de despacho de recetas de hospitalización.

La revisión del perfil de hospitalización (PH) para cada paciente, como la elaboración de un censo diario de pacientes internados, se constituyen en herramientas para el registro, seguimiento y toma de decisiones relacionadas con la evaluación de la terapia individualizada y el control de los procesos administrativos, ya que permite detectar posibles errores de medicación, interacciones, entre otros.

Asimismo, la entrega de los tratamientos por parte del farmacéutico, como la devolución de medicamentos con datos específicos de los pacientes y causas, permite no solo favorecer la seguridad, oportunidad y eficiencia en la distribución de los medicamentos al paciente hospitalizado, sino que permite mayor control de los fármacos y minimiza el riesgo de pérdida y despilfarro de los medicamentos.

### 1.3 De la custodia y control en psicotrópicos y estupefacientes.

Se evidenció la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y supervisión sobre los procesos de resguardo, custodia e inventarios de psicotrópicos y estupefacientes. De acuerdo, con la revisión efectuada se observó que estos medicamentos se encuentran almacenados en 3 estantes (uno de ellos es utilizado para la entrega del día a día y otros dos como bodega para almacenamiento) y se dispone del uso llaves para su resguardo por los farmacéuticos a cargo, sin embargo; de la verificación física efectuada se determina que los estantes no disponen de mecanismos de seguridad robustos que garanticen una adecuada custodia de los medicamentos (imágenes N° 1, 2, y 3).

Imagen 1	Imagen 2
	
<p><b>Psicotrópicos y estupefacientes para entregar día a día</b></p>	<p><b>Estante 1 para resguardo de psicotrópicos y estupefacientes con llave (almacenamiento)</b></p>

**Imagen 3**



**Estante 2 para resguardo de psicotrópicos y estupefacientes con llave (almacenamiento)**

Fuente: Farmacia Central

En la siguiente tabla, se demuestra por tipo de psicotrópico o estupefaciente la cantidad que se despachó durante el periodo del 27 de diciembre 2019 al 09 de noviembre 2020, lo cual demuestra el comportamiento de consumo según cada uno, lo cual interesa en los aspectos de control que se ejecuten.

**Cuadro 1**

**Cantidad de psicotrópicos y estupefacientes despachados en el hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla**  
**Cantidad de medicamentos por código**  
**Periodo del 27 de diciembre 2019 al 09 de noviembre 2020**

Nombre medicamento	Código	Cantidad
Clonazepam 2 mg. Tabletas.	110280340	134480
Lorazepam 2 mg. Tabletas.	110311100	90325
Diazepam 5 mg. Tabletas	110310480	53662
Metadona hidrocloreuro 5 mg. Tableta	110171155	35788
Metilfenidato hidrocloreuro 10 mg. Tabletas	110171160	32644
Fenobarbital 100 mg. Tabletas.	110280730	28290
Morfina sulfato pentahidrato o morfina sulfato anhidra.	110174320	23969
Morfina sulfato 20 mg. Tabletas	110171194	19780
Morfina sulfato 30 mg. Tabletas o cápsulas	110171191	14354
Fentanilo base 0.05 mg/ml	110173860	11737
Fenobarbital 25 mg	110280720	8738
Midazolam 5 mg/ml	110314315	7557
Metadona hidrocloreuro 10 mg	110174268	7391
Clonazepam 2.5 mg/ml	110286460	5469
Diazepam 10 mg. Solución inyectable. Ampolla con 2 ml	110313630	3081
Fenobarbital sódico 50 mg/ml	110283830	226
Morfina sulfato 20 mg/ml	110177215	182
Ketamina base 1 % (10 mg/ml)	110184165	135
Tiopental sódico 500 mg	110184680	45

Fuente: Sistema SIFA, reporte de recetas enviadas al Ministerio de Salud.

Nota: cantidad se considera según presentación de medicamentos sea en cienes o frascos.

De lo anterior, se observa como los fármacos denominados: Clonazepam tabletas, Lorazepam y Diazepam tabletas, muestra una mayor demanda en el periodo en análisis en comparación con los restantes dieciséis, situación que nos permite conocer el comportamiento de consumo para este centro de salud.



#### 1.4 Sobre comportamiento del consumo de psicotrópicos y estupefacientes.

Se evidenció, un comportamiento variable en el consumo de los medicamentos (Metilfenidato hidrocloreto, Fentanilo, Morfina sulfato 20mg tabletas y Clonazepam tabletas y gotas), no obstante; se observó la ausencia de revisiones periódicas del comportamiento del consumo de estos fármacos que permita identificar eventuales riesgos por tendencias atípicas.

En el siguiente cuadro se puede observar los consumos mensuales por psicotrópicos y estupefacientes, en el hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, durante el periodo del 27 de diciembre 2019 al 09 de noviembre 2020:

**Cuadro 2**  
**Cantidad de psicotrópicos y estupefacientes despachados en el hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla según mes**

**Cantidad de medicamentos por código**  
**Periodo del 27 de diciembre 2019 al 09 de noviembre 2020**

Nombre medicamento	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sep-20	oct-20	nov-20	dic-19	Total general
Metadona hidrocloreto 5 mg	3623	3301	3256	3201	3909	3180	3309	3526	3670	3753	930	130	35788
Metilfenidato hidrocloreto 10 mg	3300	5250	3420	2715	3570	2494	2250	3750	2145	2520	690	540	32644
Morfina sulfato 30 mg	1330	1018	1545	1290	1440	1440	1236	1473	1272	1620	180	510	14354
Morfina sulfato 20 mg	1560	2285	1424	1710	1960	2596	1280	2572	2017	1969	407		19780
Fentanilo base 0.05 mg	910	1361	1233	532	1702	1181	1036	682	901	1606	361	232	11737
Metadona hidrocloreto 10 mg	849	461	677	700	612	771	580	993	997	511	0	240	7391
Morfina sulfato pentahidrato	1813	2228	2126	2253	2711	3006	2429	2580	2152	2113	412	146	23969
Morfina sulfato 20 mg	30	8	15	17	10	8	20	18	20	28	8	0	182
Ketamina base 1 %	20	20		22	6	21	1	25		20	0	0	135
Tiopental sódico 500 mg	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	45
Clonazepam 2 mg	14551	12241	13573	12907	13062	12304	13948	11004	12766	14352	1914	1858	134480
Fenobarbital 25 mg	486	633	1094	1267	480	1122	1109	480	870	1100	97	0	8738
Fenobarbital 100 mg	3359	2562	2005	3423	2239	2683	2934	2576	2672	3361	431	45	28290
Fenobarbital sódico 50 mg	0	32	23	53	16	14	61	5	0	10	12	0	226
Clonazepam 2.5 mg/mL	532	556	537	508	525	499	497	455	522	639	127	72	5469
Diazepam 5 mg	5579	4060	4345	5071	5699	5563	5223	5323	6141	5390	311	957	53662
Lorazepam 2 mg	8976	8621	9978	8927	9099	8694	8487	7874	8917	7938	1902	912	90325
Diazepam 10 mg.	263	249	222	278	458	249	308	256	299	357	108	34	3081
Midazolam 5 mg	620	780	824	412	1016	720	550	529	637	1131	197	141	7557
<b>Total general</b>	<b>47801</b>	<b>45666</b>	<b>46297</b>	<b>45286</b>	<b>48559</b>	<b>46545</b>	<b>45258</b>	<b>44121</b>	<b>45998</b>	<b>48418</b>	<b>8087</b>	<b>5817</b>	<b>477853</b>

**Fuente:** Sistema SIFA, reporte de recetas enviadas al Ministerio de Salud.

**Nota:** cantidad se considera según presentación de medicamentos sea en cienes o frascos.

De la lista anterior de medicamentos de la categoría de psicotrópicos y estupefacientes, 4 de ellos (Metilfenidato hidrocloreto, Fentanilo, Morfina 20mg tabletas y Clonazepam tabletas y gotas), presentaban un comportamiento variable en su demanda, y que podría considerarse atípica, situación que merece un análisis que permita identificar causas y con ello medidas que permitan tener un monitoreo de esa variabilidad.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 4 sobre Normas de Control, inciso 4.3- Protección y conservación del patrimonio y 4.4.5 Verificaciones y conciliaciones periódicas- establecen:

*“4.3 El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos (...)*

*4.4.5 La exactitud de los registros sobre activos y pasivos de la institución debe ser comprobada periódicamente mediante las conciliaciones, comprobaciones y otras verificaciones que se definan, incluyendo el cotejo contra documentos fuentes y el recuento físico de activos tales como el mobiliario y equipo, los vehículos, los suministros en bodega u otros, para determinar cualquier diferencia y adoptar las medidas procedentes”.*

Según lo indicado el día 07 de octubre 2021 por la Dra. Doris Maria Brenes Acuña, Jefatura a.i. del Servicio de Farmacia, en cédula de revisión de psicotrópicos y estupefacientes, sobre los controles y análisis a esos medicamentos menciono lo siguiente:

*“...cada funcionario del servicio de Despacho (farmacéuticos) efectúan un inventario a las cantidades de medicamentos, posteriormente, las diferencias evidencias en cada uno de ellos es analizada por el funcionario del tercer turno, el cual determina la posible causa que generó la diferencia y se comunica a la jefatura del servicio, donde se analiza y se efectúa la posible corrección. No obstante, lo anterior, no se documenta la acción realizada para corregir la diferencia.*

*En cuanto a los medicamentos no son almacenados en la bodega, se mantienen en dos estantes (bajo llave) la cual la mantienen los médicos farmacéuticos los cuales llevan el control y registro de lo despachado el funcionario encargado de la misma efectúa inventarios selectivos periódicamente, no obstante, estos los efectúa sin compañía de otro funcionario, los resultados que se tengan no se les efectúa un control cruzado.”*

Los psicotrópicos y estupefacientes deben almacenarse y resguardarse tomándose precauciones especiales de seguridad, aplicándose las buenas prácticas y normativas que rigen esta materia, garantizándose la calidad, conservación y cuidado de estos medicamentos, para la buena prestación de los servicios salud que se brindan a los pacientes.

Una gestión inadecuada de los inventarios de psicotrópicos y estupefacientes podría no permitir como servicio tener claridad en el momento de determinar cualquier diferencia que se pueda presentar durante el desarrollo del proceso sustantivo, situación que podría ocasionar pérdida, extravío o incluso hurto de estos medicamentos.

## **2. SOBRE LA GESTION DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA**

Se determinó que el proceso de atención de Enfermería presenta oportunidades de mejora en lo referente a la gestión de medicamentos. Lo anterior, en cuanto al stock de los medicamentos de uso restringido y las medidas generales de conservación de los medicamentos y sistema de control o inventarios físicos.

Las pruebas efectuadas se realizaron en el servicio de Emergencias y Cirugía de Mujeres.

### **2.1 Servicio de Emergencias**

Se procedió a revisar los carros de emergencias ubicados en: Sala de Observación- Pre- Observación-Cuidado Intermedio-Sala Shock Adultos y se incluyó en la revisión el Carro de Unidosis de la sala de Observación. Sobre la tenencia de medicamentos de uso restringido se obtuvo lo siguiente:

**Cuadro 3**  
**Cantidad de medicamentos de uso restringido en Carros de Emergencia**  
**Servicio de Emergencia, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla**  
**CCSS noviembre 2021**

Nombre de Medicamento	Sala de Observación	Sala de Pre-observación	Sala de Cuidado Intermedio	Sala de Shock Adultos	Totales
Fentanilo	13	-	9	-	22
Morfina	3	2	2	3	10
Midazolam	4	-	7	12	23
Diazepam	5	4	4	4	17

**Fuente:** Revisión física del 30 de noviembre Carros de Emergencia- SEM-HDFEP

Con respecto a la Morfina según el listado de control diario solo había 1 ampolla en existencia, pero se ubicaron 3.

Referente al stock de medicamentos no restringidos se procedió a la revisión de los Carros de Emergencias de las salas de Observación y Cuidado Intermedio, a fin de comprobar la cantidad según la lista de control y se obtuvo lo siguiente:

**Cuadro 4**  
**Cantidad de medicamentos de uso no restringido en Carros de Emergencia**  
**Servicio de Emergencia, sala de Observación**  
**Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla CCSS, noviembre 2021**

SALA DE OBSERVACIÓN		
Nombre de Medicamento	Cantidad Encontrada	Cantidad según Listado de Revisión diaria
Sulfato de Magnesio	10	10
Fenobarbital	10	10
Epinefrina	23	20
Verapamilo	9	6
Propranolol	10	5
Lidocaína	11	5
Naloxona	3	1
Bicarbonato de Sodio	6	10
SALA DE CUIDADO INTERMEDIO		
Dexametasona	8	4
Propranolol	7	5
Epamin	8	10
Atropina	10	10
Hidralazina	6	5

**Fuente:** Revisión física- Carros de Emergencia- SEM-HDFEP del 30-11-021.

Como se puede observar en el caso de los medicamentos Epinefrina, Verapamilo, Propranolol, Lidocaína, y Naloxona las cantidades encontradas, superan las establecidas en el stock de farmacia.

De igual forma, en el caso de la revisión efectuada en el Carro de Emergencias de la sala de Cuidado Intermedio, se encontró mayor cantidad de medicamentos que las autorizadas, por ejemplo: Dexametasona, Propranolol e Hidralazina.

Al respecto; las cantidades de medicamentos en stock se corroboraron con lo descrito en los controles físicos del servicio de Emergencias.

En relación con el Carro de Unidosis ubicado en la Sala de Observación también se mantiene un stock de medicamentos, como se observa en las siguientes fotografías.



**Stock en el Carro de Unidosis - SEM-Observación**

De igual forma, también se localizaron 5 ampollas de Morfina en el compartimento de stock del Carro de Unidosis del área de Observación.

Respecto a otras áreas de stock establecidas para la custodia de medicamentos y de acuerdo con la información facilitada, en la oficina de Supervisión se mantiene un stock de medicamentos para ejercer un mayor control de la custodia de estos, conforme se sustituye el gasto del stock semanal, ya que, por ejemplo; se guardan medicamentos para uso de Cardiología de alto costo económico. Lo anterior, se observa en la siguiente fotografía.



**Stock Oficina Supervisión Enfermería-SEM**

Con respecto a los controles físicos, para cada Carro de Emergencias, se mantiene un folder con hojas impresas "Listado de Revisión Diaria" y otro folder con una hoja de control para anotar el registro de la Morfina, "Control diario de Morfina Carro de Paro". En las diferentes áreas de atención donde hay Carro de Emergencias, se mantiene el mismo tipo de control o revisión, como se observa en las siguientes fotografías.



**Lista control Morfina**



**Lista control medicamentos**



**Lista Control de Morfina ( 30-11-2021)**

Al respecto, se comprobaron inconsistencias en las anotaciones. Por ejemplo; en el “Control diario de Morfina Carro de Paro”, no se observa que se haya efectuado el registro escrito todos los días, así como no coinciden las cantidades (*ejemplo del 30 -11-2021 área de Observación solo había registrada 1 ampolla en existencia, pero se ubicaron 3*).

## 2.2 Servicio de cirugía de mujeres

Se procedió a realizar recorrido de verificación en el Servicio de cirugía de mujeres del hospital, en compañía de la Dra. Johanna Quirós Granados Enfermera Supervisora asignada a ese servicio de atención.

De acuerdo con la revisión efectuada al Carro de Emergencias, se localizan medicamentos de uso restringido: Morfina: 4 ampollas, Diazepam 4 ampollas y Atracurio 3 ampollas. Sobre las medidas de seguridad del Carro de Emergencias se maneja con llave.

En relación con los medicamentos de uso no restringido, se verifica la tenencia de algunos medicamentos en estantería localizada en Cubículo de Preparación de Medicamentos. Asimismo, en el Carro de Unidosis también se dispone de sobrantes de medicamentos como antibióticos. Por otra parte, se comprueba que algunos frascos han sido abiertos y no están rotulados con las fechas de apertura.



Estantería de Cirugía Mujeres



Frascos abiertos sin fecha –



Cirugía de Mujeres

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el punto 1.2 Objetivos del Sistema de Control Interno indican

*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.*

*d. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico. El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad.*

El Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley 7085 y su Reglamento apartado de Condiciones Organizacionales y Ambientales del Enfermero 1 señala:

*Responsabilidad por funciones:*

*(...) Es responsable de su gestión profesional y de la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes, clientes, familia y comunidad, además de asignar el trabajo y controlar el adecuado desarrollo.*

*Responsabilidad por equipo y materiales:*

*(...) Es responsable del cuidado y buen uso del equipo, útiles y materiales y medicamentos que emplea en su trabajo”.*

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia<sup>9</sup> en el apartado 9 Actividades de los Servicios de Farmacia, señala como un “Subproceso de Prestación de Servicios Farmacéuticos”, Procedimiento 01. Gestión del Suministro de Medicamentos y otros Insumos y Actividad 05:

*“Control y Evaluación del proceso de suministro de medicamentos”.*

La misma norma indica en el apartado 9.1.4 “Almacenamiento y Distribución de Medicamentos”:

*“Realizar inventarios periódicos y mantener el debido control sobre la rotación de los medicamentos y otros insumos farmacéuticos”.*

En forma similar, la misma norma indica en el punto 9.1.5 “Información, Control y Evaluación”:

*“Implementar un sistema para el control de consumos, utilización de los medicamentos e insumos farmacéuticos.*

*Coordinar y controlar la realización de inventarios selectivos de los medicamentos en forma periódica, tanto en el Almacén Local de Medicamentos como en el despacho principal, farmacias satélites y stock de medicamentos asignados en los diferentes servicios”.*

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos<sup>10</sup> capítulo 8 “Sistema de Gestión de la Calidad”, punto 8.1 señala:

*“Todas las partes involucradas en el almacenamiento, conservación y la distribución de los productos farmacéuticos deben compartir la responsabilidad, según su nivel de competencia, de la preservación de la calidad y seguridad de los productos adquiridos”*

La Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos 2016 (LOM) en el Capítulo III Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS, apartado III.7.4 Stock de medicamentos, puntos c, d y e indica:

*c. La inclusión de otros medicamentos para un stock de los aprobados por el CCF para Áreas de Salud, EBAIS, Puestos de Visita Periódica y Hospitales, debe ser solicitada al CLF; con su aval se remite la solicitud al CCF para su aprobación y copia al Supervisor Regional de Farmacia.*

*d. Identificada la necesidad de un nuevo stock de medicamentos para un servicio además de los stocks existentes que están aprobados por CCF, o la inclusión de un medicamento (s) deberá realizarse un análisis conjunto con participación de medicina, farmacia y enfermería del centro de salud; en la que se determine si realmente se justifica la necesidad de disponer de un stock, las cantidades responden a la demanda actual y estimada, de manera que sea presentada al CLF. El CLF, analiza la solicitud y emite resolución local con su respectiva recomendación, elevará la misma con su al CCF para su valoración y aprobación final.*

*e. Las Jefaturas de Farmacia y Enfermería en coordinación con el médico, deben establecer el sistema de reposición de stock que mejor responda a la realidad de la Unidad por receta de paciente, reposición por “consumo masivo” o mixto, así como la periodicidad con la que se efectúe la reposición siempre dentro del marco normativo vigente.”*

La Gerencia Médica sobre las medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de Medicamentos a nivel institucional emitió el recordatorio GM-AUDB-21632-2017 del 21 de abril del 2017 en el cual se indica:

*“Esta Gerencia Médica, hace recordatorio de la importancia de establecer las medidas de control que garanticen la custodia, prescripción y dispensación de medicamentos, en los centros a sus cargos, con el fin de garantizar una gestión adecuada en la utilización eficiente de los fármacos a nivel Institucional, a fin de evitar el robo, el uso inadecuado y la eventual afectación del patrimonio institucional y por ende a la salud de los pacientes. Debido a lo anterior, se les solicita implementar las acciones que correspondan para acatar la presente solicitud”.*

En el caso de los medicamentos de uso restringido de acuerdo con la Lista Oficial de Medicamentos<sup>2</sup> se indica:

Medicamento	Actualización	Restricción
Fentanilo: Analgésico, narcótico antagonista	2-07-2019	Uso exclusivo de Anestesiología, Cuidados Intensivos, Médicos especialistas a cargo de pacientes que requieren soporte ventilatorio agudo invasivo, con ventilación mecánica siempre y cuando con las condiciones idóneas para el adecuado manejo de un caso clínico de tal complejidad.
Morfina: Analgésico, narcótico, antagonista	19-7-2019	Se autoriza el despacho para uso domiciliario o extra institucional solamente para pacientes atendidos por el servicio de Hematología, Oncología Médica, Ginecología Oncológica, Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor y Cuidado Paliativo debidamente acreditadas.
Midazolam: Sedante, hipnótico y ansiolítico	22-07-2019	Uso exclusivo de Anestesia, Cuidados Intensivos y médico especialista a cargo de pacientes que requieren soporte ambulatorio agudo invasivo, con ventilación mecánica, siempre y cuando se cuente con las condiciones idóneas. Servicios de Emergencias que se encuentren debidamente certificados por la Dirección Médica y que cuenten con equipo adecuado y personal capacitado para su administración
Atracurio besilato: Relajante Muscular	4-07-2018	Uso exclusivo de Cuidados Intensivos y Anestesiología
Diazepam: Sedante, hipnótico, ansiolítico	19-7-2019	Se autoriza el despacho para uso domiciliario o extra institucional solamente para pacientes atendidos por Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor y Cuidado Paliativo debidamente acreditadas.

El Comité Central de Farmacoterapia en el caso de los medicamentos para Carro de Paro según circular “CCF-1914-10-07 Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia, Medicamentos del Carro de Paro en los Servicios de Emergencias” del 11 de octubre de 2007 para Comités Locales de Farmacoterapia en hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos: Acuerdo Comité Central de Farmacoterapia, Asuntos varios, caso 4: Medicamentos del Carro de Paro en los Servicios de Emergencias en lo que interesa:

*(...) La propuesta de medicamentos para carro de paro a nivel Hospitalario (Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos) es la siguiente, en el entendido de que las cantidades quedan a tutela de la necesidad local y tras una coordinación del servicio asistencial con la farmacia (...)*

De acuerdo con el documento normativo del Servicio de Enfermería “Hoja de recibo y administración de tratamiento, Departamento de Enfermería HDFEP” utilizado por el Profesional de Enfermería a cargo de la gestión y administración de medicamentos se indica dentro de las tareas asignadas cumplir en lo que interesa:

*“Los 10 correctos de la administración de medicamentos, en donde se incluye como punto 9:  
Conservación y temperatura correcta  
Revisión de Carro de Paro cada turno”.*

<sup>2</sup> Lista actualizada en la página oficial de la CCSS

Acerca de las pruebas realizadas la Dra. Magdalena Granados de la Supervisión de Enfermería del servicio de Emergencias indicó<sup>3</sup>: *“(...) en el caso de medicamentos como Morfina se tiene en stock, porque se trata de la oportunidad para el paciente, ya que, si se solicita en el momento a farmacia, esto podría tardar mucho tiempo, y se requiere administrar en forma inmediata. Estos medicamentos de uso restringido se custodian por enfermería hasta que sean administrados. El Profesional de Enfermería a cargo custodía la llave del Carro de Emergencias. En cuanto al stock, enfermería coordina con farmacia para el aumento de cantidades de medicamentos y también para la reposición del stock. Se hace una solicitud formal a Farmacia. En el caso de Farmacia en ocasiones revisan antibióticos sobrantes y otros medicamentos. Enfermería devuelve, pero no hay una hoja definida para este procedimiento, no se lleva un control por escrito (...)”.* Continúa indicando que en Pandemia el procedimiento de reposición del stock se hizo por teléfono por el COVID-19 y ahora a partir de noviembre ya se realiza en forma presencial.

En el caso de Cirugía de Mujeres la Dra. Johanna Quirós Granados Supervisora de Enfermería refiere<sup>4</sup> que algunos medicamentos se encuentran en el stock, por las emergencias para atender en forma oportuna al paciente. Indica que existe un Profesional de Enfermería asignado a la gestión y administración de medicamentos, Unidosis y otros procedimientos y que debe cumplir con la hoja de control de actividades. Sobre la custodia se indica que el Carro de Emergencias permanece con llave y que es custodiada por Enfermería.

Por su parte la Dra. Doris Brenes Acuña, jefatura a.i del Servicio de Farmacia indicó<sup>5</sup>:

“El servicio de Farmacia cada año negocia las cuotas de los diferentes stocks con Medicina y Enfermería. En el caso del servicio de Emergencia cuentan con el aval de disponer de 10 ampollas de Midazolam por semana porque hay médico Emergenciólogo, estas ampollas las custodia la supervisora de área de enfermería; ella las entrega a las enfermeras jefes según la necesidad. En este punto aclaro que no forman parte del carro de paro sino del stock semanal de medicamentos. El fentanilo no es parte del stock semanal ni del carro de paro, este se despacha contra receta por paciente indicado por el especialista autorizado. En el carro de paro cuentan con 2 ampollas de morfina únicamente. Sin embargo, si debiesen verificarse que las cantidades definidas para el Carro de Paro y el stock semanal coincidan con lo autorizado. Referente a medicamentos como Fentanilo y Midazolam es probable que estén allí por la situación que pasó el hospital en donde se tuvo pacientes ventilados en varios servicios de hospitalización por Covid-19, y se estuvieron utilizando en grandes cantidades. Es importante hacer un inventario de los sobrantes y lo que debe estar en el Carro de Paro contra la lista de stock autorizada. En nuestro caso, los viernes se hace el control de los medicamentos que se devuelven, se indica el nombre del medicamento y la cantidad, pero no se lleva estrictamente por servicio que devuelve. En cuanto a los medicamentos de Unidosis orales que llegan separados o “cortados” para cada dosis, se hace muy difícil para nosotros que quede el nombre del medicamento por lo que se rotula bien, si es imposible lograr que se vea la fecha de vencimiento porque ya es por la impresión que trae del laboratorio de producción, en estos casos lo que sobre y que no se lea bien el nombre, debe ser devuelto a la farmacia para que sea descartado, no debería ser acumulado para un “stock”.

Al respecto de las situaciones mencionadas se conoció la nota ALM-20-302 del 3 de noviembre del 2020 de parte del servicio de Farmacia a los Supervisores de Enfermería con el asunto: “Nueva reglamentación para solicitud de stock semanal al Departamento de Farmacia”, en donde se indica que ante algunas situaciones que se han presentado: *“(..) ausencia de inventarios de producto para realizar las solicitudes, devolución de productos ya alistados, correcciones de cuotas hechas a mano (...)” se tomarán una serie de medidas tales como: (...) no se permitirá la devolución de productos ya procesados, ya que para eso cada servicio debe de revisar sus existencias antes de realizar la solicitud, ninguna corrección hecha a mano tanto de producto nuevo como de cuota establecida, tendrá efecto, en estos casos se debe establecer la solicitud formal por medio de una justificación (oficio) a la jefatura de farmacia (...)”.*

<sup>3</sup> Cédula de trabajo del 30-11-2021

<sup>4</sup> Cédula de trabajo del 30-11-2021

<sup>5</sup> Reunión mediante plataforma TEAMS el 8-12-2021



Las situaciones evidenciadas en la gestión de medicamentos obedecen a debilidades en el control interno, a nivel de coordinación entre disciplinas y del proceso de supervisión. Las jefaturas de enfermería a cargo de los servicios de atención requieren verificar en forma periódica que los controles establecidos para la gestión de medicamentos se implementen, sobre todo considerando que se dispone de un funcionario asignado en forma específica a medicamentos, por turno.

Lo anterior ocasiona que hábitos y costumbres de trabajo que no se encuentran alineados a las normas técnicas institucionales, no se corrijan de forma efectiva. De esta forma, se refleja la necesidad del personal de interiorizar las normas técnicas de conservación y almacenamiento de productos farmacéuticos, así como en lo referente a lo estipulado en el tema de stock de medicamentos.

Es importante analizar que el sistema de Unidosis implementado racionaliza la distribución de la terapia farmacológica, y se constituye en un componente de calidad que minimiza el tamaño de los inventarios, disminuye el despilfarro por pérdida, deterioro, vencimiento y recuperación de medicamentos no aplicados, lo que a su vez facilita obtener un detalle más exacto de los gastos por medicamento administrado.

Desde esta perspectiva, no se justifica la tenencia de medicamentos que podrían ser catalogados como “sobrantes” de tratamientos anteriores, ya sea por suspensiones de tratamiento, por egreso del paciente o cualquier otra causa.

Considera esta Auditoría, que es importante señalar, en el caso particular de los psicotrópicos y estupefacientes, siendo conocido su uso restringido y que pueden ser sustraídos para venta o consumo particular, las omisiones en el proceso de devolución o en su defecto en la custodia de estos, no solo generan un riesgo para la salud de cualquier persona para un uso indebido, sino que colocan a la institución ante una posible afectación de su patrimonio institucional.

### **3. SOBRE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE FARMACIA**




En inspección ocular realizada por esta Auditoría en el servicio de Farmacia del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, en conjunto con la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, se evidenció que el espacio destinado para la farmacia Central y la bodega para el almacenamiento de los medicamentos es insuficiente.

De acuerdo con lo indagado, se evidenció la existencia de dos proyectos que no han logrado ejecutarse debido a la pandemia por la COVID-19, específicamente en la bodega, asimismo se indicó que anteriormente se había entregado un perfil de proyecto a la administración sobre la remodelación de la farmacia central, no obstante, la administración no aportó evidencia de dicho aspecto.

#### **3.1 Farmacia Central**

Se evidenció que el espacio asignado a la preparación de medicamentos no cumple con las condiciones óptimas para el flujo y movimiento de trabajo, en lo que respecta al área de empaque se observa insuficiencia de espacio, asimismo; no se disponen de área para preempaque (el funcionario responsable se ubica en un espacio que tiene una pequeña mesa para realizar este proceso).

Lo indicado se puede observar en las siguientes imágenes:





<b>Imagen 4</b>	<b>Imagen 5</b>
	
<b>Área de Empaque</b>	<b>Personal alistando medicamentos</b>
<b>Imagen 6</b>	
	
<b>Estante de medicamentos rotulados y acomodados</b>	

Fuente: Farmacia Central

### 3.2 Almacén Local (bodega de medicamentos)

Se evidenció que el espacio utilizado para el resguardo de los medicamentos no posee las condiciones adecuadas (en lo relacionado a las soluciones parenterales ‘todos los lunes se desplazan hasta el almacén general para retirarlas’, el espacio que tienen únicamente sirve para almacenar un stock de una semana y lo que se despachara en la semana correspondiente), además se comprobó que los medicamentos se encuentran ubicados en estanterías que no cumplen según la norma institucional (los mismos se encuentran enlazados por barras metálicas) y no empotrados, lo que no brinda seguridad en caso de siniestros y así evitar daños y/o pérdidas de los insumos.

<b>Imagen 7</b>	<b>Imagen 8</b>
	
<b>Espacio para recepción de los medicamentos</b>	<b>Espacio donde se ubican los sueros</b>

<p align="center"><b>Imagen 9</b></p> 	<p align="center"><b>Imagen 10</b></p> 
<p align="center"><b>Congelador Ultrabaja temperatura COVID-19</b></p>	<p align="center"><b>Refrigeradora de vacunas</b></p>
<p align="center"><b>Imagen 11</b></p> 	<p align="center"><b>Imagen 12</b></p> 
<p align="center"><b>Estantería de medicamentos</b></p>	<p align="center"><b>Medicamentos rotulados</b></p>

Fuente: Almacén Local

De lo anterior, se puede indicar que en estos momentos el hospital se encuentra tramitando un proyecto para el alquiler de un edificio que albergará la Proveeduría de este centro hospitalario, según gestiones realizadas y tomando en consideración la falta de espacio, se les brindará un espacio que reunirá todas las condiciones necesarias para el almacenamiento de sueros, según lo indicado (oficio ALM-20-297 de fecha 16 de julio 2020).

Este servicio ha presentado 2 proyectos: cuarto frío y racks para la colocación de los medicamentos, los cuales hasta la fecha no han generado resultados satisfactorios (según oficios ALM-20-290 del 23 de abril 2020 y ALM-21-317 del 03 de febrero 2021), sin que a la fecha del presente informe exista un avance en la planificación y/o puesta en marcha del proyecto, situación que se desarrollaría con los recursos y criterios técnicos del Área de Ingeniería y Mantenimiento del establecimiento de salud.

El Manual de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos en los Servicios de Farmacia, en el apartado 3.2 Áreas de Almacenamiento, señala:

*“3.2.3. La ubicación, diseño y dimensiones de las áreas de bodega, preconteo, despacho y otras, deben estar acordes al volumen de operaciones y a la cantidad y clase de productos que se manejan, para garantizar la adecuada conservación de los medicamentos, seguridad y óptima utilización del espacio, cumpliendo con la normativa del país”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 4 sobre Normas de Control, inciso 4.3- Protección y conservación del patrimonio- establece:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos (...)”*

En entrevista efectuada a la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, Jefatura de Farmacia, se le consultó sobre esta situación, indicando lo siguiente:

*“Proyecto que se incluyó en el 2017, no dio resultados positivos. Cuando se presentó la pandemia se redujeron los presupuestos. El proyecto mencionado no siguió escalando debido a que no aparece y se debe volver a elaborar iniciando de cero para presentarlo...Me ayuden con el espacio físico de despacho y bodega, ver como se mejoran las condiciones laborales de los funcionarios, darles las condiciones mínimas para trabajar”.*

Lo evidenciado se ha visto afectado desde que se presentó la pandemia por COVID-19, pero además por debilidades en cuanto a la gestión de los actores que intervienen en los diferentes procesos que están involucrados en el desarrollo de los proyectos, así como de la custodia y control de los medicamentos y en específico los psicotrópicos y estupefacientes.

Estas situaciones, además del incumplimiento de la normativa que rige esta materia, podría generar incidentes o accidentes laborales por ser lugares de almacenamiento catalogadas como zonas de mediano a alto riesgo. Asimismo, se incrementaría el riesgo de pérdida o uso indebido de los medicamentos que se resguardan en el despacho y almacén local.

#### **4. SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECETA FÍSICA EN LA CONSULTA MEDICINA GENERAL (EBÁIS)**

Se determinó que este centro hospitalario implementó el uso de la receta electrónica desde el 14 de enero 2019, no obstante, a la fecha de este estudio se evidenció la utilización de la receta física por parte de los médicos generales que atienden la consulta de medicina general y que corresponde a 6 EBÁIS.

Un aspecto importante de recalcar es que todas las especialidades médicas de este hospital disponen de la receta electrónica.

De acuerdo con lo establecido la receta electrónica funciona de la siguiente manera:

1. El personal de salud ingresa la receta en su expediente digital y la solicitud se envía a la farmacia.
2. Los pacientes reciben un comprobante para retirar sus medicamentos; ya no debe de hacer fila para entregar su receta.
3. Si le recetan medicamentos para meses posteriores le entregarán un comprobante para su retiro.

Por otra parte, esta Auditoría tuvo conocimiento según el cronograma de actividades del portafolio de proyectos que se encuentra en el Fideicomiso Inmobiliario CCSS/BCR, que el Área de Salud de Pérez Zeledón se estaría iniciando en el tercer trimestre del 2025, por lo tanto, está situación seguiría generando la utilización de la receta física por un periodo aproximado de 45 meses más en este centro hospitalario, en virtud que los médicos prescriptores están adscritos al Área de Salud de Pérez Zeledón, no obstante la receta física se despacha en la farmacia del hospital

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

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

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

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

En relación con lo anterior la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, Jefatura de Farmacia, mediante correo electrónico del 10 de mayo 2021, solicitó a la Dra. Paola Morales Aguilar, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Área de Regulación y Sistematización que se le indicará el procedimiento para trabajar con la receta electrónica de la consulta externa (específicamente los 6 Ebáis) de lo cual comunicó lo siguiente:

*“En cuanto a medicina general, ¿el hospital continúa brindando consulta de EBAIS?, ya que es importante que, si fuese afirmativo que la consulta externa no se puede sectorizar. Actualmente contamos con algunos hospitales que tienen esta misma modalidad, que no se ha podido activar medicina general con receta electrónica.*

*Si fuese que ya no brindan consulta externa de EBAIS, podríamos continuar con la revisión a nivel central para la posible activación de la receta electrónica”.*

Es fundamental para toda la población se continúen brindando los diferentes beneficios que ofrece la receta electrónica, ya que, con esta sistematización del proceso, se busca reducir la posibilidad de errores de digitación y transcripción de la receta, eliminar los contratiempos por ilegibilidad de las recetas copias, evitar que los médicos deban transcribir dosis, indicaciones y nombres de medicamentos. Así mismo, se acelera el proceso de ingreso de las recetas del consultorio a la farmacia y aumenta la seguridad, seguimiento y calidad de la información entre sistemas relacionados a la farmacoterapia del paciente, con la finalidad de velar por la adecuada prestación de los servicios de salud.

## 5. SOBRE EL CUMPLIMIENTO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA SUPERVISIÓN REGIONAL

La Auditoría Interna verificó que la Supervisión Regional de Farmacia ha señalado debilidades reiteradas en la gestión técnico-administrativa del servicio de Farmacia del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, de lo cual en diversos aspectos son congruentes con los hallazgos evidenciados en el presente estudio, sin embargo, no se han desarrollado las acciones que se consideren pertinentes para realizar los aspectos de mejora respectivos.

Mediante oficio DRSS-DRIPSSB-2075-2021 del 27 de julio 2021, el Dr. Junior Moya Gómez, Supervisor Regional de Farmacia, informó a la Dra. Daniela León Bruno, Asistente Médico II Nivel, ambos de funcionarios de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, sobre los resultados de la supervisión realiza a la farmacia del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, de lo cual se citó lo siguiente:

- Mejorar instalaciones disponibles en el despacho principal del servicio de farmacia. El personal requerido para llevar a cabo el proceso de despacho de recetas en las áreas de acopio y revisión está hacinado, lo que afecta la movilidad y productividad, lo que también repercute en reprocesos, aumento en tiempos de espera y posibles errores de dispensación.
- Completar la implementación de receta electrónica en la totalidad de servicios con producción en cubos.
- Mejorar capacidad de almacenamiento de medicamentos termolábiles. Sabemos que existen limitaciones presupuestarias derivadas de la pandemia, pero prevalecen las contrataciones que mejoren la calidad de la atención a los usuarios.
- Almacenamiento de sueros utilizados para realizar diálisis peritoneal. La cantidad de casos ha aumentado, los pacientes utilizan gran cantidad de bolsas, aparte del almacén local existen varios lugares en el hospital donde se almacenan estos sueros. A nivel nacional está previsto que estos sueros se suministren por medio de la Proveeduría.
- Despacho de medicamentos sin utilizar pre-empaque. Esta práctica facilita labores posteriores del proceso de acopio y etiquetado.
- Solicitud de resultados y seguimiento de acciones derivadas de investigación por presunta sustracción de medicamentos.

- Porcentaje de pacientes a los que el farmacéutico dispensa los medicamentos en la atención ambulatoria es bajo. Se puede implementar con medicamentos adquiridos por compra directa. Esta acción debe retomarse dada las dificultades actuales para realizar Consulta de Atención Farmacéutica.
- Falta cálculo de porcentaje de medicamentos que se vencen semestralmente en el despacho y en el almacén local de medicamentos (Estándar:  $\leq 1$ ). De igual forma la evidencia del estudio técnico-económico anual de las causas del vencimiento de los medicamentos y de sus costos en el establecimiento farmacéutico (despacho y almacén local).
- Evidencia de las acciones tendientes a mitigar los errores de medicación detectados en el proceso de despacho de las recetas de medicamentos de atención ambulatoria.
- Falta evidencia de la toma, registro, análisis y acciones correctivas derivadas de la toma de los tiempos entre actividades, de conformidad con la Circular CNSF-0071-02-13. Para el caso de receta electrónica análisis de los tiempos ingreso de la receta, generación en SIFA, acopio, revisión final y colocación estante. También pueden utilizar procedimiento descrito en oficio CNSF 0092-03-13. Esto le servirá para medir tiempo efectivo y no efectivo empleado en las diferentes etapas de proceso de despacho y evitar atrasos innecesarios.
- Aumentar frecuencia de rutinas de supervisión a farmacia satélite y despacho de recetas de emergencias”.

Situación que se reitera según lo dado a conocer a esta Auditoría Interna, en oficio DRSS-DRIPSSB-3532-2021 del 10 de noviembre de 2021, suscrito por Dr. Junior Moya Gómez, Supervisor Regional de Farmacia, y donde informó al Dr. Franklin Adrián Víquez Vargas, Asistente Médico II Nivel, ambos de funcionarios de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, sobre los resultados de la supervisión de los hallazgos realizada a la farmacia del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, donde se revisan los planes de mejora relacionados con la gestión técnico-administrativa y técnico-clínico del Servicio de Farmacia derivados de visita de supervisión anteriores en los periodos 2019-2020. De ello, se brinda un nuevo plazo para atender lo señalado a enero 2022.

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, sobre las actividades inherentes a la conducción y dirección estratégica de los servicios de Farmacia, señala:

*“Vigilar el cumplimiento de la normativa nacional e institucional en materia de medicamentos y servicios farmacéuticos, mediante la evaluación periódica de la gestión y un adecuado sistema de monitorización y seguimiento.*

*Supervisar las actividades realizadas por las unidades que conforman el Servicio de Farmacia, con base en los procedimientos y las instrucciones de trabajo establecidas, con la finalidad de promover la efectividad en la prestación de los servicios farmacéuticos, que permitan la elaboración e implementación de los respectivos planes de mejora”.*

La Ley General de Control Interno, artículo 8 señala:

*“Concepto de sistema de control interno. Para efectos de esta Ley, se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos: (...). a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal...c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*

Además, el artículo 12, señala:

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

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

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

En oficio DMHEP-JF-229-2021 del 07 de setiembre del 2021, la Dra. Ruth Ruiz Vásquez, Jefatura de Farmacia, informó a la Dra. Joicy Solís Castro, director médico, Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla lo siguiente:

*“En seguimiento al oficio DRSS-DRIPSSB-2075-2021, Informe de hallazgos evidenciados en el proceso de supervisión virtual realizada al Servicio de Farmacia del Hospital Fernando Escalante Pradilla, detallo:*

*1. Mejorar instalaciones disponibles en el despacho principal del servicio de farmacia: 1.1. Mediante oficio ALM-20-290 del 23 de abril del 2020 se solicitó la instalación de un cuarto frío para mejorar la capacidad de almacenamiento de medicamentos termolábiles. El Dr. Arguello, director médico a.i. trasladó oficio DRIPSSB-HEP-1445-2020, a la administración del hospital con las recomendaciones dadas por el Dr. Moya, Supervisor Regional. Por motivos de pandemia no se pudo contar con el mismo, aun cuando se tenía el visto bueno de Dirección y Administración.*

*1.2. En el presupuesto 2020 fueron aprobados los racks para bodega y despacho sin embargo con el inicio de la pandemia se desviaron los fondos para atender la emergencia nacional. Para este año 2021 nuevamente fueron autorizados los fondos, pero por un problema de homologación de códigos no fue factible realizar la compra del mismo.*

*1.3. Se remodeló el espacio físico de la farmacia satélite: se instalaron muebles aéreos, se mejoró la iluminación, se colocó una puerta de acceso corrediza y nuevas estaciones de digitación entre otros puntos.*

*1.4. En la farmacia central: se ampliaron las estanterías en el área de entrega de medicamentos con la finalidad de disponer de mayor espacio para acomodar los paquetes de tratamientos del día como de días anteriores, tratamientos correspondientes a las diferentes áreas de la Región Brunca, así como muebles con llavines para resguardar medicamentos de compra.*

*Sin embargo, las ventanillas de atención al público se confunden con las de laboratorio, el espacio físico destinado para la preparación, área de revisión y empaque de recetas es insuficiente. No se cuenta con un espacio adecuado para realizar pre-empaque.*

*En el año 2017 se presentó un proyecto de remodelación, tanto a la dirección como Administración, en el cual se pretendía aumentar el espacio físico y redistribuir las diferentes áreas del mismo el cual fue aceptado y se nos indicó que pasaría al folder de proyectos a la espera de los fondos.*

*2. Completar la implementación de receta electrónica en la totalidad de servicios con producción en cubos:*

*El 10 de mayo del año en curso se elevó la consulta a la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos sobre el procedimiento a seguir para iniciar con el sistema de receta electrónica en la consulta externa de medicina general de nuestro centro hospitalario, no obstante, la respuesta brindada por la Coordinación es que no se puede realizar el proceso debido a que somos una unidad que aún contamos con EBAIS dentro de la consulta externa. Por tanto, no es factible sectorizar la consulta externa.*

*La Clínica de cuidados paliativos si cuenta con receta electrónica. Con respecto a la clínica del dolor, clínica de mama y clínica de adolescentes, en consulta realizada por correo electrónico en septiembre del 2020 a la Coordinación se indica que están a la espera de activarse la receta electrónica de estos servicios ya que en el SIES no cuentan con servicio contable asociado.*

*3. Mejorar capacidad de almacenamiento de medicamentos termolábiles:*

*El Cuarto Frio es una necesidad dado que la capacidad de almacenamiento de productos termolábiles se encuentra al límite, en promedio se almacenan medicamentos con un costo promedio mensual de 60 millones de colones este proyecto se solicitó en abril del 2020 según oficio ALM-20-290.*

*4. Almacenamiento de sueros utilizados para realizar diálisis:*

*Con respecto a los sueros de diálisis se adjunta oficio ALM-20-297 del 16 de julio del 2020 donde se solicita un espacio de 150 metros cuadrados, en el área física donde será reubicada la Proveeduría de nuestra unidad, para el almacenaje de sueros. También se adjunta oficio DRIPSSB-HEP-1445-2020 donde el Dr. Arguello, director médico a.i. traslada las recomendaciones dadas por el Dr. Moya a la Administración del hospital. A nivel nacional está previsto que estos sueros se suministren por medio de la proveeduría.*

*5. Pre-empaque de medicamentos:*

*En horario diurno se destina una persona al pre-empaque de medicamentos, sin embargo, por el alto volumen de trabajo, no es suficiente para cumplir con lo establecido en el instrumento de supervisión. En aras de mejorar y aumentar el número de líneas de medicamentos pre-empacados desde el mes de setiembre del 2020 se asignó al técnico del tercer turno el pre-empaque de medicamentos.*

*6. Información sobre el resultado de la investigación preliminar realizada al Señor Marco Vinicio Mora:*

*El caso del Señor Marco Vinicio Mora se encuentra en la Comisión de Relaciones Laborales.*

*7. Porcentaje de pacientes a quien el farmacéutico dispensa los medicamentos en la atención ambulatoria:*

*Con respecto a la dispensación de medicamentos de compra para garantizar su uso adecuado, a partir del mes de setiembre se pondrá en práctica un plan piloto en el cual se dará una primera atención a todos los protocolos de compra autorizados el mes anterior brindando una explicación de la utilización del medicamento, dosis, reacciones adversas, recomendaciones y almacenamiento.*

*8. Estudio técnico económico: Ver anexo 1.*

*9. Evidencias de las acciones tendientes a mitigar los errores de medicación detectados en el proceso de despacho de las recetas de medicamentos de atención:*

*Entre las acciones que se han implementado para mitigar los errores de medicación se mejoró las descripciones de las etiquetas de los medicamentos en SIFA, pizarras informativas con respecto a cambios de presentaciones, fuerza, etc. Ver anexo 2*



10. Falta evidencia de la toma, registro, análisis y acciones correctivas derivadas de la toma de los tiempos entre actividades: Se envía oficio DMHEP-JF-212-2021 con fecha 24 de agosto de 2021 solicitando la colaboración del Dr. Moya Supervisor Regional para aplicar el instrumento establecido en la circular CNSF-0071-02-13 para establecer el tiempo de preparación (desde la recepción hasta la colocación en estantería lista para entrega) de los medicamentos.

11. Aumentar frecuencia de rutinas de supervisión a farmacia satélite y despacho de recetas de emergencias: Las supervisiones a farmacias satélites se realizarán cada 4 meses con la aplicación de instrumento establecido.”

Las debilidades evidenciadas en el cumplimiento de recomendaciones de la Supervisión Regional de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, se deben a factores externos que intervienen dentro de la gestión del servicio de Farmacia, y que pueden contravenir en el óptimo funcionamiento de esta en la prestación de servicio a los pacientes de ese nosocomio, así como afectar los intereses institucionales en cuanto al cumplimiento normativo y de control para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitieron determinar la necesidad de adoptar acciones concretas y efectivas que permitan mejorar la gestión, control y custodia, así como la insuficiencia de espacio en el despacho de la farmacia central y en el almacén local de medicamentos, donde se almacenan, resguardan y custodian una gran cantidad de fármacos.

La farmacia satélite de emergencias efectúa el despacho de medicamentos, sin la presencia de un farmacéutico en esta sede, situación que implica un riesgo en este proceso técnico y evidencia además un incumplimiento a la normativa institucional y nacional definida para el funcionamiento de una farmacia.

La ausencia de la implementación de actividades para el funcionamiento del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria, relacionadas con la revisión del perfil de hospitalización y elaboración del censo diariamente de los pacientes hospitalizados, así como entrega del carro de medicación por el farmacéutico y control en la devolución de fármacos de los salones, que podrían afectar la calidad en la prestación de los servicios farmacéuticos a los pacientes hospitalizados.

Las debilidades señaladas no permiten garantizar optimización de los espacios, resguardo, custodia, y almacenamiento adecuado de los medicamentos en el despacho y en el almacén local, así como la seguridad dentro de las funciones diarias del personal; además podrían presentarse situaciones anómalas en el momento de efectuar el empaque de los medicamentos generándose consecuencias de error que podrían afectar a los usuarios.

Si bien es cierto, se han realizado esfuerzos para cumplir con las recomendaciones de la Supervisión Regional, aún existen aspectos que deben ser corregidos, siendo de suma importancia que la Jefatura de Farmacia ejerza una mayor supervisión y monitoreo de las actividades.

Es fundamental para un servicio de Farmacia el establecimiento de mejoras que permitan garantizar una mayor eficiencia y eficacia en la atención de los procesos sustantivos.

Es de relevancia para la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos se avance de manera oportuna y ágil con la implementación de la receta electrónica en todas las atenciones que brinda la institución, a octubre 2021 se tienen con receta electrónica 102 Áreas de Salud con su equivalente a un 97 % y 940 Ebáis lo que representa un 88 %.

## RECOMENDACIONES

### **A LA DRA. JOICY SOLÍS CASTRO, DIRECTORA GENERAL, HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO:**

1. De conformidad con el hallazgo 4 del presente informe, realizar las acciones administrativas pertinentes, con el comité de usuarios del Sistema Integrado de Identificación Agendas y Citas para que los médicos generales que atienden la consulta de medicina general que se encuentran dentro de las instalaciones se les puedan ligar las agendas médicas a este centro hospitalario, con la finalidad de que se pueda implementar en su totalidad la receta electrónica tomando en consideración que la receta se encuentra ligada a la agenda médica, mientras se finaliza con el proyecto del Área de Salud de Pérez Zeledón.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, debe remitirse a esta Auditoría en el plazo de 6 meses a partir del recibo del presente informe, las acciones señaladas con el propósito de implementar en su totalidad la receta electrónica en ese establecimiento de salud.

### **A LA DRA. RUTH RUIZ VASQUEZ, JEFATURA DE FARMACIA, HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO:**

2. En virtud de lo evidenciado en el hallazgo 1.1, con respecto al funcionamiento de la farmacia satélite de emergencias sin que se disponga de un farmacéutico en esta sede, efectuar un análisis de las posibles soluciones para subsanar este incumplimiento, de manera que se favorezca el aprovechamiento de los recursos disponibles, se evite la contaminación cruzada con pacientes sintomáticos respiratorios y se cumpla con la normativa para el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos en la institución.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá entregar a esta auditoría evidencia de los cambios realizados para el cumplimiento de la normativa. Plazo de cumplimiento: 4 meses.

3. De conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 1.2, relacionado con el funcionamiento del Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria (SDMDU), implementar las actividades que correspondan para cumplir con la normativa técnica establecida por la institución para estos efectos, que permita fortalecer la prestación de los servicios farmacéuticos a los pacientes hospitalizados.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá entregar a esta auditoría evidencia de la implementación de las actividades. Plazo de cumplimiento: 3 meses.

4. De conformidad con el hallazgo 3 del presente informe y considerando todo lo suscitado con los proyectos presentados de ese servicio y que no fueron posible atender en períodos anteriores y que por su naturaleza son esenciales para mejorar la capacidad instalada e infraestructura, llevar a cabo un análisis y valoración para determinar la procedencia de reprogramar en las matrices de ese centro hospitalario (portafolio local, presentación de necesidades), los proyectos del cuarto frío y racks para el Almacén Local de medicamentos y ampliación y remodelación de la Farmacia Central.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se debe remitir a esta Auditoría el análisis realizado y copia de la matriz de proyectos que contemple la inclusión de aquellos pendientes de períodos anteriores. Plazo 6 meses a partir del recibo del presente informe.

- De conformidad con el hallazgo 5 del presente informe, realizar un plan de mejora que permita atender todos los aspectos señalados por la Supervisión Regional de Farmacia efectuada el 30 de junio 2021.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se debe remitir a esta Auditoría copia del plan de mejora efectuado, con los responsables de atender cada punto y con los tiempos establecidos para cumplirlos. Plazo 6 meses a partir del recibo del presente informe.

- De conformidad con el hallazgo 1.3, de la custodia y control en psicotrópicos y estupefacientes, realizar las acciones que se consideren pertinentes para poseer el resguardo de estos medicamentos en condiciones que brinden una mayor seguridad, con el fin de que se garantice una adecuada protección ante eventuales robos o sustracciones indebidas de dichos medicamentos.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se debe remitir a esta Auditoría constancia de las acciones que se consideraron para el resguardo de esos medicamentos. Plazo 6 meses a partir del recibo del presente informe.

- De conformidad con el hallazgo 1.4 sobre el comportamiento del consumo de psicotrópicos y estupefacientes, se implementen las medidas control y supervisión que permitan verificar la información que se desprende de los comportamientos en la demanda por parte de los servicios, para prevenir o alertar de algún posible riesgo o usos indebidos.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se debe remitir a esta Auditoría constancia de los mecanismos de control adoptados. Plazo 6 meses a partir del recibo del presente informe.

**A LA DRA. MARJORIE VALVERDE ESQUIVEL DIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA O A QUIÉN OCUPE SU CARGO**

- De conformidad con el hallazgo 2, referente a la gestión de medicamentos, se elabore un plan de aseguramiento de la calidad que contemple el refrescamiento y la supervisión de los lineamientos técnicos vigentes en cuanto a: inventarios y cadena de custodia de productos farmacéuticos, normas de conservación y almacenamiento de medicamentos, sistema de Unidosis y lineamientos para la tenencia de medicamentos de uso restringido.

La Dirección General del centro médico deberá aprobar y brindar seguimiento mediante la solicitud de informes trimestrales del avance y cumplimiento al plan de atención implementado.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se debe remitir a esta Auditoría la aprobación por parte de la Dirección Médica, del Programa de Aseguramiento de la Calidad acerca de la gestión de medicamentos y de los avances en la implementación de este. Plazo de atención: 6 meses a partir del recibo de este informe.

**COMENTARIO DEL INFORME**

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro social, los resultados del presente informe fueron comentados el 14 de diciembre 2021 con funcionarios del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla; Dra. Joicy Solís Castro, directora general, Dra. Marjorie Valverde Esquivel, directora de Enfermería y Dra. Doris Brenes Acuña, jefatura a.i. Servicio Farmacia, quienes señalaron:

**RECOMENDACIÓN 1:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**RECOMENDACIÓN 2:**

La Dra. Doris Brenes Acuña, solicita ampliar el plazo de esta recomendación a 4 meses.

**Criterio de la Auditoría:**

Analizada la observación señalada por la Administración Activa, considerando que lo solicitado no cambia el objeto de lo recomendado, este Órgano de Fiscalización resuelve atender lo requerido para la recomendación 2, razón por la cual se modifica el plazo para la atención de la recomendación de 3 a 4 meses.

**RECOMENDACIÓN 3:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**RECOMENDACIÓN 4:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**RECOMENDACIÓN 5:**

La Dra. Doris Brenes Acuña, solicita ampliar el plazo de esta recomendación a 6 meses.

**Criterio de la Auditoría:**

Analizada la observación señalada por la Administración Activa, considerando que lo solicitado no cambia el objeto de lo recomendado, este Órgano de Fiscalización resuelve atender lo requerido para la recomendación 5, razón por la cual se modifica el plazo para la atención de la recomendación de 3 a 6 meses.

**RECOMENDACIÓN 6:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**RECOMENDACIÓN 7:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**RECOMENDACIÓN 8:**

No se tienen observaciones.

**Criterio de la Auditoría:**

No hay comentarios.

**ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA**

Licda. Neryeth Cedeño Martínez  
**Asistente de Auditoría**

Lic. Noriel Carlos Pérez Montero  
**Asistente de Auditoría**

Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe  
**Área**

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías, jefe  
**Subárea**

EAM/RMJM/NCM/NPM/lbc