



AGO-189-2017
12-12-2017

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al plan anual operativo del Área de Auditoría de Gestión Operativa de la Auditoría Interna, con el fin de evaluar la gestión administrativa de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

El Servicio de Farmacia presenta aspectos de control en áreas relacionadas con metas, atenciones farmacéuticas, indicadores sobre cupones de recetas y despacho para servicios internos, tiempos para el despacho de recetas; así como el comportamiento de la cantidad de medicamentos no retirados, con el consecuente riesgo para el paciente de no recibir de manera oportuna el tratamiento indicado.

Sobre la gestión del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, este registra un ausentismo del 22% (1320 de 5904), siendo los distritos de San Antonio, IPIS y San Isidro los casos más críticos. En lo referente a listas de espera, en rayos x y ultrasonidos, de los 1110 casos pendientes en lista de espera, la especialidad de ultrasonidos representa el mayor número de citas y plazos más extensos, debiendo tener en cuenta que los registros presentan inconsistencias y carecen de depuración.

El Servicio de Laboratorio Clínico cumplió de manera razonable las metas programadas para el primer semestre de 2017 en exámenes de urgencias y de apoyo a la red, pero no se planifican metas sobre tiempos de espera para exámenes urgentes, se carece de indicadores sobre control de horarios de trabajo y los sitios donde se almacenan los insumos no brindan una garantía razonable de control de ingreso, con el consecuente riesgo de sustracción de los bienes y una afectación patrimonial.

En virtud de lo expuesto, este órgano de fiscalización institucional ha formulado recomendaciones a la Dirección Médica del Área de Salud Coronado para que, en coordinación con las Jefaturas, adopten acciones concretas para mejorar la gestión administrativa, de los Servicios de Apoyo diagnóstico y tratamiento, desarrollada en esta unidad ejecutora.



ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARACTER ESPECIAL SOBRE EVALUACIÓN INTEGRAL EN EL ÁREA DE SALUD DE CORONADO, TEMA: SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, U.E. 2217

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2017 del Área de Gestión Operativa, en el apartado de actividades programadas.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa desarrollada en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas del Área de Salud Coronado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento de metas y mecanismos de control asociados a las actividades sustantivas de los servicios evaluados.
- Determinar la disposición de permisos de funcionamiento para los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento considerados en el presente estudio.

ALCANCE

El estudio consistió en evaluar la gestión administrativa desarrollada en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas del Área de Salud Coronado, para lo cual se utilizó el período comprendido de enero-junio, 2017, ampliándose en los casos que se consideró necesario.

La evaluación se realizó de conformidad con lo dispuesto en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.

METODOLOGÍA

Para atender los objetivos establecidos en el estudio, se realizaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Aplicación de cuestionario de control interno a los siguientes funcionarios del Área de Salud de Coronado:
 - Dra. Leslie Carazo Chanto, Directora de Laboratorio Clínico.
 - Dra. Maricel Gómez García, Jefe Servicio de Farmacia.



ESTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL AUDITORIA INTERNA

- Dra. Hilda Oreamuno Ramos, Coordinadora Servicio Radiología e Imágenes Médicas.

- Revisión de los siguientes documentos:
 - Programación de metas 2017.
 - Informe estadístico mensual.
 - Cuadros estadísticos número 31, 32, 33, 34 y 36.
 - Certificados de habilitación y funcionamiento del Ministerio de Salud, permisos de operación y regencia.
 - Informes de supervisión de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, Centro de Investigación en ciencias atómicas, nucleares y moleculares, Universidad de Costa Rica y Área de control de calidad y protección radiológica.
 - Certificado de funcionamiento de equipos, reporte mantenimiento de equipos.
 - Lista de espera Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.
 - Informe de dosimetría del personal.

- Aplicación pruebas de inventario de medicamentos en Almacén Local y área de estupefacientes y psicotrópicos, Servicio de Farmacia.

MARCO NORMATIVO

- Ley general de control Interno, Nº 8292, del 31 de julio de 2002.
- Normas de control interno para el sector Público de la Contraloría general de la República, 26 de enero de 2009.
- Manual de políticas y normas del Servicio del Servicio de Farmacia, enero 2010.
- Manual de Organización de las Áreas de Salud, enero 2002.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos.
- Oficio CNSF-0071-02-13, Área de Regulación y Sistematización, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud “Instrumento para el registro de tomas de tiempos por actividad del despacho de recetas de medicamentos en la atención ambulatoria”, 13-2-2013.
- Ficha técnica 02-02 “Despacho de medicamentos a usuarios ambulatorios”, “Porcentaje de medicamentos provenientes de la atención ambulatoria reintegrados al inventario de la farmacia por no retiro del paciente”, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, julio 2016

ASPECTOS NORMATIVOS A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

Como parte de los procedimientos de auditoría aplicados, se determinó que los servicios evaluados disponen del respectivo certificado de habilitación y funcionamiento expedido por el Ministerio de Salud y el certificado de operación y regencia otorgado por el colegio profesional respectivo, el personal profesional se encuentra debidamente incorporado al colegio y con el carné vigente. Particularmente, en el caso del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas el personal profesional dispone de la licencia de operador de rayos x vigente, los equipos tienen el certificado de buen funcionamiento, el informe de dosimetría personal del período del 1º de setiembre de 2017 al 2 de octubre de 2017, no reporta dosis mayores a las permitidas para trabajadores. En cuanto al Servicio de Farmacia, no se encontraron diferencias en los saldos de inventario de medicamentos practicados en el Almacén Local y Área de psicotrópicos y estupefacientes, según reporte del sistema SIFA y el conteo físico.

En relación con equipos asignados a los servicios evaluados, se evidenció que el mamógrafo, equipo rayos x, dos ultrasonidos, dos reveladoras y los aires acondicionados ubicados en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas se encuentran bajo contrato de mantenimiento, al igual que los aires acondicionados del Servicio de Farmacia y las cámaras de refrigeración, microscopios e incubadora pertenecientes al Servicio de Laboratorio Clínico. Dos refrigeradoras tipo horizontal y dos cámaras de refrigeración del Servicio de Farmacia, una cámara de flujo laminar y una centrífuga del Servicio de Laboratorio reciben mantenimiento correctivo por parte del centro médico, los cuales se encuentran en funcionamiento. Según indica el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, las empresas proveedoras de los servicios de mantenimiento han cumplido con las visitas de programadas.

HALLAZGOS

1. SERVICIO DE FARMACIA

1.1 Cumplimiento de metas y tiempos de espera

Se determinó que el Servicio de Farmacia alcanzó las metas programadas para los dos primeros trimestres del 2017; no obstante, no se evidencia planificación de metas para copias de cupones y despacho para servicios internos.

En lo referente a los tiempos de espera para la entrega de medicamentos, se evidenció que los registros que mantiene el Servicio son generales, por cuanto no establece diferencia entre la Consulta Externa y el Servicio de Urgencias, ni se identifican los tiempos por actividad.

La producción lograda y alcanzada en el primer semestre, 2017, fue la siguiente:



**Tabla N° 1
Indicadores planificados, logrado y %cumplimiento
Área Salud Coronado, Servicio de Farmacia
Primer semestre de 2017**

Descripción del indicador	I Trim			II Trim		
	Planeado	Logrado	% Cumplim	Planeado	Logrado	% Cumplim
Número de Consultas de Atención Farmacéutica	24	No se indica	N.A.	24	No se indica	N.A.
Número de cupones de medicamentos por Consulta Externa	440 067	227 392	52	441 774	246 634	55,83
Número de cupones de medicamentos por Servicio de Urgencias	31 431	28 162	90	32 059	34 879	108,80
Número de cupones de medicamentos por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta y otros establecimientos de salud)	16 448	16 529	100	17 496	16 474	94,16
Copias/MEOSI (*)	No se programó	209 677	N.A.	No se programó	200 163	N.A.

Fuente: Unidad de Estadística, cuadro 31, Servicio de Farmacia, Área Salud Coronado

(*) MEOSI: Medicamentos entregados a otros servicios internos (stock).

Para el caso del indicador “consultas farmacéuticas”, el cuadro 31 no brinda datos sobre la producción lograda en el semestre.

En relación con el tiempo de espera para entrega de medicamentos, el Servicio de Farmacia estableció los siguientes tiempos para la entrega de medicamentos a pacientes del Servicio de Urgencias y Consulta Externa.

**Tabla N° 2
Indicador tiempos promedio de espera
Área Salud Coronado, Servicio de Farmacia
al 2017**

Descripción del indicador	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
Tiempo Promedio de espera para entrega de medicamentos por Consulta Externa (en minutos)	180	180	180	180
Tiempo Promedio de espera para entrega de medicamentos por el Servicio de Urgencias (en minutos)	85	85	85	85

Fuente: Servicio de Farmacia



Según el reporte suministrado por el Servicio de Farmacia el tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos en el I trimestre, fue de 86 minutos. No obstante, hay casos particulares con tiempos superiores a las 3 horas y días que no registran control de tiempo de entrega. El tiempo promedio de espera para el II trimestre, fue de 97 minutos (ver anexo N° 1).

Si bien el Servicio de Farmacia registra los tiempos de espera para la entrega de medicamentos, estos se presentan de forma general; es decir, no se diferencia entre tiempos de la Consulta Externa y tiempos del Servicio de Urgencias, según la programación establecida para el 2017 y no cumple con el formato emitido por el Área de Regulación y Sistematización del Diagnóstico y Tratamiento, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

El Dr. Esteban Vega de la O, Coordinador Nacional de Servicios Farmacéuticos, Área de Regulación y Sistematización, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud remitió oficio CNSF-0071-02-13 del 13 de febrero de 2013 a las Jefaturas de Farmacia de Hospitales y Áreas de Salud, relacionado con “Instrumento para el registro de tomas de tiempos por actividad del despacho de recetas de medicamentos en la atención ambulatoria”.

El oficio indica:

“Como parte de las acciones que se han venido realizando para identificar oportunidades de mejora y depuración del proceso de despacho de las recetas de medicamentos en la atención ambulatoria, en donde se han desarrollado evaluaciones e implementado acciones en algunos servicios de farmacia con resultados satisfactorios, se identificó necesaria la implementación en los servicios de farmacia de un mecanismo de registro y seguimiento de los tiempos por actividad, que forman parte del proceso de despacho de las recetas de medicamentos.

En este contexto, se elaboró el siguiente instrumenta para el registro de los tiempos por actividad...”

“Para la aplicación de dicho instrumento, como parte de los mecanismos de control, seguimiento y mejora continua del proceso de despacho de recetas de medicamentos, se debe:

- Distribuir entre las ventanillas de recepción de recetas el instrumento de medición...
- Aplicar esta medición durante una semana al mes...
- Inicialmente, se propone realizar este tipo de mediciones en la jornada de mayor volumen de producción, específicamente de 7 a.m. a 4 p.m....
- Documentar los datos y realizar el análisis de los resultados...

Este tipo de mediciones, permitirán disponer de elementos objetivos para identificar tiempos muertos por actividad, horas en las que se presenta mayor variabilidad entre las actividades e incremento del tiempo de despacho, para que se logren implementar acciones de mejora, en aras de fortalecer la prestación de los servicios farmacéuticos institucionales...”

Las Normas de control interno para el sector Público, regulan:



“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”

Los aspectos evidenciados en cuanto a metas programadas para el 2017 en indicadores sobre consulta de atención farmacéutica, cupones de medicamentos por consulta externa y el tiempos para la entrega de medicamentos, evidencia que las actividades de control en el Servicio de Farmacia no son suficientes para garantizar un cumplimiento efectivo de metas, y no se evidencia un análisis de los tiempos de despacho por actividad, según corresponda a consulta externa y urgencias, con base en lo cual, se formule un Plan de Mejora para fortalecer el control en estos indicadores.

La falta de controles suficientes sobre las metas programadas para el 2017 tiene como consecuencia que el Servicio de Farmacia no adopte de manera oportuna las acciones correctivas que permitan subsanar los hechos evidenciados y no se brinde una garantía razonable de que los tiempos de entrega o despacho de medicamentos a pacientes de los Servicios de Consulta Externa y Urgencias, se ajustan a las metas programadas para el período establecido, fortaleciendo la calidad de la atención a los usuarios.

1.2 Medicamentos no despachados

Se determinó que el Servicio de Farmacia reintegra medicamentos al inventario, debido a que no son retirados por los pacientes; no obstante, con la información disponible no se logra obtener información relacionada con el tipo de medicamento no retirado, servicio médico quirúrgico que emite la receta, sector, patología del paciente y resultado de acciones adoptadas por la Jefatura del Servicio para subsanar esta situación.

El Servicio de Farmacia tramitó en el primer semestre 2017 un total de 1.013.642 recetas de medicamentos, de las cuales, despachó 979.910 (97%) y 33.732 (3%) no fueron retiradas por los pacientes.

Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro:

**Tabla N° 3
Recetas de medicamentos despachadas, no retiradas y tramitadas
Área Salud Coronado, Servicio de Farmacia
Primer semestre de 2017**

Mes	Recetas de medicamentos despachadas				Sub Total	Recetas de medicamentos no retiradas	Total recetas tramitadas
	Consulta Externa	Urgencias	Medicina Mixta, Empresa/ otros	Copias/ MEOSI			
Enero	75 978	10 477	5 528	68 734	160 717	4192	164 909



ESTADÍSTICA DE SEGURO SOCIAL AUDITORIA INTERNA

Febrero	71 523	8 694	5 228	66 094	151 539	4390	155 929
Marzo	79 891	8 991	5 773	74 849	169 504	6680	176 184
Abril	70 437	12 364	5 269	65 370	153 440	5561	159 001
Mayo	86 282	11 324	5 774	67 633	171 013	6542	177 555
Junio	89 915	11 191	5 431	67 160	173 697	6367	180 064
Total general					979 910	33732	1 013 642

Fuente: Oficina de Estadística, Cuadro 31.

(*) MEOSI: Medicamentos entregados a otros servicios internos (stock).

De conformidad con el cuadro anterior, en el semestre evaluado la cantidad de recetas de medicamentos no retirados aumento un 52%, es decir 2175, al pasar de 4192 en enero a 6367 en junio, 2017 y representó el 3.4% del total de recetas de medicamentos despachadas.

La ficha técnica 02-02 “Despacho de medicamentos a usuarios ambulatorios”, “Porcentaje de medicamentos provenientes de la atención ambulatoria reintegrados al inventario de la farmacia por no retiro del paciente”, define el siguiente indicador:

“Estándar

Áreas de Salud tipo 1, 2 y 3: $\leq 1,5\%$ ”

El Manual de políticas y normas del Servicio del Servicio de Farmacia, establece:

“5.8 Política Gestión de Calidad

5.8.2 Para comprender las necesidades actuales y futuras de los usuarios relacionadas con la utilización de los medicamentos, el Jefe de Farmacia y sus colaboradores deben establecer estrategias para satisfacer las necesidades de los usuarios y cumplir con la misión y visión”.

6.5 Políticas de Farmacia Clínica

6.5.1 El Jefe del Servicio de Farmacia, debe fomentar la utilización segura y adecuada de los medicamentos en los pacientes, trabajando conjuntamente con miembros del equipo del cuidado de la salud”.

Las Normas de control interno para el sector Público indican:

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”



Las recetas de medicamentos no retirados es un indicador de que las medidas adoptadas por el Servicio de Farmacia no han impactado de manera positiva en la contención o reducción de esta situación, en este sentido, de enero a junio, 2017 la cifra de recetas aumentó en un 52%.

Lo descrito conlleva a que el paciente no esté recibiendo de manera oportuna el tratamiento indicado por el médico, con el consecuente riesgo de que su estado de salud no mejore y afectando el comportamiento de los índices de salud de la población.

1.3 Sobre la vigencia del Manual de Organización y Funcionamiento

Se determinó que el Servicio de Farmacia no dispone de un Manual de Organización y Funcionamiento actualizado, el actual documento corresponde al 2003 y se encuentra en la etapa de revisión y actualización.

El documento que se encuentra en proceso de actualización dispone de los siguientes apartados: misión, visión, valores (sin definición), objetivo general y específicos, políticas (sin definición), recurso humano, organigrama, perfiles de puestos para técnico de salud farmacia I, II y III, farmacéutico I, II, III, IV, técnico administrativo en farmacia II, jefe proveeduría de farmacia, secretaria I.

El Manual de políticas y normas del Servicio de Farmacia, establece:

“5.2 Políticas de Planificación

5.2.3 Se debe de disponer de los manuales de organización, políticas, normas y procedimientos actualizados; reconocidos por los colaboradores de los servicios de farmacia, que permita el funcionamiento oportuno de estos”.

“7.2 Normas de Planificación

7.2.1 El Manual de Políticas y Normas del nivel local, se debe actualizar de acuerdo con los cambios que el servicio experimente o según las necesidades institucionales y deben estar enmarcados dentro del ámbito de la normativa institucional. En el Servicio de Farmacia, el Manual de Normas y Procedimientos es aprobado por la dirección general del centro de atención, se divulga y da a conocer a los colaboradores del servicio. Estos manuales deben de estar en un lugar visible”.

La situación evidenciada se presenta en virtud que la Jefatura del Servicio de Farmacia y las autoridades del centro de salud, no han establecido mecanismos de control para garantizar la actualización de los documentos relacionados con la organización y funcionamiento de este servicio en particular.

El Manual de Organización y funcionamiento es un instrumento de apoyo a la gestión del Servicio de Farmacia, mantener este instrumento desactualizado podría afectar la toma de decisiones al mantener un documento con información que no refleja la realidad organizativa del Servicio.



2. SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS

2.1 Cumplimiento de metas

Se determinó que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas presenta en el semestre evaluado un cumplimiento satisfactorio de las metas programadas, en ultrasonido superior al 100%, y en mamografías y placas de consulta externa mayor al 90%, no obstante; la producción obtenida en placas de apoyo a la red es inferior al 75% en comparación la meta programada.

Las metas programadas y producción lograda por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el primer semestre 2017, fue la siguiente:

- **Placas**

Tabla N° 4
Producción programada, alcanzada y % cumplimiento
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Primer semestre de 2017

Servicio	Programado	Producción alcanzada	% Cumplimiento
Consulta Externa	7 637	7 035	92,12
Urgencias	20 090	18 010	89,65
Apoyo a la red	716	532	74,30
Total	28 443	25 577	89,92

Fuente: Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, Oficina de Estadística, cuadro 33.

- **Ultrasonidos (cuadro 36)**

- Programados: 4.584
- Realizados: 4.704
- % cumplimiento: 102.62

- **Mamografías (cuadro 36b)**

- Programados: 3.971
- Realizados: 3.681
- % cumplimiento: 92.70

El Manual de Organización de las Áreas de Salud, en el apartado 3, sobre el Modelo de Organización de las Áreas de Salud, establece:



“3.1.4 Director de Área

Funcionario responsable del Área de Salud, quien conduce el desarrollo de los procesos, orientando las actividades a la consecución de las metas y los objetivos, en función de la atención oportuna, eficiente y efectiva de la población adscrita. Tiene a su cargo todo personal que labora en el Área en forma concentrada o desconcentrada”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo IV, referente a las actividades de control, refieren:

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”.

Mediante entrevista, la Dra. Hilda Oreamuno Ramos, Coordinadora del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas manifestó sobre la formulación y evaluación de metas, lo siguiente:

“La meta se hace global, no se planifica por turno, ya que no agregaría ningún valor. El tercer turno solo se realizan emergencias. Y la evaluación Institucional solo lo hace al global, no por turno.

Antes del 2016 se le hacían las mamografías a todo Goicoechea y Moravia. A partir del 2016 solo se le realizan a Goicoechea 1, como no teníamos un histórico, lo planificamos asignándoles un día al mes, sin embargo, para el 2017 se les aumentó a 2 miércoles al mes, en tanto mejora su captación y ellos mismos nos puedan brindar esta información más exacta, como la mamografía por norma se realiza cada 2 años, para el 2018 esperamos contar con una información más exacta, para ajustar las metas.

Se evalúa de manera semestral, si es necesario se reformulan las metas para el segundo semestre o para el año siguiente se hacen las modificaciones requeridas”.

El incumplimiento de metas en placas de apoyo la red se debe a debilidades de planificación, por cuanto se trata de pacientes programados, lo que debería permitir mantener un adecuado control de la demanda.

La producción obtenida en placas de apoyo a red menor al 75% incide en aspectos de eficacia y eficiencia de las operaciones, por cuanto se incumplen las metas programadas para el período evaluado y no se logra garantizar el uso de los recursos programados.



2.2 Sobre la Lista de Espera

Se determinó que la lista de espera para mamografías registra 13 casos pendientes los cuales, según la cita programada, serían resueltos este año, no obstante, el ausentismo del período representa el 22% de los casos resueltos (1320 de 5904), siendo los distritos de San Antonio, IPIS y San Isidro los que registran más ausencias, con lo cual, no se estaría accediendo a estas comunidades.

La lista de espera para rayos x y ultrasonidos registra 1110 casos pendientes, siendo el ultrasonido el procedimiento que presenta mayor número de citas y plazo más extensos, con ultrasonidos generales 830 citas con plazos entre 92 y 665 días y ultrasonido ginecológico con 274 citas, con plazos entre 92 y 518 días. Los procedimientos con mayor número de citas pendientes corresponden a: mamas, pélvico, tórax, abdomen completo, colon por enema, vías urinarias, tiroides, columna lumbosacra, rodilla y esofagograma.

La Lista de espera es la siguiente:

- **Mamografías (De 2 enero, 2017 al 30 setiembre, 2017)**
 - Pendientes y resueltas
 - Resueltas: 5.904
 - Pendientes: 149
 - Citas con plazo mayor a 90 días: 13
 - Pendientes con mayor plazo de espera:

Tabla N° 5
Plazo de espera según fecha registro y fecha de cita
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

Nº de caso	FECHA REGISTRO	FECHA CITA	PLAZO ESPERA ESTIMADO (DÍAS)
1	12/1/2017	26/12/2017	348
2	12/1/2017	26/12/2017	348
3	30/3/2017	12/12/2017	256
4	28/3/2017	27/10/2017	213
5	19/5/2017	12/12/2017	207
6	15/6/2017	6/11/2017	143
7	12/6/2017	23/10/2017	133
8	20/6/2017	30/10/2017	132
9	8/6/2017	2/10/2017	115
10	27/7/2017	3/11/2017	98



11	28/6/2017	2/10/2017	96
12	3/7/2017	2/10/2017	91
13	3/7/2017	2/10/2017	91

Fuente: Oficina de Estadística

- Citas ausentes y canceladas para mamografía

Tabla N° 6
Citas ausentes y canceladas según distrito
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

ESTADO	DISTRITO							Total general
	CASCAJAL	DULCE NOMBRE (JESUS)	IPIS	RANCHO REDONDO	SAN ANTONIO	SAN ISIDRO	SAN RAFAEL	
AUSENTE	128	124	386	44	313	244	81	1320
CANCELADA	81	56	182	35	170	159	64	747

Fuente: Oficina de Estadística

- Rayos x y ultrasonidos (Del 2 enero, 2016 al 30 setiembre, 2017)
- Procedimientos pendientes y resueltos por especialidad

Tabla N° 7
Procedimiento resuelto y pendiente según especialidad
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

ESPECIALIDAD	RESUELTO	PENDIENTE	Total
RAYOS EQUIS CONTRASTADO	994	302	1.296
RAYOS EQUIS SIMPLE	21.412	1.147	22.559
ULTRASONIDO GENERAL	19.138	1.261	20.399
ULTRASONIDO GINECOLOGICO	4.128	371	4.499
ULTRASONIDO OBSTETRICO	1.912	24	1.936
Total general	47.584	3.105	50.689

Fuente: Oficina de Estadística

- a) Procedimientos según plazo de espera



Tabla N° 8
Procedimientos con plazo mayor a 90 días según especialidad
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

Especialidad	Cantidad	Plazo de espera en días
RAYOS EQUIS CONTRASTADO	5	Entre 93 y 130
RAYOS EQUIS SIMPLE	0	Menor a 90
ULTRASONIDO GENERAL	830	Entre 92 y 665
ULTRASONIDO GINECOLOGICO	274	Entre 92 y 518
ULTRASONIDO OBSTETRICO	1	105
Total general	1110	

Fuente: Oficina de Estadística

b) Tipo de procedimiento con mayor número de casos en espera

Tabla N° 9
Procedimientos con plazo mayor número de casos en espera
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

PROCEDIMIENTO	CANTIDAD
MAMAS	390
PELVICO	371
TORAX	250
ABDOMEN COMPLETO	210
COLON X ENEMA	198
VIAS URINARIAS	190
TIROIDES	189
COLUMNA LUMBOSACRA	157
RODILLA	136
ESOFAGOGRAMA	100
Total	2191

Fuente: Oficina de Estadística

La Ley de Deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados¹, establece el derecho de recibir la atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el punto 1.2 "Objetivos del SCI", establecen que cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

¹ Artículo 2.



“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”.

Los aspectos evidenciados se presentan debido a la falta de estrategias efectivas que impacten en la gestión de la lista de espera, que permitan un mayor control de las citas ausentes y canceladas; además, de la falta de definición de indicadores internos para evaluar el rendimiento obtenido en el servicio en cuanto a placas y procedimientos.

Lo descrito genera un impacto en la oportunidad de atención de las personas, debido a los plazos de espera para la resolución de su situación de salud y para un mejor abordaje por parte del médico tratante que realiza la solicitud de examen.

2.3 Depuración de la Lista de Espera y calidad de la información

Se determinó que Lista de Espera para procedimiento diagnóstico de ultrasonido y rayos equis presenta inconsistencias y carece de depuración, por cuanto existen fechas de registro en el sistema que corresponden al 2017, cuando el procedimiento fue realizado en el 2016 y 2014; por su parte, hay 279 procedimientos registrados como pendientes pero que sin embargo, contienen indicaciones tales como: ya realizado, se lo realiza aparte, ya no necesita el estudio, rechaza estudio, ningún número contesta, no la conocen, suspendido, correo de voz, entre otras, con lo cual, no se refleja la realidad de la lista.

Los casos con inconsistencias son los siguientes:

Tabla Nº 10
Inconsistencias según fechas de registro, cita y atención
Área Salud Coronado, Servicio Radiología e Imágenes Médicas
Al 30 de setiembre de 2017

Nº DE CASO	FECHA REGISTRO	FECHA CITA Y DE ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO
1	04/01/2017	23/12/2016	COLUMNA DORSAL
2	04/01/2017	23/12/2016	COLUMNA LUMBOSACRA
3	04/01/2017	16/12/2016	RODILLA
4	11/01/2017	23/12/2016	TORAX
5	06/04/2017	05/12/2016	MAMAS
6	26/04/2017	13/10/2016	ABDOMEN COMPLETO
7	26/04/2017	13/10/2016	PÉLVICO
8	27/04/2017	01/09/2016	MAMAS
9	07/06/2017	28/11/2016	PELVICO
10	08/06/2017	01/10/2014	MAMAS

Fuente: Oficina de Estadística



La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, establece:

“4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y REGISTRO EN LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS

En lo referente a la actuación del personal administrativo:

a) La Dirección Médica del establecimiento de salud, con la asesoría del grupo gestor local, establecerá los criterios normativos pertinentes para garantizar la oportunidad y adecuado registro, disponibilidad, seguridad y protección de la confidencialidad de información de todos los pacientes en lista de espera para procedimientos.

b) El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud o personal secretaria designado por el equipo gestor, es el responsable administrativo de ingresar los pacientes en la lista de espera para procedimientos, una vez corroborados los criterios médicos de inclusión descritos en los apartados anteriores...”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones.

4.5.1. Supervisión constante

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

Las inconsistencias encontradas en el sistema de información que soporta la Lista de Espera del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas obedecen a la falta de un control más efectivo, que detecte de forma oportuna situaciones como la evidenciada y se aplique la depuración de manera efectiva, siendo importante para las Jefaturas ser vigilantes de las actividades de control y supervisión que realizan sus subordinados.

En este sentido las Jefaturas de Servicios deben ser vigilantes de la calidad de información que se genera en los sistemas internos a los efectos de fortalecer el control interno y la toma de decisiones en el centro de salud.

3. SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

3.1 Planificación y cumplimiento de metas

Se determinó que el Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Coronado presenta un cumplimiento razonable de metas para el primer semestre de 2017, por cuanto en exámenes de urgencias y de apoyo a la red la producción alcanzada supero el 90% en comparación con lo programado, en consulta externa la meta alcanzada fue del 89% y el tiempo promedio de espera no superó las 8



horas, no obstante, no se indica el tiempo de espera para exámenes solicitados por el Servicio de Urgencias.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo IV, referente a las actividades de control, refieren:

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”.

La Dra. Leslie Carazo Chanto, Directora Servicio de Laboratorio Clínico remitió el oficio ASC-LC-0506-11-2017 del 16 de noviembre de 2017, indicando lo siguiente:

“5. Control tiempo promedio entrega de exámenes: Indicar metodología de cálculo del tiempo promedio en la entrega de exámenes. Suministrar reporte sobre resultados obtenidos en el primer semestre.

La metodología empleada corresponde a la elaboración de filtros en la herramienta informática LABCORE la cual fue adjudicada por la CCSS mediante Licitación Nacional. No puedo adjuntarle un archivo porque la misma corresponde a un programa que está instalado en las computadoras del servicio, sin embargo la información se puede verificar en cualquier momento desde una de ellas y de igual manera se puede escoger un intervalo de fecha para análisis así como día y turno específico”.

La Dra. Carazo Chanto, agregó:

“Para exámenes urgentes el tiempo de resolución es de 2 horas o menos, los de rutina (consulta externa, medicina de empresa, otros centros, visita domiciliar, etc), es de 8 horas, tiempo menor al indicador nacional que establece 24 hrs. Resultado de esputo por TB, la norma indica que son 72 hrs máximo para tener el resultado, tiempo que se cumple todos los días, en ocasiones el tiempo es menor”.

Lo descrito evidencia que no se han establecido las actividades de control correspondientes, dirigidas a conocer y medir el manejo de los tiempos de espera para la entrega de los exámenes, aspecto que impacta directamente en la calidad de la atención.

La ausencia de programación de metas relacionadas con el tiempo promedio de entrega de exámenes de laboratorio de urgencias no brinda una garantía razonable de que se cumplan las dos horas señaladas por la jefatura del servicio; si bien, del sistema Labcore se pueden obtener datos sobre tiempos de espera, es importante disponer de indicadores de gestión para adoptar de forma oportuna las acciones que correspondan.



3.2 Seguridad y control de ingreso en bodega de insumos

Se determinó que el Servicio Laboratorio Clínico del Área de Salud Coronado dispone de dos lugares para el almacenaje de insumos; no obstante, el ingreso no está restringido mediante controles suficientes de acceso que garanticen una adecuada custodia de los bienes. (ver anexo N° 2)

Las normas de control interno para el sector público, en el capítulo IV “Normas sobre actividades de control”, citan:

“4.1 Actividades de control

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales...”

La Dra. Carazo Chanto, manifestó en el oficio ASC-LC-0506-11-2017 del 16 de noviembre de 2017, lo siguiente:

“A pesar de no contar con bodegas adecuadas por (sic) el microbiólogo encargado de cada turno anota el consumo de reactivos por sección, anotando también la temperatura de la (sic) cámaras de refrigeración.

Así mismo las empresas que abastecen al laboratorio según cada licitación realizan un conteo trimestral de cada reactivo consumido, existencia y necesidad para la siguiente entrega enviar las cantidades requeridas a fin de no desabastecer el servicio, así como no dejar reactivo demás que pudiese vencerse”.

La situación evidenciada se encuentra relacionada a condiciones de planta física del lugar en el cual se ubican los insumos, que dispone de medidas de seguridad que restrinjan su ingreso.

Lo descrito, se constituye en riesgos para la custodia y acceso a los sitios de almacenamiento de los insumos del Servicio de Laboratorio constituyen, exponiéndolos al tránsito de personas no autorizadas y una eventual afectación patrimonial.

3.3 Cumplimiento de horario y jornada laboral

Las autoridades del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud de Coronado no han implementado mecanismos de control relacionados con el cumplimiento del horario y jornada de trabajo de sus funcionarios, especialmente sobre el personal exento de marca.

Este Servicio dispone en total de 21 funcionarios distribuidos por turno de la siguiente forma: Jornada diurna 15 (7:00 am a 4:00 pm): 4 microbiólogos, 8 técnicos, 1 apoyo administrativo, 2 apoyo general;



Jornada vespertina 4 (4:00 pm a 10:00 pm): 1 microbiólogo, 1 técnico, 2 apoyo general; Jornada nocturna 3 (10:00 pm a 7:00 am): 1 microbiólogo, 1 técnico.

Las Normas de control interno para el Sector Público, capítulo IV “Normas sobre actividades de control” indican:

“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el punto 4.1 Actividades de Control, establecen que:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales”.

La Dra. Leslie Carazo Chanto, Directora Servicio de Laboratorio Clínico remitió oficio ASC-LC-0506-11-2017 del 16 de noviembre de 2017, indicando lo siguiente:

“El cumplimiento de la jornada solo puedo revisarla tangiblemente desde las marcas, sin embargo, cada turno tiene encargado un profesional que debe reportar si algún funcionario no cumplió jornada, sin embargo, tengo un vacío para verificar el control de los profesionales que no marcan, puedo constatarme si llegan y se van a la hora indicada pero no cuento con alguna herramienta de registro”.

La ausencia de controles efectivos para el cumplimiento de la jornada laboral en el Servicio de Laboratorio Clínico debilita el ambiente de control de la unidad y no permite garantizar que la jornada laboral sea efectivamente aprovechada, siendo responsabilidad de las autoridades del Servicio, establecer mecanismos asociados a esta verificación, independientemente de la exoneración de marca.

CONCLUSIÓN

De conformidad con los resultados obtenidos en la evaluación realizada en el Área de Salud Coronado, se determinaron oportunidades de mejora en la gestión administrativa de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

En relación con el Servicio de Farmacia, se verificó la necesidad de fortalecer el sistema de control asociado al cumplimiento efectivo de metas, atenciones farmacéuticas, evaluación de indicadores sobre cupones de recetas y despacho para servicios internos, los tiempos para el despacho de recetas y falta de análisis de este indicador. Se evidenció un aumento de recetas de medicamentos no retirados con el



consecuente riesgo para el paciente de no recibir de manera oportuna el tratamiento indicado y no se dispone de un manual de organización actualizado que proporcione información real de los recursos asignados al Servicio.

El Servicio de Radiología e Imágenes Médicas presenta cumplimiento satisfactorio de metas programadas en ultrasonido, mamografías y placas de consulta externa, no obstante, la producción obtenida en placas de apoyo a la red fue inferior en comparación con el objetivo programado.

Este Servicio registra un ausentismo del 22% (1320 de 5904), siendo los distritos de San Antonio, IPIS y San Isidro los casos más críticos, en cuanto a rayos x y ultrasonidos de los 1110 casos pendientes en lista de espera, el procedimiento radiológico de ultrasonido es el que contempla el mayor número de citas en espera y plazos más extensos, a saber: ultrasonidos generales 830 citas con plazos entre 92 y 665 días y ultrasonido ginecológico con 274 citas, con plazos entre 92 y 518 días.

El registro de Lista de Espera para procedimiento diagnóstico de ultrasonido y rayos equis presenta inconsistencias y carece de depuración, por cuanto existen fechas de registro en el sistema que corresponden al 2017, para procedimientos realizados en el 2016 y 2014, asimismo, 279 procedimientos registrados como pendientes no han sido depurados, lo que afecta la calidad de la información y la correcta toma de decisiones.

El Servicio de Laboratorio Clínico cumplió de manera razonable las metas programadas para el primer semestre de 2017 en exámenes de urgencias y de apoyo a la red, no obstante, no se planifican metas sobre tiempos de espera para exámenes urgentes, se carece de indicadores sobre control de horarios de trabajo y los sitios donde se almacenan los insumos no brindan una garantía razonable de control de ingreso, con el consecuente riesgo de sustracción de los bienes y una afectación patrimonial.

RECOMENDACIONES

AL DR. ZERITH ROJAS CERNA, DIRECTOR MÉDICO DEL AREA SALUD CORONADO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. De conformidad con los hallazgos 2.2 y 3.2, analizar y definir la pertinencia de implementar en el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas el Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (ARCA - módulo de Radiología) con la finalidad de maximizar la gestión del recurso disponible y se cuente con indicadores que permitan evaluar la gestión de este servicio. De considerarse pertinente la implementación de esa solución informática, proceda a solicitar formalmente la colaboración correspondiente a la Gerencia Médica para su instalación; caso contrario, defina los mecanismos de control alternativos a implementar para subsanar los hechos evidenciados en el informe.

Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

2. En conjunto con la Administración y la Dirección de Laboratorio Clínico, establecer mecanismos de control que limiten el acceso de personas no autorizadas a la bodega de insumos, a fin de garantizar el almacenamiento de esos bienes en condiciones de custodia adecuadas.



Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

3. De conformidad con lo indicado en los hallazgos 2.1 y 2.3, garantizar en lo referente al Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, lo siguiente:
 - a) Revisar en el planteamiento para el 2018, la meta referente a la realización de placas radiográficas en apoyo a la red, con el fin de implementar acciones efectivas de cumplimiento, dirigidas a garantizar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, considerando además de ser necesario, proceder a realizar los ajustes correspondientes a este indicador.
 - b) Programar y realizar un proceso de depuración de la lista de espera del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, con el fin de subsanar las inconsistencias evidenciadas, relacionadas con las fechas de registro, fechas de atención y casos pendientes.

Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

A LA DRA. MARICEL GÓMEZ GARCIA, JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4. De conformidad con los hallazgos N° 1.1, 1.2 y 1.3, ejecutar las siguientes acciones:
 - a) Establecer mecanismos de control que permitan el registro periódico de los tiempos de espera para el despacho de medicamentos provenientes de recetas originadas en los Servicios de Consulta Externa y Urgencias, según los lineamientos institucionales.
 - b) Implementar un plan de mejora que contemple estrategias para reducir la cantidad de recetas de medicamentos no retirados, a los efectos controlar su crecimiento y fomentar el uso oportuno de los mismos.
 - c) Actualizar el Manual de Organización del Servicio de Farmacia y someterlo a aprobación de la Dirección Médica.

Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

A LA DRA. LESLIE CARAZO CHANTO, DIRECTORA SERVICIO DE LABORATORIO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

5. De conformidad con lo descrito en los hallazgos 3.1 y 3.3 del presente informe, ejecutar las siguientes acciones:
 - a) Valorar la implementación de indicadores de gestión relacionados con el tiempo promedio de espera en exámenes urgentes, cuyo seguimiento y control permita garantizar la atención oportuna a los requerimientos que realizan los médicos asistentes con carácter urgente.
 - b) Establecer mecanismos de control dirigidos a garantizar el cumplimiento efectivo del horario de trabajo contratado.



Plazo de cumplimiento: 6 meses a partir de recibido el presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense del Seguro Social, los resultados del presente estudio fueron comentados con el Dr. Zeirith Rojas Cerna, Director Médico, Dra. Leslie Carazo Chanto, Directora de Laboratorio Clínico y Dr. Isidro Arias Porras, Subdirector Servicio de Farmacia, todos funcionarios del Área de Salud de Coronado, quienes manifestaron estar de acuerdo con los resultados expuestos. Al respecto, el Director Médico solicitó ajustar los plazos de las recomendaciones a 6 meses, aspecto que fue atendido en el presente informe.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Nelson Corrales Solano
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas
JEFE DE SUBÁREA

OSC/RRS/MASR/NCS/wnq



ANEXO N° 1

REGISTRO TIEMPOS DE ESPERA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

○ I Trimestre 2017

DIA	07:00 am a 10:00 am	10:00 am a 12:00 md	12:00 md a 02:00 pm	02:00 pm a 04:00 pm
2/1/2017	60	75	80	90
3/1/2017	90	80	85	115
4/1/2017	65	70	80	110
5/1/2017	52	40	75	90
6/1/2017	50	75	85	90
9/1/2017	40	95	105	124
10/1/2017	60	70	90	120
11/1/2017	50	60	105	95
12/1/2017	130	115	110	125
13/1/2017	110	100	135	95
16/1/2017	65	60	60	132
17/1/2017	45	140	165	135
18/1/2017	60	95	115	90
19/1/2017	70	105	130	100
20/1/2017	130	135	125	115
23/1/2017	65	85	70	65
24/1/2017	70	90	115	75
25/1/2017	50	70	85	70
26/1/2017	65	100	110	105
27/1/2017	45	85	105	
30/1/2017	30	55	90	40
31/1/2017	40	35	75	50
1/2/2017	84	76	31	82
2/2/2017	40	45	50	75
3/2/2017	75	110	110	95
6/2/2017	63	50	62	82
7/2/2017	74	76	50	70
8/2/2017	70	92	104	110
9/2/2017	85	80	75	122
10/2/2017	80	120	83	85
13/2/2017	80	91	121	110



ESTADÍSTICA DE SEGURO SOCIAL AUDITORIA INTERNA

DIA	07:00 am a 10:00 am	10:00 am a 12:00 md	12:00 md a 02:00 pm	02:00 pm a 04:00 pm
14/2/2017	92	122	150	86
15/2/2017	98	110	90	160
16/2/2017	91	70	115	89
17/2/2017	180	90	180	180
20/2/2017	70	45	105	110
21/2/2017	52	71	110	115
22/2/2017	120	100	165	121
23/2/2017	70	80	120	180
24/2/2017	60	120	120	60
27/2/2017	40	50	95	100
28/2/2017	60	110	103	90
1/3/2017	60	90	90	105
2/3/2017	60	80	60	65
3/3/2017	67	60	120	
6/3/2017	85	70	85	170
7/3/2017	70	105	120	**
8/3/2017	70	80	90	90
9/3/2017	45	90	100	**
10/3/2017	120	100	60	60
14/3/2017	90	120	165	185
15/3/2017	70	150	210	220
16/3/2017	60	60	50	0
17/3/2017	70	80	75	130
20/3/2017	120	120	180	120
21/3/2017	80	50	*	
22/3/2017	*	120	95	120
23/3/2017	180	120	150	
24/3/2017	55	90		
27/3/2017	80	60	45	
28/3/2017	90	100	90	
29/3/2017	60	95	120	
30/3/2017	60	190	180	60
31/3/2017	50	70		

Fuente: Jefatura Servicio de Farmacia

(*) Las celdas con sombreado color rojo corresponden al archivo original.



INSTITUTO COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL AUDITORIA INTERNA

○ II Trimestre 2017

DIA	07:00 am a 10:00 am	10:00 am a 12:00 md	12:00 md a 02:00 pm	02:00 pm a 04:00 pm
03/04/2017	45	45	75	80
04/04/2017	55	120	150	110
05/04/2017	60	80	150	120
06/04/2017	60	100	100	110
07/04/2017	120	80	120	80
10/04/2017	70	120	180	180
12/04/2017	60	150	170	160
17/04/2017	100	75	150	180
26/04/2017	50	90	130	150
27/04/2017	50	70	120	150
28/04/2017	60	110	150	130
02/05/2017	50	65	90	110
03/05/2017	46	61	120	115
04/05/2017	120	110	120	95
05/05/2017	60	100	130	135
08/05/2017	65	60	120	85
09/05/2017	75	85	90	95
10/05/2017	60	60	65	65
11/05/2017	30	60	90	90
12/05/2017	60	95	60	100
23/05/2017	53	68	95	116
24/05/2017	48	64	126	130
25/05/2017	126	116	126	135
26/05/2017	63	105	137	90
29/05/2017	68	63	126	110
30/05/2017	79	89	115	140
31/05/2017	63	63	68	68
01/06/2017	60	105	130	95
02/06/2017	55	110	115	90
13/06/2017	60	65	90	80
14/06/2017	65	60	80	70
15/06/2017	70	80	105	170
16/06/2017	105	100	120	135
19/06/2017	80	75	120	155

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 25 de 27

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



**STARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA**

DIA	07:00 am a 10:00 am	10:00 am a 12:00 md	12:00 md a 02:00 pm	02:00 pm a 04:00 pm
21/06/2017		95	150	200
22/06/2017	75	130	65	180
26/06/2017	48	147	160	185,2
27/06/2017	80	66	100	60
28/06/2017	70	145	110	90
29/06/2017	55	70	110	130
30/06/2017	50	55	180	

Fuente: Jefatura Servicio de Farmacia

(*) Las celdas con sombreado color rojo corresponden al archivo original.



ANEXO Nº 2
Servicio Laboratorio Clínico
Bodega suministros

