



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

AGO-196-2019
13-12-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó según el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna 2019, con el propósito de evaluar la razonabilidad del sistema de control interno en la gestión administrativa del Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito.

El estudio determinó que el Área de Salud presenta problemas relacionados con la infraestructura y hacinamiento en todos sus servicios, el laboratorio clínico posee limitaciones significativas en cuanto a la distribución de la estructura física, mobiliario en estado de deterioro, sin placa institucional y equipo insuficiente de acuerdo con las funciones sustantivas de este servicio.

El Laboratorio Clínico no dispone de sección de bacteriología, a pesar de que, las Áreas de Salud tipo 1 deben efectuar exámenes de esta naturaleza; para minimizar la afectación del servicio, las muestras de los pacientes de Garabito son enviadas al Área de Salud de Parrita para ser procesadas, con un tiempo de respuesta aproximado de una semana y el montaje de esputos un día hábil.

También se evidenció debilidades en los controles para la custodia del inventario y consumo de reactivos, lo cuales deben garantizar el cumplimiento del sistema de control interno. En el Plan Presupuesto 2018 se observó deficiencias en el proceso de formulación, modificación y seguimiento de metas incidiendo en el porcentaje de cumplimiento de éstas.

En virtud de lo anterior, esta Auditoría formuló cinco recomendaciones dirigidas a subsanar los hallazgos evidenciados.



ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO EN EL ÁREA DE SALUD DE GARABITO

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la razonabilidad del sistema de control interno en la gestión administrativa del Servicio de Laboratorio Clínico en el Área de Salud de Garabito.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la distribución física, equipo y mobiliario en el Servicio de Laboratorio Clínico.
- Analizar la aplicación de controles efectivos para la custodia de inventario y consumo de reactivos en el Servicio de Laboratorio Clínico.
- Identificar la gestión para el cumplimiento de metas para el Servicio de Laboratorio Clínico en el año 2018.

ALCANCE

La evaluación comprenderá la revisión de los aspectos relacionados con el Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Garabito, de 01 enero 2019 a 30 de noviembre 2019. En el caso del Plan- Presupuesto se revisó el año 2018.

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

METODOLOGÍA

Análisis de los documentos físicos y/o digitales:

- Manual de procedimientos y organización del Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- Riesgos definidos en el SEVRI.
- Permiso sanitario de funcionamiento del Ministerio de Salud.
- Oferta de los servicios de laboratorio clínico.
- Controles de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Plan Funcional de Garabito, 2019.
- Manual de bioseguridad del laboratorio clínico.
- Control de recepción de insumos de la CCSS.
- Control de recepción de insumos de proveedores.
- Control prueba efectiva.
- Certificado de regencia extendido por el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.
- Gestiones para la habilitación del área de bacteriología.
- Oficio del Área de Salud de Parrita.
- Bitácoras y registros de los controles para consumo de reactivos.
- Controles de inventario.

Solicitud de información a:

- Dra. Laura Arbuola Carvajal, Jefa de Laboratorio Clínico, Área de Salud de Garabito.
- Licda. Xinia Zamora Montes, Administradora, Área de Salud de Garabito.
- Lic Danilo Monge Guillén, Unidad contraparte fideicomiso inmobiliario CCSS-BCR.
- Dr. Fernando José Pacheco Segura, jefe de Laboratorio Clínico, Área de Salud Parrita.

Aplicación de entrevistas a:

- Licda. Patricia Berrocal López, Coordinadora de Compras, Área de Salud de Garabito.
- Dra. Laura Arbuola Carvajal, Jefa de Laboratorio Clínico, Área de Salud de Garabito.
- Dra. María Fernanda Soto Eduarte, Coordinadora, Área de Salud de Garabito.
- Dra. María Fernanda Sosa Jiménez, Coordinadora, Área de Salud de Garabito.

Acta de recorrido:

- Servicio de Laboratorio Clínico, Dra. Laura Arbuola Carvajal, jefa del Servicio.

Narrativas:

- Dra. Laura Arbuola Carvajal, Jefa de Laboratorio Clínico, Área de Salud de Garabito.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno N° 8292.
- Decreto N° 30700-S “Norma para la habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica”.
- Normas Generales de Auditoría para el sector público.
- Protocolo de Control de Reactivos en Custodia, Control y Facturación Pruebas Efectivas.
- Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Plan Estratégico Institucional 2019-2022.
- Política Institucional para la Gestión de las Personas.
- Manual de Procedimientos para las subáreas de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.
- Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención.
- La Ley Integral para la persona adulta mayor (7935).
- La Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad (7600).
- Oficio PE 23.467-12, 31 mayo 2012.
- Normas Técnicas Específicas Plan Presupuesto, 2014.
- Instructivo de Formulación Plan Presupuesto, 2017.

DISPOSICIONES A CONSIDERAR

Esta Auditoría informa y previene al jerarca y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno 8292. 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 Área de Salud de Garabito fue construida en el año de 1991, para brindar atención a una población de 3000 habitantes aproximadamente, con un área de construcción de 983 m².



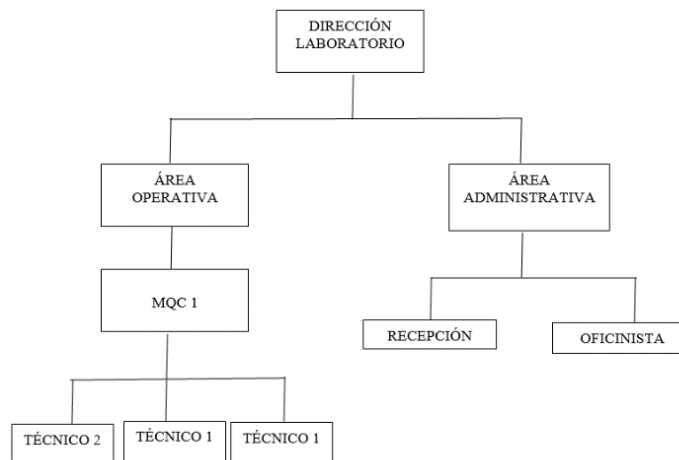
TABLA 1
POBLACIÓN ADSCRITA POR EBAIS
ÁREA DE SALUD GARABITO

Nombre de Sede	EBAIS Conformados y pendientes de conformar	Población al corte Mayo 2019
A.S. Garabito	Quebrada Ganado	4250
A.S. Garabito	Jaco centro	8355
A.S. Garabito	Quebrada Amarilla	5107
A.S. Garabito	Herradura	8585
A.S. Garabito	Tárcoles - Bijagual	2509
Total		28806

Fuente: Cubos de Adscripción, Estadística, A.S. Garabito, mayo 2019.

Entre los servicios de apoyo al tratamiento y diagnóstico se ubica el Laboratorio Clínico, el cual trabaja en jornada continua de lunes a lunes en horario de 7 am a 7 pm. Dispone de dos plazas de microbiólogos, tres técnicos, un oficinista y un funcionario de redes (recepción).

IMAGEN 1
ORGANIGRAMA DEL SERVICIO
LABORATORIO CLÍNICO



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.

De acuerdo con el documento “Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención”, cada laboratorio desarrolla sus funciones y procesos sin responder a un modelo organizacional estandarizado. Por lo que existe gran variabilidad en formas de trabajo y productividad, de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

manera que no es posible garantizar la misma calidad y eficiencia en todos los establecimientos de salud de la institución.

HALLAZGOS

1. SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

El Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito, presenta limitaciones en la distribución física del servicio, insuficiencia de equipo y utilización de mobiliario en estado de deterioro que no posee placa institucional, así como débiles controles para la custodia de inventario y consumo de reactivos.

1.1 Sobre la infraestructura.

Se evidenció que la planta del Servicio de Laboratorio Clínico no dispone de los espacios físicos suficientes para la operación óptima de éste,¹ de acuerdo con la Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica, por lo cual se incumple en los siguientes aspectos:

- **Sala de Espera:** el servicio no está rotulado, dispone de pocos espacios de espera -asientos- para los pacientes, además colinda con la bodega de farmacia con una división (cortina) que podría exponer la pérdida, robo, hurto o uso irregular de los insumos almacenados.



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.

¹ Actualmente, el Área de Salud de Garabito se encuentra gestionando la licitación abreviada 2019LA-000002-2592 “Compra e instalación de contenedores”, que pretende la reubicación de algunos servicios, entre ellos el laboratorio clínico. Así mismo, el Área de Salud de Garabito se encuentra incluida en el Programa de Proyectos del Fideicomiso Inmobiliario CCSS/BCR 2017 que consiste en la construcción de 30 sedes de Área de Salud a nivel nacional.



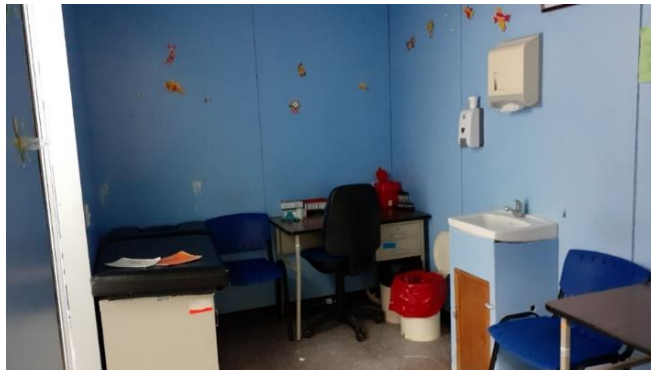
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- **Recepción de muestras e información:** Es una ventanilla única que permite la atención de un usuario a la vez, lo cual impide la priorización de pacientes (adultos mayores, personas con discapacidad).



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.

- **Toma de muestras:** no tiene condiciones de privacidad, dado que deben ser sangradas dos personas a la vez.



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- **Procesamiento y diagnóstico:** es un área pequeña, con mobiliario en estado de deterioro, el equipo no se ajusta al diseño del mobiliario y lo contenido dentro del mueble está expuesto, generando riesgos de contaminación en las muestras y accidentes laborales.



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.

- **Bodega:** se encuentra dividida, una parte se ubica en la oficina de la jefatura de laboratorio principalmente con reactivos e insumos, mientras que en el otro espacio se colocan cajas en su mayoría con vasos para muestras, en esta zona se ubica la bomba de agua.



Fuente: Laboratorio Clínico, Área de Salud Garabito.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

La Ley General de Control Interno N°8292, establece en su artículo 12:

“Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. 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 (...).”*

La Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica, establece lo siguiente con respecto a la planta física:

*“4.2.1 El laboratorio debe contar con una estructura física que le permita **funcionar apropiadamente**, de acuerdo a la siguiente distribución:*

4.2.1.1 Sala de espera.

4.2.1.2 Recepción de muestras e información

4.2.1.3 Toma de muestras con condiciones de privacidad

4.2.1.4 Procesamiento y diagnóstico

4.2.1.5 Donación sanguínea (cuando corresponda)

4.2.1.6 Lavado y esterilización

4.2.1.7 Servicios sanitarios completos para el uso del personal y el usuario.

4.2.1.8 Reactivos y materiales

4.2.1.9 Lavatorio que cuente con jabón, paño o toallas de papel (...).” (la negrita no es del original)

El Manual de Procedimientos para las subáreas de Almacenamiento y Distribución de la CCSS (2014), establece con respecto al control de inventario en aspectos de higiene:

“Estas zonas de almacenamiento por su naturaleza, deben conservarse limpias y libres de polvo y otras sustancias o elementos contaminantes, como la humedad, altas temperaturas, alimentos, plagas, entre otros”.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (2007) establece la siguiente estrategia:

“Lineamiento 7: Laboratorios y Bancos de Sangre seguros

Estrategia 7.1: Garantizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente.

Resultados esperados



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

- ✓ *Recurso humano, suficiente y capacitado en los avances de la ciencia médica en general y particularmente del Laboratorio Clínico.*
- ✓ *Infraestructura adecuada para la atención del paciente (...)*”.

El Plan Estratégico Institucional 2019-2022, destaca entre sus objetivos estratégicos:

*“Eje: Prestación de los servicios de salud y pensiones con oportunidad y calidad.
Objetivo 2: Reducir la carga de la enfermedad y morbi-mortalidad, asociada a padecimientos crónicos no transmisibles y degenerativos, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con una visión integral y articulada.”.*

La Ley Integral para la persona adulta mayor (7935), establece:

*“ARTÍCULO 13.- Atención preferencial
Toda institución pública o privada que así lo acuerde que brinde servicios al público deberá mantener una infraestructura adecuada, asientos preferenciales y otras comodidades para el uso de las personas adultas mayores que los requieran; además, deberá ofrecerles los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad”.*

La Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad (7600), señala:

“ARTÍCULO 31.- Acceso: Los servicios de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda”.

La condición evidenciada obedece a que la actual sede de Garabito fue construida en el año 1991 -28 años- contemplando la atención para 3000 habitantes aproximadamente, no obstante, la población a mayo 2019, se ha incrementado en 28 806 personas², sin que se evidencie un crecimiento en infraestructura acorde a las necesidades actuales.

Lo anterior constituye incumplimiento a la normativa técnica, afectación en la prestación de servicios de salud para las personas adscritas a este centro médico, lo cual dificulta la oportunidad y calidad en la atención médica, así como la exposición a un cierre por parte del Ministerio de Salud y/o sanciones del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos.

² Plan Funcional Garabito, 2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

1.2 Sobre la Oferta de Servicios y Sección de Bacteriología.

Se comprobó que el Servicio de Laboratorio Clínico no dispone de Sección de Bacteriología, por lo cual se trasladan las muestras desde Garabito hasta el Área de Salud de Parrita para ser procesadas, de enero a setiembre 2019 este centro médico ha colaborado en la revisión de las siguientes pruebas:

- Tamizaje de streptococcus agalactiae para mujeres embarazadas: 232
- Montaje y tinción de esputos: 187
- Cultivos de secreciones varias, principalmente orina, oído y úlceras: 168

Para un total de 587 pruebas, con un tiempo de entrega de una semana en promedio y en el caso de esputo un día hábil.

Así mismo, la oferta de servicios del Laboratorio Clínico para las Áreas de Salud³, dispone que se deben efectuar un total de 80 exámenes; de estos, el Área de Salud de Garabito no realiza 30 pruebas correspondientes a bacteriología, química clínica, hematología, parasitología e inmunología y serología.

La Ley General de Control Interno N°8292, establece en su artículo 12:

“Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. 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 (...).”*

El documento “Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención”, detalla:

“2.2 Oferta de exámenes de laboratorio

Independientemente del nivel de atención, los laboratorios realizan los mismos procesos, la diferencia radica en los subprocesos relacionados con la fase analítica, ya que la oferta de exámenes varía según el nivel:

- *Los laboratorios de áreas de salud realizan principalmente análisis de química clínica, hematología, bacteriología, parasitología y serología (...).”*

El perfil de complejidad Área de Salud tipo 1 (2009) establece que el Servicio de Laboratorio debe realizar los siguientes exámenes:

³ El documento “Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención”, anexo 1: Oferta de Servicio de Laboratorio. No tipifica los exámenes correspondientes a las áreas de salud tipo 1,2 y 3.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

*“Hematología
Química Clínica
Bacteriología (...).”*

El documento “Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención”, señala en sus políticas de funcionamiento:

“4.6.1 Política General

Los servicios de laboratorio clínico de la CCSS se comprometen a:

(...)

- *Garantizar tiempos de respuesta acorde con los compromisos establecidos.*
- *Enfocarse en la mejora continua de la calidad, garantizando la seguridad del paciente”.*

El Plan Estratégico Institucional 2019-2022, destaca entre sus objetivos estratégicos:

“Eje: Prestación de los servicios de salud y pensiones con oportunidad y calidad.

Objetivo 2: Reducir la carga de la enfermedad y morbi-mortalidad, asociada a padecimientos crónicos no transmisibles y degenerativos, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con una visión integral y articulada.”.

La Dra. Laura Arbuola Carvajal, Directora del Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito, manifestó al respecto:

“... que las pruebas que no realiza el laboratorio se deben a los problemas de hacinamiento que impide establecer la sección de bacteriología, pese a los oficios remitidos a la Dirección Médica (ASG-LAB-04-13-2018-1 y ASG-LAB-30-05-2019-1) sobre la urgencia de habilitarla. En el caso de los otros exámenes, ocurre que el Área de Salud no fue incluida en el proceso de licitación para la compra de los reactivos correspondientes.

La oferta de servicios y la ausencia de la sección de bacteriología se producen a partir de la exclusión del Área de Salud para las licitaciones de reactivos y por las condiciones de hacinamiento que impiden el establecimiento de bacteriología, aunado a esto, no se evidencian acciones concretas por la Dirección Médica ante los oficios remitidos por la jefatura del servicio.

Lo anterior implica faltas en el acatamiento de la normativa institucional, afectación en la oferta de servicios que brinda el laboratorio clínico y el recargo de funciones al Área de Salud de Parrita, la cual debe destinar recursos materiales, humanos y económicos para contribuir con las labores del servicio de laboratorio de Garabito. Siendo que, esto conlleva deficiencias en la oportunidad y calidad de la atención al usuario.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

1.3 Equipo utilizado en el laboratorio.

Se evidenció que el Servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito, no dispone de la dotación mínima de equipo para la ejecución de sus funciones sustantivas. Entre el equipo carente, se encuentra:

- Analizador de electrolitos⁴
- Contador de mano de 4 cifras
- Aglutinoscopio
- Balanza granataria
- Microscopio binocular con condensador de campo oscuro
- Horno eléctrico esterilizador
- Lavador de pipetas

La Ley General de Control Interno N°8292, establece en su artículo 12:

“Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. 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 (...).”*

La Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica, establece lo siguiente:

“El laboratorio debe tener la dotación mínima de equipo según las divisiones de trabajo en las cuales está inscrito, anexo c:

*(...) División Química Clínica
Analizador de electrolitos (cuando corresponda)*

*División Hematología
Contador de mano de 4 cifras*

*División Inmunoematología: (cuando aplique)
Aglutinoscopio*

*División Microbiología:
Balanza granataria
Microscopio binocular con condensador de campo oscuro*

⁴ Se dispone del analizador de electrolitos, no obstante, el Área de Salud no fue incluida en el proceso de licitación para la compra de los reactivos.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

*Inmunología
Horno eléctrico esterilizador
Lavador de pipetas (...)*

El Plan Estratégico Institucional 2019-2022, destaca entre sus objetivos estratégicos:

*“Eje: Prestación de los servicios de salud y pensiones con oportunidad y calidad.
Objetivo 2: Reducir la carga de la enfermedad y morbi-mortalidad, asociada a padecimientos crónicos no transmisibles y degenerativos, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con una visión integral y articulada.”.*

La Dra. María Fernanda Soto Eduarte, coordinadora del laboratorio clínico, explicó el motivo de la ausencia de equipo, manifestando:

“Analizador de electrolitos: se cuenta con el equipo respectivo más no se incluyó en la licitación de química clínica los electrolitos por lo que no se cuenta con el reactivo correspondiente, situación que es probable se corrija para la próxima licitación nacional de química clínica

Contador de mano de 4 cifras: se cuenta con el contador de hematología el cual puede ser utilizado de igual manera como un contador.

Aglutinoscopio: las determinaciones serológicas que se realizan en el servicio permiten su lectura sin dicho equipo, en aquellos casos donde quede alguna duda, como un Rh negativo, por ejemplo, se confirma al microscopio.

Balanza granataria: debido a que ya no se realiza la preparación de reactivos ni buffers no es de mayor utilidad contar con un equipo como este. Todos los reactivos ya vienen preparados.

Microscopio binocular con condensador de campo oscuro: las pruebas diagnósticas que se llevan a cabo en este servicio y nivel de atención no requieren de dicha tecnología por lo que se puede prescindir de dicho equipo.

Horno eléctrico esterilizador: actualmente se tiene una incubadora, la cual, al no contar con una sección de bacteriología, se utiliza como horno de secado, en el momento que se proyecte ampliar el servicio será necesario comprar dicho equipo, pero de momento no es funcional ni existe el espacio físico para instalarlo.

Lavador de pipetas: las pipetas serológicas que se utilizan actualmente son únicamente para reconstituir algunos reactivos por lo que su uso es mínimo y no justifica la inversión de un lavador”.

La condición evidenciada se debe a la exclusión del Área de Salud, en la licitación de reactivos (analizador de electrolitos) y a la no ejecución de la compra del equipo correspondiente, así como ausencia de acciones



efectivas por parte de las autoridades del centro en la dotación del equipamiento y reactivos mínimos necesarios.

Si bien es cierto, los funcionarios del servicio han implementado estrategias para solventar la carencia de éstos, representa un aumento en la cantidad de trabajo y utilización de equipos para funciones diferentes a su diseño.

Lo anterior representa incumplimiento a la normativa, así como afectación en la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad, dificultando el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

1.4 Estado del Mobiliario

Se verificó que el Servicio de Laboratorio, en la sección de procesamiento y diagnóstico, utiliza mobiliario inadecuado debido al estado de conservación y materiales que lo componen; dadas las funciones del servicio, el mueble no es conveniente para esa sección y no dispone de placa institucional.

El mueble presenta tornillos expuestos, gavetas caídas, grietas que podrían acumular material bioinfeccioso, el diseño no es compatible con el equipo por lo que no permite posiciones ergonómicas, entre otros.

El Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles (2017), estipula lo siguiente:

“Artículo 6

Identificación o plaqueo de activos

Cada activo propiedad de la Institución deberá ser identificado con una placa numérica, adherida de manera que no ocasione deterioro y sea fácilmente localizable, la cual cumple las siguientes funciones:

- a) Es única para cada activo.*
- b) Indica que el activo es propiedad de la Institución.*
- c) Permite el registro contable y correspondiente control.*
- d) Son diseñadas por la Caja”.*

La Política Institucional para la Gestión de las Personas, establece en el apartado de Gestión del Trabajo, lo siguiente:

“ 3.2. Bienestar y Salud de las personas trabajadores

El bienestar y la salud integral de la población laboral se realizará mediante una gestión orientada al mantenimiento de condiciones laborales y ambientes de trabajo seguros y saludables (...).”.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (2007) establece la siguiente estrategia:

“Lineamiento 1: Una atención limpia es una atención segura

Estrategia 1.4: Prácticas de Bioseguridad

Resultados esperados

- ✓ *Personal de salud de la CCSS cumple con las medidas de bioseguridad.*
- ✓ *Establecimientos de salud de la CCSS con programas de salud ocupacional fortalecidos (...).”*

El Manual de Bioseguridad del Laboratorio Clínico del Área de Salud de Garabito, establece lo siguiente:

“Según la exposición al riesgo y los niveles de bioseguridad citados anteriormente y dentro de los cuales se clasifican los laboratorios, el laboratorio clínico del Área de Salud de Garabito se puede clasificar en un nivel III.

Nivel III

Trabaja con agentes infecciosos que puedan causar enfermedades serias o muerte, por inhalación, por exposición potencial por aerosoles patógenos. La infección seria puede causar la muerte.

Ejemplo: M tuberculosis, virus de la encefalitis, bacillus anthracis, coxiella burnetti”.

La Dra. Laura Arbuola Carvajal, Directora del Laboratorio, manifestó en la justificación de cambio de mobiliario:

“Se solicita cambio URGENTE del mobiliario de laboratorio, ya que el existente está en pésimas condiciones y se ha convertido en un peligro para los funcionarios al tener gavetas caídas, tornillos expuestos, puertas que se cayeron. Los funcionarios sufren constantemente golpes por los muebles en mal estado. Las superficies de trabajo no son las ideales para un laboratorio clínico ya que presenta grietas y rayas donde se puede acumular material bioinfeccioso, y no se cumple con las normas de bioseguridad.

Además, el diseño que existe no permite el uso adecuado de las superficies ya que estorba a la hora de ver al microscopio e imposibilita posiciones ergonómicas para los funcionarios, ocasionando problemas como dolores de espalda, por ejemplo (...).”

El 11 de noviembre 2019, esta Auditoría recibe el oficio ADM ASG 071-11-2019 suscrito por la Licda. Eilym Fallas Fernández, Administradora a.i. del Área de Salud Garabito refiriendo lo siguiente:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

“Sirva la presente para informar que no se ha realizado el plaqueo de los muebles del Área de trabajo del Servicio de Laboratorio debido a que no se cuenta con ningún registro de cuando se realizó la compra o ingreso de este activo.

Cabe mencionar que para el año 2018 mediante el oficio P-ASG-074-2018 se solicitó a la Subárea Confección y Reparación de Mobiliario para que brindará las especificaciones técnicas para realizar el trámite de compra, sin embargo, indican en el informe de visita que se debe elaborar un estudio integral del servicio por parte de ARIM, se realiza dicha solicitud y no brinda respuesta (...).”

La condición evidenciada corresponde a la omisión en la identificación del activo institucional ubicado en el servicio de laboratorio clínico, así como ausencia de gestiones por parte de la unidad técnica competente para la realización del estudio dirigido a la evaluación del mobiliario.

Lo anterior implica el incumplimiento de la normativa, riesgos de bioseguridad, posible afectación en la calidad del procesamiento de muestras, accidentes y/o enfermedades laborales para los funcionarios del servicio.

1.5 Sobre la aplicación de controles para la custodia de inventario y consumo de reactivos.

Se determinó que los mecanismos de control interno establecidos en el Servicio de Laboratorio Clínico para la custodia de inventario de reactivos e insumos es inefectivo, además la información contenida en las bitácoras físicas de pruebas efectivas (consumo de reactivos) carece de la información mínima de acuerdo con las disposiciones del Protocolo de Control de Reactivos en Custodia, Control y Facturación Pruebas Efectivas, 2016. (ver anexo 1).

El 12 de setiembre 2019, esta Auditoría realizó un inventario sobre la existencia de insumos contra el control manual utilizado en el laboratorio. Los resultados del procedimiento evidenciaron faltantes de los siguientes materiales: 10 racks de tubos EDTA, 1 caja de reactivos de orina, 29 cajas de agujas verdes, 6 tubos de citrato, 6 unidades de cubreobjetos y 1 caja de reactivo de rotavirus.

La Dra. Arbuola, Directora del laboratorio indicó lo siguiente:

“los insumos y/o reactivos faltantes se encuentran en uso y no se han anotado en los controles ya que dependiendo de la prueba que esté realizando el funcionario se le imposibilita anotar el reactivo o insumo en el momento, para el caso de las agujas verdes hubo un error en el inventario ya que se incluyeron agujas amarillas en el conteo de las agujas verdes, de forma mensual se realiza la revisión de los controles una vez que han sido completados con los insumos y reactivos tomados de la bodega contra el último pedido efectuado, para verificar la utilización de reactivos e insumos de manera que no se extravíe ninguno de ellos(...).”



La Ley General de Control Interno N°8292, estipula en su artículo 15 lo siguiente:

“Actividades de control. Respecto de las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a. *Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y **los procedimientos de control** que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones (...). (La negrita no corresponde al original).*

El Protocolo de Control de Reactivos en Custodia, Control y Facturación Pruebas Efectivas (2016), señala:

“5.1.8 El Director o Jefe de Laboratorio clínico, independientemente de si la técnica es automatizada o no, debe asegurarse de mantener una bitácora física para cada proceso de compra en la modalidad de prueba efectiva e instruir al personal a su cargo y designado para la realización de cada prueba (por turno), de llenar la bitácora física respectiva como control de gasto o consumo de reactivos, misma que deberá estar debidamente identificada en la portada, foliada (libro de actas), donde el registro esté libre de tachaduras y que en forma resumida, se indique al menos:

- a) *La fecha en que se realiza la prueba o análisis y la jornada laboral o turno.*
- b) *El número y fecha de vencimiento del lote de reactivos cuando se coloca o se inicia una nueva caja o producto.*
- c) *Consumo total (no desglosado) de pruebas durante el periodo o turno. En el caso de pruebas no automatizadas anotar según corresponda al tipo de prueba:*

Número de pruebas.

Calibradores.

Repeticiones o pérdidas y su causa.

Controles.

En el caso de equipos automatizados se puede guardar una impresión del equipo, de las pruebas realizadas durante el período, conteniendo al menos, la información arriba indicada.

d) *Número de pruebas no utilizadas debido a la presentación del producto. Se refiere a la cantidad de pruebas que no son utilizadas debido a que la presentación (número de pocillos en la placa o reactivos), es mayor a la requerida al momento de realizar la prueba. Por ejemplo “REACTIVO PARA LA DETERMINACIÓN DE CHAGAS”.*

e) *Cualquier evento o situación que puede incidir directa o indirectamente en el consumo de reactivos o en el número de pruebas efectivas a reportar.*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

f) Nombre y firma del analista responsable de las anotaciones”.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (2007) establece las siguientes estrategias:

“Lineamiento 6: Los insumos seguros aseguran la atención

Estrategia 6.1: Optimizar la cadena de abastecimiento de artículos almacenables y no almacenables

Resultados esperados

- ✓ *Manuales de Procedimientos, actualizados y divulgados.*
- ✓ *Personal involucrado en procedimientos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución, debidamente capacitado.*
- ✓ *Información real en línea de consumo de productos almacenables (Plan 5000).*
- ✓ *Condiciones de infraestructura conforme a las buenas prácticas de almacenamiento en el Área de Almacenamiento y Distribución (...).*

Estrategia 6.2: Mejorar la utilización de los insumos

Resultados esperados

- ✓ *Utilización racional y efectiva de los insumos”.*

El 02 de octubre, esta Auditoría efectuó entrevista con la Dra. Laura Arbuola Carvajal, con el propósito de recabar información sobre la aplicación de controles para la custodia de inventario y consumo de reactivos.

La Dra. indica que efectivamente se cuenta con el control de custodia de inventario y bitácoras para cada equipo automatizado cumpliendo con lo establecido en el Protocolo de Control de Reactivos en Custodia, Control y Facturación Pruebas Efectivas. Aporta evidencia documental de los mismos.

La condición evidenciada es producida por la ausencia de controles efectivos apegada a la normativa vigente, así mismo, dada la naturaleza de las funciones sustantivas de este servicio, los controles establecidos por la administración presentan vulnerabilidad.

Lo descrito implica inobservancia de los procedimientos institucionales, así como riesgos en cuanto a la pérdida de insumos y/o reactivos, amenazando el patrimonio institucional. Es criterio de esta Auditoría que, a pesar de la existencia de los controles, los mismos no son garantes del cumplimiento del Sistema de Control Interno.



2. SOBRE LAS METAS DEL PLAN PRESUPUESTO 2018, EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

Se determinó que el Servicio de Laboratorio Clínico, presenta debilidades en el proceso de planificación, modificación y seguimiento del Plan-Presupuesto 2018, según se detalla:

TABLA 2
METAS PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO
PLAN PRESUPUESTO 2018

Indicador	Meta programada	Meta realizada	Porcentaje de cumplimiento	Parámetro de evaluación (oficio PE 23.467-12)	Justificación
Número de niños y niñas de I, III y IV grado con hemogramas realizados	500	270	54 %	Meta insuficiente	<p>Formulación Datos suministrados por Jefatura Laboratorio</p> <p>Modificaciones I sem Por periodo de vacaciones de las escuelas no se cumplió, por lo que se disminuye en este semestre</p> <p>Modificaciones II sem Se disminuye ya que por falta de recurso humano es imposible alcanzar la meta anteriormente propuesta</p> <p>Seguimiento I sem Meta insuficiente por periodo de vacaciones de las escuelas (enero, febrero, semana santa) y por falta de recurso humano no se cumplió</p> <p>Seguimiento II sem Meta no cumplida: Por huelga en las escuelas y falta de recurso humano no se cumplió</p>
Número de exámenes de laboratorio por consulta externa	86952	76656	88.20 %	Meta parcialmente cumplida	<p>Formulación Datos suministrados por Jefatura Laboratorio. Se calculo con numero consultas externas programada 2018 (34780) por 2.7 dividido entre 4. corregido 21-6-2017 con recomendación de supervisor)</p> <p>Modificaciones I sem Modificaciones II sem Se disminuyen ya que por un error se calcularon anteriormente con un indicador incorrecto</p> <p>Seguimiento I sem Meta parcialmente cumplida, debido a un mal cálculo en la formulación original y no se hizo la modificación; por lo que se hará el cambio respectivo en la segunda modificación. Se calculo con 20000 por trimestre por lo que da un 102% al haber logrado 40969</p> <p>Seguimiento II sem La huelga del mes de setiembre afectó el cumplimiento de este punto por ausencia de los pacientes a sus</p>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Indicador	Meta programada	Meta realizada	Porcentaje de cumplimiento	Parámetro de evaluación (oficio PE 23.467-12)	Justificación
Número de exámenes de laboratorio por servicio de urgencias	24429	23771	97.30 %	Meta con cumplimiento aceptable	<p>citas y falta de recurso humano</p> <p>Formulación Datos suministrados por Jefatura Laboratorio. Se calculo con numero consultas urgencias 2018 (45232)) programadas por 0.6 dividido entre 4. (corregido 21-6-2017 con recomendación de supervisor)</p> <p>Modificaciones I sem Modificaciones II sem Se disminuye ya que por un error se calcularon anteriormente con un indicador incorrecto</p> <p>Seguimiento I sem Meta no cumplida, debido a un mal calculo en la formulación original y no se hizo la modificación; por lo que se hará el cambio respectivo en la segunda modificación. Se calculo con 5430 por trimestre por lo que da un 97.6% al haber logrado 10600</p> <p>Seguimiento II sem Meta cumplida</p>
Número de exámenes de laboratorio por apoyo a la Red (Medicina de Empresa, Mixta u otro establecimiento de salud)	4000	4560	114 %	Meta cumplida	<p>Formulación Datos suministrados por Jefatura Laboratorio. Se calculo por histórico de años anteriores</p> <p>Modificaciones I sem Modificaciones II sem NO SE MODIFICA</p> <p>Seguimiento I sem Meta sobre cumplida por Aumento en la solicitud de exámenes por los médicos del sistema de medicina mixta</p> <p>Seguimiento II sem Meta sobre cumplida Se presenta un aumento en estas solicitudes por aumento de consulta en centros privados</p>
Tiempo promedio de espera para la entrega de exámenes de laboratorio por consulta externa (minutos)	4320	4320	100 %	Meta cumplida	<p>Formulación Datos suministrados por Jefatura Laboratorio</p> <p>Modificaciones I sem Modificaciones II sem NO SE MODIFICA</p> <p>Seguimiento I sem Seguimiento II sem Meta cumplida</p>

Fuente: Elaboración propia.

La Ley General de Control Interno N° 8292 estipula en sus artículos 14 y 15, lo siguiente:

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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

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

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

Actividades de control. Respecto de las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

a) *Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones (...).*

Las Normas Técnicas Específicas Plan Presupuesto, 2014, señalan en el apartado 5 “La planificación como base para el proceso”:

“La formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación del presupuesto debe sustentarse en la planificación, para que éste responda adecuadamente al cumplimiento de los objetivos, metas y proyectos formulados y contribuya a la gestión de la unidad ejecutora de frente a la estrategia institucional y la demanda de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales por parte de los usuarios (...).”

El Instructivo de Formulación Plan Presupuesto (2017), establece lo siguiente:

“Paso 3 la revisión de factores a considerar:

*De acuerdo al apartado 4.1.3 “Elementos a considerar en la fase de formulación” de las Normas Técnicas Sobre Presupuesto Público N-1-2012-DC-DFOE, emitidas por la Contraloría General de la República, cada unidad debe realizar un análisis riguroso de factores influyentes en la formulación (ver figura 3), con el fin de asegurarse el cumplimiento efectivo de las disposiciones legales y técnicas, así como incorporar las variaciones o ajustes producidas en la programación física de metas.
(...)*

A continuación, se efectúa una breve descripción de cada uno de estos factores:

Análisis de Situación: La unidad ejecutora elabora, identifica y analiza los elementos presentes en su ámbito interno y externo, pertenecientes a su pasado, actualidad y futuro, los cuales podrían incidir en su desempeño y en el cumplimiento de sus objetivos.



Valoración del Riesgo: Según lo previsto en el artículo 14 de la Ley General de Control Interno, 8292, la unidad debe considerar el análisis de valoración del riesgo efectuada a las metas de periodos anteriores, con el fin de prever los riesgos materializados, fortalecer las estrategias que han sido útiles y replantear las poco exitosas, con el fin de administrar mejor los riesgos actuales.

Resultados de ejecución física y financiera de años anteriores: Los resultados de la ejecución financiera de años anteriores, permitirá efectuar un estimado del presupuesto requerido por la unidad para la consecución de proyectos, programas y metas a desarrollar durante el periodo vigente.

La unidad debe asegurarse la disponibilidad de los recursos, con el fin de dar atención a los rezagos de periodos anteriores y a la programación del periodo vigente (...)

Paso 6: Gestión de Riesgos (Identificación, análisis, administración y seguimiento)

Según lo establece la Ley General de Control Interno en el artículo 14 y 15, se deben identificar y analizar los riesgos relevantes, asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto, en los planes anuales como en los planes de mediano y de largo plazo, por lo anterior se debe realizar la valoración de riesgos.

Para realizar la valoración de los riesgos, es importante tomar en cuenta la estructura de riesgo, donde se establecen las categorías y subcategorías, entre las que se destacan: riesgos legales, de comunicación, normativos e insumos. Además, la unidad puede utilizar preguntas orientadoras como insumo para la identificación de riesgos o generar otras preguntas adicionales (...)

Mediante oficio PE 23.467-12, del 31 mayo 2012, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, se remitió los Parámetro de Evaluación aprobados por el Consejo de Presidencia y Gerencia, en la sesión N° 315, celebrada el 7 de mayo del 2012 y publicado en la Web, el 31 de mayo de 2012 donde se indica:

- ≥ 100 % Meta Cumplida.
- ≥ 90 , <99 % Meta con cumplimiento aceptable.
- ≥ 80 , <90 %, Meta Parcialmente Cumplida.
- < 80 %, Meta Insuficiente.

La Dra. María Fernanda Sosa Jiménez, coordinadora del laboratorio clínico manifestó sobre el plan presupuesto, lo siguiente:

“Formulación de metas del plan presupuesto

En lo que respecta a este punto, la formulación de metas se realiza con base en la estadística anual del año anterior y adicionalmente, se le solicita al departamento de redes la cantidad de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

pacientes de consulta externa y de urgencias que los médicos estiman van a recibir. Con esta información se procede a calcular los indicadores establecidos.

Dentro de los indicadores se estima cuanto va a producir el laboratorio, las horas de entrega de resultados, trabajo escolar y consulta de medicina mixta, empresa y otros centros. Para los dos primeros indicadores mencionados la estimación se mantiene estable debido a que se toma en cuenta el personal y las instalaciones con las que se cuentan, y estos normalmente no cambian, por lo que tampoco cambian estos indicadores. Trabajo escolar no se realiza porque no se cuenta con personal para enviar a las escuelas. Para medicina mixta y otros centros se realiza un cálculo de lo que se espera recibir, mediante la determinación del incremento que se ha tenido en los últimos años.

Modificación de metas del plan presupuesto

Las modificaciones se realizan a solicitud de la coordinación médica, quien indica un periodo de tiempo específico para entregarlas.

Seguimiento de metas del plan presupuesto

Para este punto lo que se realiza es que se coteja lo que se planificó o se formuló con lo que se cumplió y se determina un porcentaje de cumplimiento. Si el porcentaje es diferente al que se esperaba, ya sea mayor o menor, se justifica el porqué de esta diferencia.

La principal razón por la que se da el incumplimiento de metas en el laboratorio es el recurso humano, ya que no se cuenta con suficiente personal. Por ejemplo, el trabajo escolar no se logra cumplir ningún año ya que el laboratorio no puede enviar a un funcionario sin sacrificar el servicio que se brinda para consulta externa, urgencias y demás exámenes que se realizan.

El encargado de la coordinación médica es quién solicita al laboratorio enviar los datos de la formulación y cumplimiento, las justificaciones y modificaciones del plan presupuesto”.

La condición evidenciada proviene de una inadecuada formulación del plan presupuesto, por parte de los diferentes actores en el citado proceso, además de supervisión insuficiente, por parte de las autoridades del centro médico, en el monitoreo del cumplimiento de metas.

Lo anterior conlleva además del incumplimiento de la normativa; la utilización inadecuada de los recursos materiales, humanos y económicos para la consecución de los objetivos del servicio, en la prestación oportuna de los servicios de diagnóstico, además, no permite recopilar un histórico con la previsión de riesgos de forma acertada.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

CONCLUSIONES

El objetivo de los de laboratorios clínicos es ofrecer servicios de acuerdo con los estándares de calidad, para el apoyo de la atención integral de la salud de la población, mediante la consolidación de una red de laboratorios articulados y con competencia técnica.

En vista de lo anterior, la institución debe velar por el fortalecimiento de este servicio de apoyo al diagnóstico; para el funcionamiento óptimo del laboratorio de Garabito, es fundamental que la distribución de la estructura física permita el desempeño de las labores correspondientes, así como el equipo mínimo y mobiliario que cumplan las normas técnicas y de bioseguridad para salvaguardar la calidad del procesamiento de muestras, así como la salud de las personas trabajadoras del servicio.

La oferta de servicios actual en conjunto con la ausencia de la sección de bacteriología impide a los usuarios de ese centro de salud, una atención oportuna y con calidad; uno de los principales ejes que forma parte del Plan Estratégico Institucional 2019-2022, además del recargo de funciones adicionales al Área de Salud de Parrita, la cual colabora solidariamente con Garabito para evitar una afectación mayor del servicio.

Los controles establecidos en el Servicio del Laboratorio Clínico deben garantizar de forma razonable el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, en apego al marco técnico y normativo que lo regula, sin embargo, la evaluación determinó aspectos de mejora que debe implementar el Área de Salud.

Lo anterior de conformidad con las vulnerabilidades detectadas en la custodia, uso y aprovechamiento de los recursos asignados de insumos y reactivos, estos últimos especialmente onerosos, lo cual genera riesgos para el patrimonio institucional.

La planificación presupuestaria es un elemento de gestión operativa en la cual se definen los objetivos a desarrollarse por cada unidad acorde a sus atribuciones legales y normativas, debe estar alineando con la planificación estratégica y táctica por tanto, el Área de Salud de Garabito deberá efectuar la revisión de los factores a considerar, entre ellos destaca el análisis de la situación que rescata elementos internos y externos que podrían incidir en su desempeño y la valoración del riesgo que permita determinar las estrategias a replantear o a fortalecer así como los pasos para una adecuada formulación, modificación y seguimiento del Plan-Presupuesto.

Finalmente, es criterio de esta Auditoría que el Servicio de Laboratorio del Área de Salud de Garabito presenta vulnerabilidad en el sistema de control interno, siendo lo anterior responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados de ese centro médico, quienes deben velar por el estricto cumplimiento de este, garantizando la protección del patrimonio institucional, la oportunidad en la información, eficacia de las operaciones y cumplimiento del ordenamiento técnico y jurídico.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

RECOMENDACIONES

AL DR. WILBURG DÍAZ CRUZ, DIRECTOR DE LA RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PACÍFICO CENTRAL O A QUIEN OCUPE SU LUGAR.

1. En conjunto con el Área de Salud de Garabito, realizar un estudio de factibilidad para contemplar la habilitación de la sección de bacteriología en la sede actual o la prevista a construir bajo la modalidad de fideicomiso. Así como, adoptar medidas para mitigar la afectación del servicio, debido a la ausencia de esta sección.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitir a esta Auditoría el estudio de factibilidad señalando la decisión adoptada y las medidas implementadas; dado que el fin es cumplir el objetivo estratégico de la institución relacionado con la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad. **Plazo: 6 meses**

AL DR. LUIS SANABRIA BRENES, DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD DE GARABITO O A QUIEN OCUPE SU LUGAR.

2. Efectuar las gestiones respectivas para la dotación mínima de equipo y reactivos correspondientes, considerando el criterio técnico de la jefatura del Laboratorio.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, la Dirección Médica deberá remitir a esta Auditoría evidencia de las acciones ejecutadas, dado que el fin es brindar una oferta de servicios completa y cumplir el objetivo estratégico de la institución relacionado con la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad. **Plazo: 6 meses.**

3. En conjunto con el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, realizar las acciones para la valoración del mobiliario en estado de deterioro, determinando si requiere ser sustituido, así como el plaqueo del mismo.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, la Dirección Médica deberá remitir a esta Auditoría los resultados de la valoración técnica, y evidencia del plaqueo; dado que el fin es disminuir los riesgos de bioseguridad, accidentes laborales y salvaguardar la calidad de las muestras procesadas. **Plazo: 6 meses.**

A LA DRA. LAURA ARBUOLA CARVAJAL, DIRECTORA DEL LABORATORIO CLÍNICO DEL ÁREA DE SALUD DE GARABITO O A QUIEN OCUPE SU LUGAR.

4. Establecer controles para el consumo de reactivos y la custodia de inventario; que cumplan con lo estipulado en la normativa vigente, asegurando eficacia y garantía en el cumplimiento del sistema de control interno.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá remitir a esta Auditoría, evidencia documental de la aplicación, responsables y evaluación de éstos. Dado que el fin, es cumplir con lo estipulado en la Ley General de Control Interno relacionado con la protección del patrimonio institucional. **Plazo: 6 meses.**

5. Determinar las medidas para el fortalecimiento en el proceso de formulación, modificación y seguimiento de las metas del servicio de Laboratorio para el siguiente Plan-Presupuesto, en apego a lo estipulado en la normativa institucional.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá remitir a esta Auditoría, las medidas aplicadas, dado que el fin, es cumplir el objetivo estratégico de la institución relacionado con la innovación y mejora continua de la prestación de los servicios. **Plazo: 6 meses.**

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los alcances del presente informe se comentaron los días 06 y 11 de diciembre 2019, con los doctores Wilburg Díaz Cruz, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, Luis Sanabria Brenes, Director Médico del Área de Salud Garabito y Laura Arbuola Carvajal, Directora del Laboratorio Clínico, quienes indicaron estar de acuerdo con los plazos de cumplimiento de las recomendaciones.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Licda. Tatiana Ramírez Gómez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías
JEFE SUBÁREA

RJM/TRG/ams



ANEXOS

ANEXO N° 1

Bitácoras de consumo de reactivos

Equipo de química

28	
1	22 set 19
2	Cal Creat. OK.
3	
4	
5	
6	23 set 19
7	Cal CRE, CREO, ALB + controles
8	
9	24 set 19
10	Cal CRE + controles OK.
11	
12	25 set 19
13	Cal CRE, BD + controles OK
14	
15	26 set 19
16	cal CRE + controles
17	Mantenimiento semestral
18	
19	27 set 19
20	Cal CRE, ALT + controles OK.
21	
22	28 set 19
23	Cal CRE + controles OK.
24	
25	29-9-19
26	Mantenimiento semanal
27	Cal CRE TP, Gluc. + controles OK.
28	Cal CRE OK Gluc de TP ERPOR SEL
29	Cambio Reactivo TP
30	500 TP Cal OK CC OK
31	
32	30 set 19
33	Cal CRE, AST, BT + controles OK.
34	





Hematología

6
 03-09-2019
 CBC_i = 85631 + 39
 CBC_f = 85670
 7 conteos OK ET 8:00
 3 audios
 1 + 1 repetición
 27 muestras
 31 OK
 cambio colpaca
 conteos realizados contra perfores
 mantenimiento semanal

09-09-2019
 CBC_i = 85671 = 62
 CBC_f = 85733 = 62
 53 + 6C + 1AUF = 62 \$0
 6 conteos OK ET 7:20
 1 audio

10-09-2019
 CBC_i = 85734 + 94
 CBC_f = 85828
 7 conteos OK ET 7:17
 1 audio
 85 muestras
 1 repetición a 7:00
 97 rec.: MP2 O 2 J

11-09-2019
 CBC_i = 85829 = 65 OK
 CBC_f = 85847
 61 + 6C + 1AUF = 65. Puntos OK
 ajuste de dilución





Control de inventario

CONTROL DE INVENTARIO			
SUMINISTRO	CANTIDAD	FECHA	RESPONSABLE
Tubos rosas 6	100	8/7/19	SD
Postas lisas	2	8/7/19	SD
Cubres	2	8/7/19	SD
Caja Orina	1	9-7-19	
Caja Hece	1	9-7-19	
T. EGO	1		
rodma	1	10-07-19	ET
Agujas verdes	1	10/7/19	SD
TP	1		
TPT	1	10/7/19	DGG
Chal TP	1		
Sangre oculta	25 (12)	10/7/19	
Caracteres H	2		
Tubo Morado	2 (3)		
Tubo Rojo Gdo	1		
Tubo Tazon Amarillo	1		
Tiras Orina	1		
Agujas Verdes	2		
Tubo VES	10		
Cubres	1		
Controles Glucometro	1		
Resmas	1	10-7-19	
HGE	10	10	
FBD	1		
FFD FFO	1		
Callpack	1	10-7-19	11-07-2019
Relos estirados	1		
Frascos espato	1	10/7/19	LAC
Cubres	1	11/7/19	SD
Postas lisas	1	11/7/19	SD
Caja Frasco orina	1	12-7-19	SD
Tubo vaina del	100	12-7	J
Agujas verdes	100	14/7/19	USE
rodma	1	15-7-19	ET
Cubres	1	15/7/19	SD
Torniquete	1	15/7/19	SD
Sangre oculta	25	15/7/19	
Tubo Morado	2		
Tubo Rojo Gdo	2		
Tubo Tazon Amarillo	1		
Tiras Orina	1		
Posta lisas	1		
Posta esmerilada	1		
Agujas Verdes	1		
Agujas Amarillas	1		
Tubo Orina	1		

