



ASS-017-2022

18 de abril de 2022

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el programa de actividades especiales del Plan Anual de Trabajo 2022 del Área Servicios de Salud de la Auditoría Interna, y en atención a denuncia DE-279-2021 relacionada con el hurto de fentanilo en febrero del 2018 en el Hospital San Vicente de Paúl en Heredia y los mecanismos de control en el uso y custodia del fármaco en ese centro médico.

Considerando las características del fentanilo respecto a sus propiedades analgésicas potentes que incrementan el riesgo de adicciones, cuyo uso inapropiado genera graves efectos secundarios para la salud de las personas, se analizaron los hechos descritos en la denuncia DE-279-2021, en lo referente al establecimiento de medidas de control interno en el uso y custodia del fármaco en el Hospital San Vicente de Paúl.

Como parte del estudio, se analizaron las acciones desarrolladas por la administración activa en cuanto al hurto de fentanilo en el HSVP y se determinó que se llevaron a cabo las investigaciones preliminares y/o procedimientos administrativos de responsabilidad disciplinaria por parte del Hospital San Vicente de Paúl, Hospital México y Dirección Jurídica, estableciendo de conformidad con los criterios legales las acciones correspondientes, fortalecimiento de los controles internos en la Unidad de Cuidados Intensivos del HSVP, modificación de horarios y unidad de trabajo en el Hospital México y controles periódicos no planificados, además como sanción penal el sometimiento a procesos de rehabilitación para dejar el consumo de sustancias psicoactivas, a saber, iniciar un procedimiento y control ante el IAFA, a partir de febrero 2022 hasta julio 2022, iniciar un proceso de seguimiento y control a partir de octubre 2021 y hasta enero a cargo de Kayrós¹ (tratamiento residencial inició el 22 de marzo al 3 de octubre del 2021 y posterior tratamiento externo con citas ambulatorias por 6 meses y medio) y la implementación de un plan de seguimiento laboral de la evolución del proceso por las jefaturas correspondientes en el Hospital México.

Con respecto a los mecanismos de control implementados en el uso del fentanilo en el hospital, se observó que el despacho por parte del servicio de farmacia permite dar seguimiento al uso del fármaco, sin embargo, se determinó la necesidad de documentar los procedimientos para el cálculo de la duración de la infusión y para el despacho de fentanilo a los especialistas en Anestesiología, mediante un stock personal que se repone semanalmente, así como implementar controles periódicos de la jefatura de Anestesia y del Servicio de Farmacia, de manera que se definan las responsabilidades en la custodia del fármaco, minimizando el riesgo de un eventual hurto o uso inapropiado del medicamento.

Por otra parte, se evidenció que se dispone de un stock de dos ampollas de fentanilo en el área de agudos-1 del Servicio de Emergencias, el cual también es necesario autorizar y documentar.

Se observó el almacenamiento de medicamentos en los salones hospitalarios, en cantidades superiores a las autorizadas, productos no autorizados para stock, sin una clara identificación, algunos vencidos o abiertos sin la fecha de apertura registrada; como ejemplos se puede mencionar antibióticos de uso restringido (meropenem, vancomicina, levofloxacina), aciclovir, amiodarona, octreótido, digoxina.

En el caso de los stocks definidos por el Servicio de Farmacia, no se logró documentar el aval del Comité Central de Farmacoterapia, de conformidad con lo que establece la normativa de la Lista Oficial de Medicamentos. Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y supervisión en el manejo de medicamentos en los salones hospitalarios, mediante revisiones frecuentes y devolución oportuna de tratamientos no administrados por parte de enfermería, así como verificaciones periódicas en el caso del servicio de farmacia.

¹ Comunidad Terapéutica para la adicción, organización de restauración sin fines de lucro.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

En cuanto a la documentación en el Expediente Digital Único en Salud, se determinó que no se registra la información relacionada con los procedimientos de anestesia, sino que se efectúa en la hoja física de anestesia, lo cual limita la trazabilidad, supervisión y control respecto a la prescripción y uso del medicamento en Sala de Operaciones. Además, se identificó la necesidad de que se efectúe un registro clasificado de los datos estadísticos respecto a los funcionarios institucionales que presentan algún tipo de adicción a sustancias psicoactivas, con el fin de disponer de herramientas para el reforzamiento del abordaje integral que se ofrece a este tipo de pacientes.

Por lo anterior, se han emitido recomendaciones a la Gerencia Médica, Dirección General del Hospital y jefatura del Servicio de Farmacia, a efectos de fortalecer los procesos de custodia, control, supervisión y trazabilidad en el uso del fentanilo en el Hospital San Vicente de Paúl.



ASS-017-2022

18 de abril de 2022

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN Y CUSTODIA DEL FENTANILO EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL-2208

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del programa de actividades especiales del Plan Anual de Trabajo 2022 del Área de Servicios de Salud de la Auditoría Interna y en atención a denuncia DE-279-2021, relacionada con el hurto de fentanilo en febrero del 2018 en el Hospital San Vicente de Paúl y los mecanismos de control en la prescripción, dispensación y custodia del fármaco.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la razonabilidad del control interno en cuanto a la prescripción, dispensación y custodia del fentanilo en el Hospital San Vicente de Paúl, de conformidad con la denuncia DE-279-2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar las acciones efectuadas por la CCSS en relación con el hurto del medicamento en el HSVP en el 2018.
2. Evaluar los mecanismos de control implementados en los salones hospitalarios y servicio de farmacia del Hospital San Vicente de Paúl para el almacenamiento y custodia del fentanilo.
3. Verificar el cumplimiento de la normativa en cuanto a la prescripción y despacho del fentanilo.
4. Verificar las acciones institucionales para el abordaje de los funcionarios con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

ALCANCE

La evaluación comprende el análisis de los hechos indicados en la denuncia DE-279-2021, así como lo referente a los mecanismos de control interno implementados para la prescripción, dispensación y custodia del fentanilo en el HSVP, durante el período comprendido entre marzo del 2018 y noviembre del 2021.

El estudio se efectuó en concordancia con las disposiciones establecidas 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

1. Revisión de las acciones realizadas por la administración activa y el Organismo de Investigación Judicial en relación con el hurto del fentanilo el 27 de febrero del 2018 en el HSVP: resolución dictada por el Organismo de Investigación Judicial ante la denuncia causa número 18-001285-0059-PE; expediente de las Investigaciones Preliminares IP-003-2018 del HSVP y 117-18 del Hospital México.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

2. Entrevista a los siguientes funcionarios:

- a. Dr. Guillermo Sanabria Umaña, coordinador Unidad Salud Ocupacional Hospital México.
- b. Licda. Carolina Ruiz Parras, actual Coordinadora departamento de Asesoría Legal HSVP.
- c. Dra. Silvia Beirute Bonilla, jefe Servicio de Enfermería del Hospital México.
- d. Lic. Warner Castro Mathieu, funcionario Dirección Jurídica.
- e. Dr. Álvaro Tencio Castro, médico del HSVP y miembro del EISAA.
- f. Ing. Andrea Elena Rodríguez Arce, Coordinadora de Salud Ocupacional HSVP
- g. Dra. Sheanell Patricia León Myrie, Medico laboral HSVP.
- h. Dr. Edgar David Tencio Araya, farmacéutico HSVP.
- i. Dr. Luis Sandí Esquivel, médico psiquiatra del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y coordinador de la clínica para el tratamiento de personas afectadas por consumo de opioides.
- j. Dra. Patricia Redondo Escalante, médico jefe del Área de Salud Ocupacional, Dirección de Bienestar Laboral.
- k. Dr. Isaac Ortiz Morales, director de Enfermería HSVP.
- l. Dra. Delsa Azofeifa Cubero, supervisora de Enfermería HSVP.
- m. Dra. Katherine Mata Rojas, jefe Servicio Anestesiología y Recuperación HSVP.
- n. Dra. Ana Lorena Castro Lizano, farmacéutica subjefe Servicio de Farmacia HSVP.

3. Solicitud de información a la Msc. Isabel Mena Ramírez, jefe Enfermería Consulta Externa Hospital México.

4. Indagación vía telefónica al Dr. JPMCh, víctima robo Laptop 2018.

5. Revisión de almacenamiento y custodia de medicamentos en el Servicio de Farmacia, Sala de Operaciones (piso 3), Unidad de Cuidados Intensivos (piso 3), Cirugías piso 3 y piso 4, Medicinas mujeres piso 5, Medicinas piso 5 hombres y Emergencias (Sala de Shock médica, quirúrgica y pediátrica; agudos 1 y 2, general 2, 3 y 4 e inhaloterapia).

6. Revisión de una muestra de 40 recetas de fentanilo despachadas en el mes de setiembre del 2021 y de los expedientes u hojas de anestesia correspondientes.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, del 4 de setiembre 2002.
- Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, N° 8204, del 11 de enero de 2002.
- Ley N° 9162, Expediente digital único de salud, del 23 de agosto del 2013.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, N-2-2009-CO-DFOE, aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contraloría General de la República N° R-CO-9-2009, del 26 de enero del 2009. Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, decreto 37111-S, del 12 de enero de 2012.
- Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, Decreto Ejecutivo No 37111-S, enero 2012.
- Reglamento del expediente digital único en salud, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 4° de la sesión 8954, celebrada el 29 de enero de 2018.
- Reglamento General de Salud.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales.
- Reglamento del Expediente de Salud.
- Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, Código MT.GM.DDSS. ARSDT.CNSF.002,2016.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Enfermería, Gerencia Médica 2018
- Manual de Supervisión de Enfermería para los Tres Niveles de Atención, Gerencia Médica 2018.
- Normativa Lista Oficial de Medicamentos.



- Manual Operativo del Reglamento del EDUS Corrección de datos del Expediente Digital Único de Salud N°-GM-AES-MO-002.
- Protocolo para el despacho de estupefacientes y psicotrópicos en paciente hospitalizado, Servicio de Farmacia HSVP, marzo 2020.
- Informe Técnico Interdisciplinario para el Abordaje de la Salud Mental a Nivel Institucional, respuesta a informe de auditoría ASS-051-2020”, código IFT.GM.DDSS 21092021, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, 2021.
- Criterio Jurídico 036-J del 08/07/2011, Procuraduría General de la República.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE 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 debido a 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”

ASPECTOS GENERALES

La denuncia DE-279-2021 está relacionada con presuntas irregularidades en cuanto a la disposición de fentanilo en el Hospital San Vicente de Paul, por lo cual se procedió a realizar una revisión de lo actuado por la administración en cuanto al caso concreto del eventual hurto de 6 ampolla de fentanilo en febrero del 2018, así como a desarrollar un estudio sobre el uso de este estupefaciente en ese centro hospitalario.

El fentanilo es un opioide analgésico sintético potente que es similar a la morfina, pero 50 a 100 veces más potente. Es un medicamento de prescripción controlada, usado como anestésico quirúrgico intravenoso y para tratar pacientes con dolor severo.

En la Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social el fentanilo está incluido en el grupo terapéutico de analgésicos narcóticos y antagonistas, con el código 1-10-17-3860, en la presentación como base 0.05 mg/mL (como citrato), solución inyectable, ampolla con 2 mL. El nivel de usuario es 2B (Hospitales Periféricos Segundo Nivel de Atención), clave HE, con restricción de prescripción exclusiva a Anestesiología, Cuidados Intensivos o médico especialista a cargo de pacientes que requieren soporte ventilatorio agudo invasivo, con ventilación mecánica, siempre y cuando se cuente con las condiciones idóneas para el adecuado manejo de un caso clínico de tal complejidad.

HALLAZGOS

1. SOBRE LAS ACCIONES INSTITUCIONALES EN CUANTO AL HURTO DE FENTANILO SEGÚN EL OFICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL- HSVP-AL-096-2018

Esta Auditoría Interna tuvo conocimiento de la denuncia pública interpuesta ante al Organismo de Investigación Judicial-Delegación Regional de Heredia, el 20 de junio 2018, mediante oficio HSVP-AL-096-2018 por la asesora jurídica del HSVP en ese momento, titulada “Denuncia Pública contra ABP por indicios de ilicitud penal de hurto de dosis de estupefaciente fentanilo en el Hospital San Vicente de Paúl”, contra un enfermero del Hospital México ante el hurto de 6 ampollas del estupefaciente fentanilo en el HSVP.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Hechos ocurridos en Hospital San Vicente de Paúl y Hospital San Juan de Dios

En el Hospital San Vicente de Paúl, el 27 de febrero 2018, el Sr. ABP, Auxiliar de Enfermería del Hospital México, pese a que se encontraba incapacitado en ese momento por el periodo del 22 al 28 de febrero 2018, se presentó a la Unidad de Cuidados intensivos en adelante UCI, en donde solicitó 6 ampollas de fentanilo y hurtó una computadora portátil personal del Dr. JPMCh, médico del Hospital San Vicente de Paúl.

En el Hospital San Juan de Dios, el 25 de junio 2018, el Sr. ABP se presentó a la Dirección del Servicio de enfermería y solicitó conversar con la Dra. Virian Mejías Padilla, directora de Enfermería HSJD, con la indicación de que la Dra. Silvia Beirute Bonilla, directora de Enfermería del Hospital México lo había trasladado para trabajar con código de plaza, debido a que vivía en Aserrí y le quedaba lejos viajar al Hospital México. La Dra. Mejías Padilla no lo atendió y posterior a eso se presentó en el Servicio de Recuperación (URPA) para asistir a una paciente en gases arteriales que se encontraba post anestésica con ventilación mecánica asistida; en apariencia, le retiró la bolsa de infusión de sedación dejando la conexión colgada sobre el ventilador mecánico, esto según consta en el oficio 0969-2018 D.E del 3 de julio 2018, remitido por la Dra. Virian Mejías Padilla, Directora de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, a la Dra. Silvia Beirute Bonilla, Directora de Enfermería del Hospital México.

Por lo anterior, el Sr. ABP fue sometido a un procedimiento administrativo de responsabilidad disciplinaria, expediente 112-18, el cual concluye que no se logró acreditar la responsabilidad disciplinaria²: *“por ser actores preparatorios, éste no puede ser impugnado”*.

Acciones realizadas por la Administración: Hospital San Vicente de Paúl, Hospital San Juan de Dios y Dirección Jurídica

En lo referente a las acciones realizadas por el Hospital San Vicente de Paúl, se constató que mediante el oficio HSVP-UCI-12-2018 del 2 de marzo 2018, el Dr. Rodrigo Brenes Calderón, jefe de Servicio a/c. de Cuidados intensivos, remitió al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, en ese momento director general del Hospital, la denuncia por la situación ocurrida el 27 de febrero 2018 en la UCI, cuando se proporcionaron 6 ampollas de fentanilo al Sr. ABP, funcionario del Hospital México. Además, mediante los oficios HSVP-1207-2018 de 6 de julio 2018, y HSVP-DG-1231-2018 del 10 de julio 2018, se trasladó el expediente del caso con CD a la Dra. Silvia Beirute Bonilla, Directora de Enfermería del Hospital México, y ese mismo día mediante el oficio HSVP-DG-1223-2018, el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, trasladó el expediente y el CD de prueba al Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director de la Dirección Jurídica, en donde informó que, por la gravedad de lo suscitado, fue necesario que la Licda. Guadalupe Arias Sandoval, asesora Jurídica en ese momento, presentara ante el Organismo de Investigación Judicial de Heredia la denuncia mediante el oficio HSVP-AL-096-2018, quien le asignó el número de denuncia 002-18-004130, número único 18-003729-059-PE, con el fin de que la Dirección Jurídica designara un abogado para que ejerciera el patrocinio y dirección de la causa ante el Ministerio Público.

Aunado a lo anterior, el Hospital San Vicente de Paúl realizó una investigación preliminar por el hecho ocurrido el 27 de febrero 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos de ese nosocomio, numerada IP-DE-003-2018 y mediante el oficio IP-DE-003-15-2018 se emitió un informe de conclusiones al Dr. Isaac Ortiz Morales, Jefatura del Servicio de Enfermería HSVP, en el cual se determinó que, pese a que existió negligencia por parte del personal al no corroborar la información o no se supervisara el salón en el que se presentó la emergencia, el personal de enfermería involucrado había actuado de “buena fe” ante la posible existencia de una emergencia. Adicionalmente, en el informe de conclusiones se identificó la ausencia de medidas de control interno y se sugirió mejorar las medidas de control interno y capacitación de personal sobre el manejo de situaciones similares al evento ocurrido el 27 de febrero 2018 en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuando un funcionario se presentó a la UCI, solicitando 6 ampollas de Fentanilo.

² Numeral 190 de la Normativa de Relaciones Laborales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

En esta misma línea, el 9 de julio 2018 el Dr. Isaac Ortiz Morales, remite al Dr. Adolfo Acosta Baltodano, profesional de Enfermería de ese nosocomio quien participó en facilitar el medicamentos de la UCI al supuesto funcionario, el oficio Resolución Administrativa HSVP-DE-2645-2018, en donde le indica que ante su propuesta del 21 de junio 2018 fundamentada en el inciso “e” del artículo 122 bis- de la Normativa de Relaciones Laborales, en la cual dice que cuenta con 3 días hábiles a partir de la notificación de la resolución para concretar un planteamiento y exponer plan de reparación, se resuelve aceptar la propuesta planteada en cuanto a la reparación del daño causado según la aplicación del Mecanismo Alternativo de Procedimiento Administrativo y/o Disciplinario de Procedimiento abreviado, en el cual se Amonesta verbal por escrito ante la falta cometida, y la reposición de las 6 ampollas de Fentanilo que deben ser canceladas en caja según el costo de dicho medicamento de acuerdo a lo indicado y establecido por el servicio de farmacia.

El 6 de setiembre 2018, el Dr. Isaac Ortiz Morales, Jefatura del Servicio de Enfermería, mediante el oficio HSVP-DE-3402, remite al Dr. Adolfo Acosta Baltodano, el apercibimiento en el que dice “(...) teniendo en consideración que día 27 de febrero del 2018, durante el turno 2:00pm a 10:00 pm su persona como enfermero Profesional de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) participó en facilitar medicamentos de la UCI a un “supuesto funcionario” a fin de atender una emergencia en otro servicio, sin corroborar la veracidad de tal afirmación (...) se procede a cursar el presente apercibimiento o llamada de atención de carácter precautorio no sancionador, con el único fin de no continuar en prácticas que pongan en riesgo a los funcionarios o la Institución y menoscaben la atención de enfermería que se brinde. Siendo que de ser consecuentes situaciones como la acaecida, se procederá de conformidad con lo dispuesto en la Normativa Institucional y según la gravedad de la falta.

En lo que corresponde a las medidas de seguridad y vigilancia en informe de conclusiones IP-DE-003-15- 2018 del Hospital San Vicente de Paúl, se solicitó al departamento de Servicios Generales, el Manual y/normas internas para el control de ingreso de personas particulares, así como el personal de planta y el rol de los oficiales de seguridad del 27 de febrero 2018, sin embargo, no se determinó que la administración concluyera o emitiera algún producto respecto al análisis de la información solicitada.

Además, como parte de las acciones realizadas por el Hospital San Vicente de Paúl, mediante oficio sin número del viernes 3 de marzo del 2018, la Dra. Enid Montero Carranza, Supervisora-Administrativa de Cirugía UCI, le informa al Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería, que el 28 de febrero, 2018, realizó una reunión con todo el personal, en el que se tomaron acuerdos sobre el uso de los psicotrópicos, que incluyen no dar medicamentos a los funcionarios de los servicios de hospitalización, mantener bajo llave el medicamento hasta su aplicación por el medico intensivista, y que se elaboró una ficha técnica para el control y despacho de medicamento.

En entrevista realizada el 25 de enero del 2022 al Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería del HSPV, indicó:

“Con respecto a las acciones de control implementadas posterior al robo de fentanilo en el 2018, el Dr. Ortiz indica que se elaboró una normativa específica para la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que fue ahí donde se presentó la situación anómala; esta normativa fue aportada por el Dr. Carlos Alfaro Herrera, subdirector de Enfermería, en el recorrido efectuado el jueves 20 de enero y se encuentra disponible para el personal en el sistema INDICEM, UCI, apartado normativa.”

Además, existe un control de ingreso a esa unidad con tarjeta, o en su defecto se accede al timbre para ser atendido por el personal de la UCI y solicitar el ingreso a la unidad, si es necesario. Ni en la UCI ni en ningún otro salón se dispone de un stock de fentanilo (...)”



Estos lineamientos para el manejo de los medicamentos Psicotrópicos y estupefacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos H.S.V.P, indican:

“Para un control y monitoreo de los medicamentos (Psicotrópicos y estupefacientes) entre farmacia y la unidad de cuidados intensivos se crea una Ficha de control de recetas de Midazolam y Fentanilo, elaborado por la Dra. Ana Lorena Quesada Castro Farmacéutica y Msc. Enid Montero Carranza, Supervisora Enfermería de UCI).

Se establece:

1. Se establece que todo usuario que sea indicado el medicamento debe hacerse la ficha de control de **Psicotrópicos y estupefacientes**, con la cual el enfermero de la unidad llevara un control de la cantidad de ampollas indicadas a cada usuario según prescripción médica de la dosis, frecuencia y dilución.
2. El enfermero encargado de coordinar por turno será el que verifique si la dosis de dicho tratamiento va a finalizar y llamará a farmacia para que preparen el despacho dicho medicamento y posteriormente enviar al asistente con la ficha de control del usuario que lo tiene prescrito.
3. Se mantendrá en custodia la dosis del medicamento del usuario que lo requiera hasta su aplicación, en una gaveta con llave.
4. El enfermero encargado de coordinar por turno será el responsable de tener en custodia dicho tratamiento para los usuarios que lo amerite bajo llave.
5. Se anotará en un libro de actas el nombre del usuario (sticker), medicamento (dosis dilución) y cantidad de ampollas despachadas por farmacia para ese usuario.”

Esta auditoría verificó el cumplimiento de los aspectos establecidos en los lineamientos en la inspección efectuada en los servicios de farmacia y enfermería del hospital, en enero del 2022.

En el hospital México, según consta en el oficio DEHM-28-03-3020, del 12 de marzo 2020, el funcionario ABP fue sometido a un procedimiento administrativo de responsabilidad disciplinaria, expediente No 117-18, en el que se resuelve que el investigado quedó debidamente acreditado como responsable de los hechos ilícitos que se le imputaban, pero que no es posible sancionar al investigado sin considerar todas las circunstancias que rodean el caso; indican que el Sr. ABP no es un consumidor habitual, según lo que demuestra el IAFA y el criterio que se esboza en el oficio de la Procuraduría General de la República en su opinión Jurídica 036-J del 08/07/2011, dirigido a la Sra. Ana Lorena Cordero Barboza, quien en condición de Jefe de Área de Comisión Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, habla de los frenos inhibitorios de las personas con problemas de adicción:

“(…) la drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción el juicio y las emociones”.

Además, en el documento anterior se agrega que, con base a la conducta del investigado, es una conducta compulsiva que lo absorbe, es calificado como enfermo y por ende sería inconstitucional que no se reconozca el derecho del trabajador a recibir tratamiento y rehabilitación por el consumo de sustancias psicoactivas, como lo indica la jurisprudencia citada, por lo cual se propone que el trabajador en vez de ser sancionado por su conducta no es razón para despedirlo, sino más bien ayudarlo como el estado solidario que somos para que reciba tratamiento por el consumo. Por eso se ordena que se someta al proceso de rehabilitación para dejar el consumo de sustancias psicoactivas y tratamiento y en caso de incumplimiento posterior a 3 apercibimientos en su tratamiento y rehabilitación se le hará el respectivo proceso por lo que se ordenó archivar el expediente.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

En esa misma línea, el 28 de setiembre 2019, Dr. Guillermo Sanabria Umaña, coordinador de la Unidad de Salud Ocupacional del Hospital México, la Dra. Guiselle Molina Juárez, Sub Directora Administrativa y Sra. Colomba Martínez Rojas, Jefe de Área de Consulta Externa, firmaron con el funcionario ABP un contrato individual de trabajo, en el que se le informa que como parte del seguimiento laboral de la Evolución del Proceso se debe ajustar a las siguientes cláusulas: (...) turno diurno no rotativo de lunes a jueves de 7 am a 4 pm, viernes a 3pm, sábados, domingos y feriados libres. (...) se ubica en el Área de Consulta Externa en el servicio de otorrinolaringología sección #8 (...) los médicos de Salud Laboral le realizarán exámenes no planificados como parte del proceso de seguimiento (...) la jefatura de enfermería podrá solicitarle ocasionalmente asista a controles médicos no planificados (...) que se evaluara un día a la vez según la visión del IAFA.

Además, se elaboró un Plan de seguimiento laboral de la evolución del proceso de personas consumidoras de sustancias psicoactivas por parte de la Dra. Guiselle Molina Juárez, Sub directora Administrativa y Sra. Colomba Martínez Rojas, jefe de Área de Consulta Externa, con el objetivo de dar un seguimiento a la evolución en el proceso de la enfermedad del funcionario.

Adicional a lo anterior, la Fundación Kayrós “Comunidad Terapéutica para la adicción” informa a la Institución el 12 de octubre 2021, mediante el oficio FK-E-152-2021 emitido por la Licda. Alejandra Quesada Bolaños, trabajadora Social, que el Señor A. B.P, inició tratamiento residencial el 22 de marzo, 2021, el cual había culminado el 3 de octubre del 2021 a cabalidad con los objetivos clínicos en cada etapa de tratamiento, fortaleciendo su proceso de recuperación de cara a la reinserción y que actualmente se encuentra en un tratamiento externo establecido en un periodo de 4 meses, el cual consiste en citas ambulatorias a la institución, que el tratamiento residencial tiene una duración de 4 meses y medio, pero que se puede extender según la evolución de la persona y 4 meses de seguimiento, y que en este caso, ante la recomendación del Dr. Luis Eduardo Sandí Esquivel, Psiquiatra del Sr. ABP, se había extendido el tratamiento a 6 meses y medio.

En lo que respecta a las acciones realizadas por parte de la Dirección Jurídica, mediante correo electrónico el 22 de noviembre 2021, el Lic. Warner Castro Mathieu, abogado de la Dirección Jurídica asignado a la atención del caso, indicó que se presentaron dos denuncias contra el Sr. ABP, funcionario del Hospital México, en momentos diferentes, una por el hurto de una computadora portátil- personal del Dr. JPMCh, interpuesta por éste en su carácter personal y la otra por el delito de Estafa Menor, interpuesta por la asesora legal del Hospital donde se dieron los hechos, y que la Dirección Jurídica tramitó el expediente judicial número 18-001285-0059-PE ante el Juzgado Penal de Heredia, por el delito de estafa menor en el caso del hurto del Fentanilo.

El Ministerio Público de conformidad con el numeral 50 del Código Procesal Penal y en aras del principio de economía procesal, ordena acumular las causas 18-003729-0059-PE (Estafa menor-hurto de medicamento Fentanilo) y 18-001285-0059-PE (hurto de computadora portátil), manteniéndose el número de expediente 18-001285-0059-PE, y que posterior a eso el Ministerio Público remitió el expediente a la oficina de justicia restaurativa. Una vez allí en el proceso de la investigación Penal, la fiscalía recaba las pruebas a efectos de determinar el valor de lo sustraído, para lo que mediante la certificación del Hospital San Vicente de Paúl HSVG-DG-1940-2019, se determinó que el valor total del medicamento sustraído correspondía a tres mil ochocientos setenta y cuatro colones, se concluye que es un Hurto Simple y un delito de Estafa Menor, con una penalidad de un mes a tres años el primero, y el segundo con una pena de dos meses a tres años. La Dirección Jurídica presenta escrito indicando a la fiscalía que no se presentaría Acción Civil Resarcitoria, no obstante, que la institución de conformidad con los artículos 70 y 71 del Código Procesal Penal, continuaría participando dentro del proceso en condición de víctima.

El 15 de setiembre 2021, el tribunal Penal de Heredia aplicó un Procedimiento de Suspensión del Proceso a Prueba, y mediante la resolución oral RV 666-2021 se resolvió que, como sanción penal para el imputado, debe iniciar un procedimiento y control ante el IAFA, a partir de febrero 2022 hasta julio 2022, iniciar un proceso de seguimiento y control a partir de octubre 2021 y hasta enero a cargo de Kayrós como sanción civil y pecuniaria el pago de 1.200.000 colones, (un millón doscientos mil colones) al ofendido Dr. Mora Chavarría, por el hurto de su computadora, iniciando el 15 de octubre 2021 al 15 octubre 2023.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Es importante indicar que, según el oficio DEHM-28-3-2020, del 12 del marzo 2020, expediente No 117-18 el Órgano Director del Procedimiento administrativo de responsabilidad disciplinaria del Hospital México señala en el apartado de por tanto, en el segundo apartado lo siguiente: “ (...) Por eso se ordena a que se someta al proceso de rehabilitación para dejar el consumo de sustancias psicoactivas, eso sí desde ya se le previene que debe someterse al tratamiento y rehabilitación y en caso de incumplimiento y posterior a tres apercibimientos por incumplimiento en su tratamiento y rehabilitación se le hará el respectivo proceso. (..)” y que por recomendación de Salud Laboral.

En razón de lo anterior se procedió a consultar a la Dra. Isabel Mena Ramirez, Jefe de Enfermería Consulta Externa, Hospital México y jefatura del Sr. ABP, sobre el estado del seguimiento a los tratamientos, para lo que mediante el oficio JECE-HM-0061-03-2022 del 8 de marzo 2022 indicó lo siguiente:

“(..) el señor ABP, ha estado participando en forma presencial de citas de control tanto en el I.A.F.A. así como en la consulta con el médico laboral Dr. Acuña. Tuvo un periodo de internamiento para su recuperación de 22 de marzo del 2021 hasta el 03 de octubre 2021 en la Fundación Kayrós. Posteriormente de cumplir ese periodo fue dado de alta con seguimientos los cuales se le adjuntan los comprobantes.

Además, su desempeño laboral como su presentación personal han sido apropiados según los seguimientos en su quehacer como Enfermero en el Servicio de Radioterapia, cumple con su rol y perfil. Con supervisión diaria.

Adjuntamos plan de seguimiento, el cual se ha cumplido con observación continua.”

Esta auditoría, el 8 de marzo del 2022, consultó al Dr. Guillermo Sanabria Umaña, Coordinador de la Unidad de Salud Ocupacional del Hospital México, con el fin de conocer el avance en el plan de seguimiento laboral de la Evolución del Proceso y estado actual del tratamiento al que se sometió el Sr. ABP por parte de Salud Ocupacional, para lo que indicó que el Sr. ABP ha tenido un cambio favorable y que ahora es otra persona, además que se ha presentado puntual a las citas de seguimiento, incluyendo a las 3 sesiones que se realizaron en pandemia. Asimismo, indicó que se conversa constantemente con el Dr. Sandi para ver los avances en los programas del IAFA, se solicitan los comprobantes de asistencia por parte de la jefatura directa y actualmente labora en consulta externa, en donde se encuentra con un permiso sin goce de salario, dado que estudia medicina y está realizando el internado.

Adicional a lo anterior el 8 de marzo 2022, esta Auditoría conversó vía telefónica con el Dr. JPMCh, médico del Hospital San Vicente de Paúl, quien manifestó que efectivamente el mes pasado le llegó un correo informando del pago por el hurto de la computadora portátil.

Una vez analizada la información, se concluye las actuaciones de la administración activa relacionadas con el caso concreto en instancias administrativas como en la vía penal se realizaron de acuerdo con la normativa correspondiente, con la intención de buscar la verdad real de los hechos y la aplicación de las sanciones administrativas y penales que correspondían, además de procurar el resarcimiento del daño ocasionado a la institución por la conducta realizada por el funcionario responsable, dado que se constató en resumen las siguientes sanciones al funcionario responsable de los hechos.

- a) Expediente No 112-18, por el evento ocurrido el 25 de junio de 2018, Hospital San Juan de Dios en donde en apariencia toma el medicamento Fentanilo en el salón de recuperación de Emergencias Quirúrgicas, en este caso no se logró acreditar la responsabilidad disciplinaria que se le imputa.
- b) Expediente No 117-18, por el evento que el 27 de febrero 2018, Hospital San Vicente de Paúl, en el cual ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital y hurta el medicamento Fentanilo, Procedimiento administrativo de responsabilidad disciplinaria lo acredita como responsable de los hechos ilícitos y ordena que se someta al proceso de rehabilitación para dejar el consumo de sustancias psicoactivas.



- c) Expediente judicial No 18-001285-0059-PE (el 15 de setiembre 2021 el tribunal Penal de Heredia aplicó un Procedimiento de Suspensión del Proceso a Prueba, mediante la resolución oral RV 666-2021) tramitado ante el Juzgado Penal de Heredia, por Hurto Simple y un delito de Estafa Menor, hechos ocurrido en el Hospital San Vicente de Paúl, en donde se ordena iniciar un proceso de seguimiento y control a partir de octubre 2021 a cargo de Kayrós como sanción civil y pecuniaria el pago de ₡1.200.000 colones (un millón doscientos mil colones) al ofendido Dr. PMCh, por el hurto de su computadora, iniciando el 15 de octubre 2021 al 15 octubre 2023.

2. SOBRE LOS MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA EL USO DE FENTANILO EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

2.1 SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO

De la revisión de 40 expedientes de salud y recetas de estupefacientes³ en donde se prescribió fentanilo en el HSVP; se identificó lo siguiente:

- En 35 casos (87.5 %) se registra de manera correcta la prescripción en el expediente de salud u hoja de anestesia y en 5 casos (12.5 %) no se puede garantizar un registro completo ya que el prescriptor no incluye indicación en la cual se consigne, dosis, frecuencia, vía de administración del medicamento, entre otros.
- En relación con la anotación del número de receta de estupefacientes en el expediente de salud, solo en 6 casos (15%) se evidenció la anotación de conformidad con el número de documento que provee el Ministerio de Salud, y en los 34 casos restantes (85%) no existe evidencia de la consignación del número de receta por parte del prescriptor en el expediente de salud u hoja de anestesia, que permita dar una trazabilidad del producto.
- De lo anterior se analizaron 17 hojas de anestesia de pacientes en físico, que fueron atendidos en el centro de salud y se identificó que el 100 % incluyen los registros de fentanilo prescrito y utilizado, sin embargo, no se puede garantizar una trazabilidad del producto, ya que no se logró identificar el número de receta del Ministerio de Salud en la hoja de anestesia.

El Reglamento General de Salud en el capítulo VI, apartado “Derecho y Deberes de los usuarios”, artículo 75 establece que los asegurados tienen derecho a:

“c) Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada sin ningún tipo de exclusión o de excepción en el expediente clínico”

El Reglamento General de Hospital Nacionales, menciona en relación con las obligaciones y atribuciones del Jefe de Servicio lo siguiente:

“Artículo 28.

a) Planear, organizar, coordinar, evaluar y dirigir las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud que corresponden a su Departamento, con apego a las normas de política general que rigen a la Institución...

c) Cuidar el progreso científico del personal a sus órdenes, organizar reuniones a que se refiere este Reglamento y estimular el estudio, las publicaciones y los trabajos de investigación.

d) Promover y mantener la Auditoría Médica en los servicios de su Departamento.

e) Preocuparse de la preparación y desarrollo adecuado de los programas de adiestramiento para residentes e internos de los Servicios del Departamento a su cargo guiarlos y proporcionarles las facilidades necesarias para que cumplan su cometido bajo su vigilancia...

³ Muestra de recetas escogidas al azar, con base en la cantidad de recetas despachadas en el mes de setiembre del 2021, según reporte del Sistema Integrado de Farmacias (SIFA), con un 95% de confianza, 50% de prevalencia y un máximo error esperado del 35%.



Artículo 66. Orientar la labor técnica del servicio y controlar y súper vigilar la actuación de todo el personal del mismo, así como inspeccionar sus dependencias”.

Por otra parte, el Reglamento del Expediente de Salud, artículo 32, apartado de anotaciones, menciona:

“Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben hacerse con tinta, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera. En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre estas y la firma del responsable, evitando así a alteración posterior. Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión”.

En el mismo orden de ideas el Manual Operativo del Reglamento del EDUS Corrección de datos del Expediente Digital Único de Salud N°-GM-AES-MO-002, señala en el capítulo 4.3 Marco Metodológico:

“4.3.1 Calidad en el registro de los datos:

Todo usuario del sistema de información EDUS, debe procurar que, al momento de ingresar o modificar datos en el sistema, sean oportunos, completos, veraces y contengan integridad, calidad y validez.

4.2.3 Responsabilidades de los usuarios EDUS sobre el registro de los datos:

-Para asegurar la calidad de los datos ingresados en el EDUS, los funcionarios deben cumplir con las responsabilidades descritas en este apartado, además de las referidas en la Ley N° 9162 del Expediente Digital Único de Salud y en el Reglamento del Expediente Digital Único de Salud.

Velar por la integridad de la información del usuario titular de los datos, la cual debe permanecer sin alteraciones desde su origen, asegurando la calidad y confiabilidad de los datos, en la evolución y seguimiento del proceso atención en salud de dicho usuario.

Documentar en el EDUS toda atención de salud brindada al usuario titular, independientemente del servicio donde haya sido atendido.

Registrar de forma completa y oportuna los datos de la atención en salud que se generen en cada interacción con el personal de salud”.

La normativa LOM, en el apartado III.1, respecto a la prescripción de medicamentos, establece:

“III.1.8. “Toda prescripción debe indicar el nombre del medicamento, la potencia o fuerza, la cantidad a despachar, la dosis con el intervalo o frecuencia de administración, la vía de administración y la instrucción. Dos excepciones:

En la prescripción de un medicamento disponible en una única presentación farmacéutica, la anotación de la potencia o fuerza no es indispensable.

En la prescripción de un medicamento para el tratamiento de patologías crónicas, la anotación de la cantidad a despachar no es indispensable, bajo el supuesto de que corresponde a 1 mes de tratamiento”.

El Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, Decreto Ejecutivo No 37111-S, enero 2012, en el artículo 28, refiere que los datos consignados en las recetas tendrán carácter de declaración jurada del facultativo y deberán ajustarse a las siguientes condiciones:

“a) Ser escritas en forma clara, de puño y letra del profesional, con tinta indeleble de un solo color y con un solo tipo de letra.

b) Ser prescritas para un solo paciente.

c) Prescribir un solo medicamento por receta.

d) Prescribir cada medicamento según las indicaciones y dosis oficiales, que están a disposición en la página web del Ministerio.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

e) *Contener instrucciones precisas para su administración: nombre del medicamento, dosis, vía de administración, período de administración y cantidad total a despachar en números y letras*”.

La misma norma en el Capítulo V Normas sobre Sistema de Información, 5.6.1 Confiabilidad señala:

“La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público indican en el capítulo 5, Normas sobre Sistemas de Información:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.

Mediante oficio GG- 4063-2021 del 1 de diciembre del 2021, el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente, Gerencia General, requirió a las Gerencias: Logística, Médica y de Infraestructura y Tecnologías lo siguiente:

“(…) Gerencia General en aras de garantizar la buena gestión de los recursos institucionales, así como en acatamiento a la Ley que regula la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencias físicas o psíquicas, les solicita la designación de un funcionario para conformar el equipo de trabajo para que realice las acciones requeridas para la digitalización segura de la receta electrónica de los medicamentos citados, así como la trazabilidad de todo el procesos y controles requeridos (…)”.

Mediante oficio GIT-1772-2021, del 3 de diciembre del 2021, el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente, Gerencia de Infraestructura y Tecnologías indicó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente, Gerencia General:

“(…) procedo a informar la designación del doctor Eduardo Rodríguez Cubillo como representante por parte de esta Gerencia en dicho equipo (…)”.

Mediante oficio GL-2930-2021, del 9 de diciembre del 2021, el Dr. Esteban Vega de la O, Gerente, Gerencia de Logística, indicó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente, Gerencia General:

“(…) Conforme lo solicitado en el oficio de referencia, en relación con la digitalización de la receta electrónica de los estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencias físicas o psíquicas, esta Gerencia, en consideración a que la implementación de dicha receta está relacionada directamente con los sistemas SIFA y SIES, los cuales no se encuentran vinculados con las actividades que se realizan en esta Gerencia, se reitera nuestra disposición de colaborar en lo que el equipo de trabajo requiera en materia de la Cadena de Abastecimiento(…)”.

Mediante oficio GM-0382-2022, del 21 de enero del 2022, el Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente, Gerencia Médica indicó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente, Gerencia General:

“(…) Este despacho recibió el oficio GM-DDSS-2654-2021, de fecha 08 de diciembre del 2021, suscrito por el Dr. Mario Mora Ulloa, Enlace Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, donde indica que los siguientes funcionarios son los delegados para formar parte del equipo:



✓ Dra. Paola Morales Aguilar. Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. Correo electrónico: pmorales@ccss.sa.cr.

✓ Dra. Maritza Solís Oviedo. Coordinación Nacional de Enfermería. Correo electrónico: msoliso@ccss.sa.cr. (...).”

Las inconsistencias evidenciadas, obedecen a debilidades en el proceso de gestión administrativa, el cual no permite garantizar la disponibilidad de información fidedigna de la actividad en cuanto al registro de datos, e incorporar en el expediente de salud o documento asignado para tal fin, el detalle de la prescripción de conformidad con el cumplimiento de la normativa.

El incluir en los documentos oficiales las prescripciones de manera adecuada y precisa es fundamental para orientar de manera eficaz, eficiente y precisa los tratamientos de los pacientes; además de influir positivamente en el control, uso y consumo de medicamentos.

2.2 DESPACHO DE FENTANILO POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Se determinó que no se ha documentado el procedimiento para el cálculo de la duración de la infusión⁴ de fentanilo en el Servicio de Farmacia y no existe claridad en cuanto al volumen que debe considerarse para estos efectos. Asimismo, se observó que se han implementado controles que permiten dar un seguimiento y trazabilidad al despacho de las recetas, en apego a las indicaciones médicas consignadas en la receta y en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

En el Servicio de Farmacia se han establecido dos mecanismos para el despacho de fentanilo: el despacho contra receta médica en el área de hospitalización y mediante un stock personalizado para los médicos especialistas en Anestesia y Recuperación, que se repone semanalmente contra receta médica.

En el caso del despacho de recetas de hospitalización, se entrega al asistente de pacientes la cantidad de ampollas que corresponden a la primera infusión, según indicación médica, y posteriormente se despacha el fármaco en el momento que corresponda la siguiente dosis, de conformidad con la duración de la infusión y de acuerdo con el cálculo realizado por el farmacéutico.

Por otra parte, se determinó que el despacho de fentanilo, midazolam, morfina y ketamina al servicio de anestesia se efectúa mediante la entrega de un stock personal a cada médico especialista, para lo cual se documentó en un acta la entrega inicial; semanalmente cada médico entrega las recetas a la farmacia (lunes) y la farmacia despacha la cantidad suficiente para reponer el stock (jueves). Se observó que las ampollas se almacenan en casilleros de los médicos; asimismo, este procedimiento no se encuentra documentado y se evidenció que, desde marzo del 2020, el servicio de farmacia no realiza verificaciones físicas del stock de anestesia y tampoco se efectúan controles por parte de la jefatura del Servicio de Anestesia y Recuperación.

Asimismo, se revisó una muestra de 40 recetas de fentanilo despachadas en setiembre del 2021 y se determinó lo siguiente:

- En 4 recetas la cantidad prescrita no coincide con la cantidad necesaria según la dosis y duración de tratamiento prescritas, sin embargo, no se observó un despacho incorrecto, por ser menor a la cantidad total de días prescritos.
- Una receta despachada no presentó firma del médico prescriptor.
- Una receta presentó dos sellos de servicios diferentes.

⁴ La duración de la infusión es determinada por el profesional farmacéutico en cada receta médica, de conformidad con la dosis indicada por el médico prescriptor.



La normativa de la Lista Oficial de Medicamentos, en el capítulo III, normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS, apartado III.2, despacho, ítem III.2.10, indica:

“Para medicamentos prescritos a pacientes hospitalizados, la farmacia recibirá las recetas entregadas por el personal de Enfermería y el despacho se hará bajo el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria. Cuando en la unidad opera EDUS, la farmacia podrá recibir las recetas por vía electrónica.”

En el ítem III.1.8 se indica que toda prescripción debe indicar el nombre del medicamento, la potencia o fuerza, la cantidad a despachar, la dosis con el intervalo o frecuencia de administración, la vía de administración y la instrucción y en el III.1.9 se establece que cada prescripción debe llevar la firma y el código del profesional en salud autorizado.

En cuanto a la documentación del proceso de despacho de fentanilo, el servicio de farmacia dispone del “Protocolo para el despacho de estupefacientes y psicotrópicos en paciente hospitalizado”⁵, actualizado al 18 de marzo de 2020. En el punto 5, respecto a la recepción y revisión inicial de la receta de estupefacientes y psicotrópicos, establece:

“b. Las recetas se trasladan al farmacéutico para que verifique en EDUS la complejidad de datos. Si la receta no está anotada en EDUS o no coincide la indicación, dosis, total de ampollas prescritas y/o frecuencia o velocidad de administración se devuelve al médico (...)
i. El farmacéutico completa toda la información de la boleta:
• Servicio, cama, duración de la infusión, cantidad total de ampollas, número, de receta, nombre del farmacéutico y fecha de ingreso al sistema (...)”

En el apartado 8, dosis subsecuentes, refiere:

b. El farmacéutico recoge las boletas despachadas, verifica en EDUS su continuidad, velocidad de infusión y calcula la siguiente hora de entrega del medicamento de acuerdo con la velocidad de infusión más actual reportada por el médico y procede a preparar el medicamento para el próximo retiro (...)”

La Ley General de Control Interno, en el artículo 15, establece:

“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.*
- b) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente tanto las políticas como los procedimientos que definan claramente, entre otros asuntos, los siguientes:*
 - i. La autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la institución.*
 - ii. La protección y conservación de todos los activos institucionales.*
 - iii. El diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y los hechos significativos que se realicen en la institución. Los documentos y registros deberán ser administrados y mantenidos apropiadamente (...)*”

⁵ Aportado por la Dra. Rosario González Morera, jefe del Servicio de Farmacia, en correo electrónico del 7 de enero del 2022.



En correo electrónico del 11 de febrero del 2022, la Dra. Rosario González Morera, jefe del Servicio de Farmacia, indicó:

“(...) no existe un documento por escrito respecto a esta práctica, si mas no me equivoco, en algún momento enfermería reclamó la perdida de medicamento “por purga” y se nos dijo que eran aproximadamente 20 cc volumen a considerar con la primera dosis únicamente, lo hacemos de oficio.”

De conformidad con lo indicado por la Dra. Ana Lorena Castro Lizano, subjefe del Servicio de Farmacia encargada del despacho del fentanilo, si se detecta algún error en la prescripción, la receta debe devolverse para que el médico corrija el error. Asimismo, se informó que, a solicitud del servicio de enfermería, se consideran 20 mL de infusión como pérdida por la purga del equipo de infusión solo en la primera dosis.

En cuanto al mecanismo para el despacho de fentanilo a los médicos anestesiólogos, la Dra. Katherine Mata Rojas, médico especialista en Anestesiología jefe del Servicio, manifestó:

“(...) hace algunos años, en conjunto con la jefatura de farmacia, se visitaron los hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia, con el fin de conocer los mecanismos utilizados para el despacho y control del fentanilo. Luego de revisar los procedimientos, se acordó mantener el que se utiliza en el Hospital San Vicente de Paúl (...).”

El manejo de un stock de fentanilo para los médicos anestesiólogos implica un riesgo en la custodia del medicamento, ya que podría darse exceso de confianza en su almacenamiento, robo por ruptura del candado de los casilleros o debilidades en el manejo de las llaves donde se almacenan, por lo cual es importante que se implementen verificaciones y controles tanto por parte del servicio de farmacia como por la jefatura del Servicio de Anestesia y Recuperación.

Aunado a lo anterior, existe un riesgo respecto al eventual despilfarro, uso inapropiado o pérdida del medicamento, por lo cual es necesario que se documenten en forma completa los procedimientos de despacho del fentanilo, que incluya la metodología para el cálculo de la duración de las infusiones y el manejo del stock de los médicos especialistas en Anestesiología y Recuperación, de manera que se definan con claridad las responsabilidades en el manejo, custodia y controles periódicos en el uso del fármaco.

2.3 ALMACENAMIENTO DE FENTANILO EN LOS SALONES HOSPITALARIOS

Esta auditoría efectuó una revisión⁶ del almacenamiento de medicamentos y posibles existencias de fentanilo en los siguientes servicios: Sala de Operaciones (piso 3), Unidad de Cuidados Intensivos (piso 3), Cirugías piso 3 y piso 4, Medicinas mujeres piso 5, Medicinas piso 5 hombres y Emergencias (Sala de Shock médica, quirúrgica y pediátrica; agudos 1 y 2, general 2, 3 y 4 e inhaloterapia). Se determinó que ni en la UCI ni en ningún otro salón se dispone de un stock de fentanilo, excepto en el área de agudos 1 del servicio de Emergencias, en donde se mantiene un stock de 2 ampollas de fentanilo y 2 de midazolam en una caja negra pequeña, custodiada por enfermería y que se entrega de un turno a otro, no obstante, este stock no se encuentra documentado o autorizado por las jefaturas de los servicios involucrados.

La normativa de la Lista Oficial de Medicamentos, en el punto III.7.4, stock de medicamentos, indica:

“b. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro y Servicios de Emergencias (Stock de farmacia en los Servicios de Emergencias) es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de atención ambulatoria de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos según circular CCF-1914-10-07.

(...)

⁶ Jueves 20 de enero del 2021.



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

En entrevista realizada el 25 de enero del 2021 al Dr. Isaac Ortiz Morales, director de Enfermería del HSPV, indicó:

“En relación con la existencia de cantidades múltiples de medicamentos en los salones de hospitalización revisados, se indica que existe un listado definido entre enfermería y farmacia, con cantidades específicas, sin embargo, el personal de enfermería por diversas razones como la posibilidad de iniciar tratamientos con antibióticos urgentes y la oportunidad en la atención de emergencias continúa “guardando medicamentos”.

La situación descrita se presenta debido a la eventual necesidad inmediata del medicamento en el salón hospitalario, lo que ha promovido que enfermería modifique los mecanismos de despacho del fentanilo aprobados, mediante la disposición de un stock de 2 ampollas en el servicio de emergencias, con el objetivo de promover mejor calidad y oportunidad en la atención de los pacientes y en el desarrollo de las funciones del hospital.

Sin embargo, el almacenamiento y custodia de fentanilo sin autorización implica un riesgo tanto para los pacientes como para la institución, ante un eventual uso irregular del fármaco. Si bien es cierto, estas acciones podrían favorecer la oportunidad de la prestación de los servicios de salud, es necesario que se efectúe un análisis de riesgo-beneficio de estas acciones y se fortalezcan los controles para garantizar la adecuada custodia y uso del fentanilo por parte de los funcionarios involucrados.

3. SOBRE LA EXISTENCIA Y CUSTODIA DE OTROS MEDICAMENTOS EN LOS SALONES HOSPITALARIOS

Esta auditoría efectuó una revisión⁷ y verificación del almacenamiento de medicamentos en los siguientes servicios: Sala de Operaciones (piso 3), Unidad de Cuidados Intensivos (piso 3), Cirugías piso 3 y piso 4, Medicinas mujeres piso 5, Medicinas piso 5 hombres y Emergencias (Sala de Shock médica, quirúrgica y pediátrica; agudos 1 y 2, general 2, 3 y 4 e inhaloterapia).

En el recorrido y revisión de cuartos de medicamentos de los salones mencionados anteriormente se constató la existencia de medicamentos en anaqueles, carros, estanterías, gaveteros, cajas plásticas, algunos de ellos no autorizados en los stocks definidos por el Servicio de Farmacia o bien en cantidades superiores a las acordadas. Las siguientes fotografías muestran un ejemplo de lo observado:

⁷ Jueves 20 de enero del 2021.



Los fármacos encontrados antibióticos de uso restringido (meropenem, ertapenem, vancomicina, piperacilina y tazobactam, levofloxacina, ampicilina, ceftriaxona, cefotaxime, cefalotina, clindamicina, metronidazol), fluconazol, aciclovir, n-acetilcisteína, carvedilol, estreptoquinasa, nitroglicerina, dexametasona, amiodarona, octeótidio, difenilhidantoína, neostigmina, Propofol, atracurio, pancuronio, dopamina, verapamilo, furosemida, digoxina, propranolol, atropina, clorfeniramina, lidocaína, epinefrina, sulfato de magnesio, gluconato de calcio, cloruro de potasio, bicarbonato sódico, metilprednisolona, bromuro de ipratropio, hioscina bromuro, ácido aminocaproico, naloxona, hidrocortisona.

Los medicamentos se encontraron sin una clara rotulación, mezclados, se observaron productos vencidos (nitroprusiato de sodio) revueltos con otros sin vencer, frascos multidosis abiertos, sin fecha de apertura (heparina, dimenhidrinato, lidocaína). Las presentaciones son en su mayoría ampollas o frasco ampolla, aunque también se encontraron tabletas sueltas, revueltas y sin que se pueda determinar la fecha de vencimiento.



En el caso de los carros de paro, se evidenció que, a pesar de que se mantiene un folder con hojas de control para cada turno, no en todos los casos estos controles se realizan según lo requerido.

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

“Responsabilidad por funciones:

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

Responsabilidad por equipo y materiales:

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

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia en el capítulo 9, sobre las actividades relacionadas con la gestión del sistema de suministro de medicamentos y otros insumos, apartado 9.1.5 “Información, Control y Evaluación”, establece como una de las actividades:

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

La normativa de la Lista Oficial de Medicamentos, en el punto III.7.4, stock de medicamentos, indica:

“b. La selección de medicamentos para el stock de Carro de Paro y Servicios de Emergencias (Stock de farmacia en los Servicios de Emergencias) es realizada y aprobada por el Comité Central de Farmacoterapia. Estos stocks aprobados son los únicos establecidos en la institución para brindar atención a los usuarios de atención ambulatoria de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos según circular CCF-1914-10-07.

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

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo 1, normas generales, apartado 1.2 Objetivos del Sistema de Control Interno. indican:

“(...

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

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



Mediante correo electrónico del 28 de enero del 2022, el Dr. Jonathan Sánchez Arias, jefe a.i. del Servicio de Farmacia, remitió el listado de stocks autorizados para los diferentes servicios hospitalarios. Se ha definido para los servicios visitados un stock de bodega general, que incluye productos como sueros, alcoholes, jabones y es entregado por el técnico de farmacia vez a la semana), un stock de bodega de paso con productos de uso general también pero que no se despachan en caja completa (cremas, jarabes; es solicitado por enfermería y se despacha por el técnico en la farmacia una vez a la semana) y un stock multidosis, que se despacha diariamente y debe reponerse contra frascos o ampollas vacíos.

Según lo indicado por la Dra. González Morera, jefe del Servicio de Farmacia estos stocks fueron validados por la jefatura de farmacia en coordinación con enfermería y aclaró que la jefatura de farmacia es también la coordinadora del Comité Local de Farmacoterapia. Cuando se requiere aumentar la cantidad o incluir un nuevo fármaco, en ocasiones se solicita el criterio médico o bien se autoriza por la misma jefatura de farmacia. También informó que no se han incluido otro tipo de productos adicionales a los suministrados en el correo electrónico y que desde que inició la pandemia no se continuaron efectuando revisiones en los salones hospitalarios, para minimizar el riesgo de contagio de COVID.

La situación encontrada obedece a una debilidad de control en cuanto a los procesos de gestión y supervisión por parte de los titulares de los servicios de enfermería y farmacia, en virtud que el personal de enfermería que labora en los salones hospitalarios requiere ser diligente en la verificación continua de los stocks, así como en la administración de los medicamentos prescritos por los médicos tratantes o en su defecto, la devolución a la farmacia en caso de que se presenten cambios en las indicaciones médicas o en la condición o ubicación de los pacientes, de manera que los medicamentos de stock y carro de paro se mantengan en las condiciones óptimas en cuanto a los medicamentos disponibles, cantidad, condiciones de almacenamiento, rotulación, registro de apertura de frascos multidosis y revisión de fechas de vencimiento, evitando de esta manera la acumulación de productos y el eventual despilfarro o uso inapropiado de los productos, que además forman parte del patrimonio institucional.

En lo referente a los mecanismos de supervisión por parte de farmacia, si bien es cierto ya los medicamentos fueron despachados y retirados del inventario del servicio, la normativa establece la necesidad de que se efectúen inventarios periódicos de los stocks hospitalario que permitan fortalecer los controles y el uso racional de los medicamentos, por lo que debe valorarse retomar esta práctica que permite mejorar el sistema de control en el manejo de stocks hospitalarios.

El almacenamiento y custodia de medicamentos sin autorización, algunos de ellos de uso restringido a ciertas especialidades o condiciones específicas, representan un riesgo tanto para los pacientes como para la institución, ante un eventual uso irregular del fármaco.

Es criterio de esta auditoría que no existe una justificación razonable para que se dispongan en los servicios hospitalarios de medicamentos no autorizados, o bien validados por el Servicio de Farmacia, pero en cantidades mayores a las permitidas, toda vez que se dispone de la distribución de medicamentos bajo el sistema de dosis unitaria, el cual permite el procesamiento a tiempo, es decir la oportunidad en el despacho de los medicamentos y que el almacenamiento en los salones de hospitalización, tanto los de stock como los de pacientes, sea los mínimos necesarios, disminuyendo el desperdicio, el deterioro, el vencimiento y la pérdida de fármacos.

4. SOBRE EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA HOJA DE ANESTESIA EN EL EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD (EDUS)

Se determinó que el registro de la información relacionada con los procedimientos de anestesia en Sala de Operaciones se efectúa en una hoja física y no en el Expediente Digital Único en Salud, de conformidad con la revisión efectuada de 16 hojas de anestesia.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Asimismo, se observó⁸ que no existe un formulario creado en el SIES, bajo un formato similar al de la hoja física de anestesia, para el registro de los datos por los médicos especialistas en Anestesia y Recuperación, aunque sí se dispone del sistema de registro convencional de procedimientos médicos e indicaciones a enfermería y farmacia.

La Ley N° 9162, Expediente digital único de salud, del 23 de agosto del 2013, en el transitorio único establece:

“La Caja Costarricense de Seguro Social tendrá cinco años, a partir de la vigencia de la presente ley, para asegurar el cumplimiento en todo el territorio nacional de los objetivos dispuestos por esta ley. Se entenderá que hasta los primeros tres años de ese quinquenio serán para la implementación en el primer nivel de atención y que al final de los cinco años deberá estar implementado el expediente digital único de salud en el nivel hospitalario.”

De igual manera, el Reglamento del expediente digital único en salud, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 4° de la sesión 8954, celebrada el 29 de enero de 2018, indica:

“Artículo 23: Completitud de los registros

Todos los usuarios del EDUS que participan en el proceso de atención de la salud de las personas son responsables de realizar el debido registro en el EDUS, velar por la calidad y veracidad del registro, según el ordenamiento dispuesto en este para tal fin, de forma que quede evidencia clara y fidedigna de todos los actos relacionados con la atención en salud que se realiza a las personas.

(...)

Artículo 29: Del uso de los sistemas automatizados

Todo usuario del EDUS dedicado a la prestación de servicios en salud y funciones de tipo administrativo, incluidos los modelos alternativos y proveedores de servicios externos a nombre de la Institución tienen la responsabilidad de registrar y actualizar las anotaciones pertinentes que respalden la atención de los usuarios de los servicios de salud de la CAJA, de conformidad con los principios científicos, técnicos y éticos que sustentan la práctica de prestación en salud y la profesión en cada disciplina en salud, en los aplicativos institucionales aprobados para tal efecto, respetando un llenado completo de los mismos.”

La ausencia de registro de la información sobre los procedimientos de anestesia en el EDUS se presenta ante una oportunidad de mejora en la gestión del servicio de anestesia y evidencia la necesidad de efectuar un análisis de las causas que limitan esta acción, a fin de que se desarrollen estrategias y se implementen las acciones necesarias para el registro digital de la información.

Si bien es cierto no se ha desarrollado un formulario con un formato similar al de la hoja física de anestesia, existe la posibilidad de que los médicos ingresen información general sobre los procedimientos desarrollados e indicaciones farmacológicas o a enfermería.

El registro de la información sobre los procedimientos de anestesia en el EDUS, incluyendo la aplicación de medicamentos, permite fortalecer los mecanismos de trazabilidad, supervisión y control en la prescripción de fármacos de uso controlado, entre ellos el fentanilo, ya que facilita la verificación de las indicaciones de los médicos y por ende el cumplimiento de la normativa técnica y el uso racional de este estupefaciente.

⁸ En reunión virtual de Teams con la Dra. María Carolina Argüello Barrantes y Cecilia Bastos Corella, médicos del componente clínico del SIES.



CONCLUSIONES

El fentanilo es un estupefaciente de 50 a 100 veces más potente que la morfina, de uso controlado como anestésico quirúrgico intravenoso y para el tratamiento del dolor, siendo que esta potencia y su efecto de corta duración son características que lo convierten en un fármaco con propiedades adictivas, razón por la cual su uso y custodia deben estar diferenciados por controles robustos, que garanticen el cumplimiento de la normativa técnica definida para su prescripción, despacho y administración y minimicen el riesgo de hurto o uso inapropiado.

En relación con las acciones desarrolladas por la administración activa en cuanto al hurto de 6 ampollas de fentanilo el 27 de febrero del 2018 en el HSVP, se evidenció que las actuaciones en instancias administrativas como en la vía penal se realizaron de acuerdo con la normativa correspondiente, con la intención de buscar la verdad real de los hechos y la aplicación de las sanciones administrativas y penales que correspondían, además de procurar el resarcimiento del daño ocasionado a la institución por la conducta realizada por el funcionario responsable.

Con respecto a los mecanismos de control implementados en el uso del fentanilo en el hospital, se observó que el despacho por parte del servicio de farmacia permite dar un seguimiento y trazabilidad al uso del fármaco, sin embargo, se determinó la necesidad de documentar el procedimiento para el cálculo de la duración de la infusión, así como el despacho de fentanilo a los especialistas en Anestesiología y Recuperación mediante un stock personal que se repone semanalmente, así como implementar verificaciones de control periódicas por parte de la jefatura de Anestesia y del Servicio de Farmacia, de manera que se definan las responsabilidades en el manejo y custodia del fármaco y se minimice el riesgo de un eventual hurto y uso inapropiado de éste.

Considerando que la prescripción de estupefacientes, corresponde a un acto médico que se encuentra regulado de manera específica en la norma institucional y nacional, es imprescindible que toda indicación del medicamento responda a una valoración -prescripción- por parte del profesional en salud responsable del paciente, y que a su vez exista constancia de sus actos de manera completa y puntal en los documentos señalados para tal fin, los cuales deben ser congruentes y consistentes con la evidencia científica que respalde sus actos ante futuros cuestionamientos o consultas en la materia que corresponda.

Por otra parte, en la verificación de los cuartos de medicamentos en los salones hospitalarios se evidenció que se dispone de un stock de dos ampollas de fentanilo en el área de agudos 1 del Servicio de Emergencias, el cual también es necesario autorizar y documentar.

Se observó también en las áreas hospitalarias visitadas el almacenamiento de medicamentos varios en stock, en cantidades superiores a las autorizadas, productos no autorizados, sin una clara identificación, algunos vencidos o abiertos sin la fecha de apertura registrada. En el caso de los stocks definidos por el Servicio de Farmacia, no se logró documentar el aval del Comité Central de Farmacoterapia, de conformidad con lo que establece la normativa de la Lista Oficial de Medicamentos. Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y supervisión en el manejo de medicamentos en los salones hospitalarios, mediante la revisión continua y devolución oportuna de tratamientos no administrados por parte de enfermería, así como verificaciones periódicas en el caso del servicio de farmacia.

Por otra parte, se determinó que en el HSVP no se registra en el Expediente Digital Único en Salud la información relacionada con los procedimientos de anestesia, sino que se efectúa en la hoja física de anestesia, lo cual limita la trazabilidad, supervisión y control respecto a la prescripción y uso del medicamento en Sala de Operaciones.



RECOMENDACIONES

Considerando que los resultados del presente informe evidencian la necesidad e importancia de fortalecer los mecanismos de control y supervisión en el uso y custodia del fentanilo y otros medicamentos que son de uso restringido y de alto riesgo ante un eventual uso irracional, se plantean las siguientes recomendaciones:

AL DR. RANDAL ÁLVAREZ JUÁREZ, GERENTE MÉDICO, O A QUIEN OCUPE EL CARGO EN SU LUGAR

1. A partir de lo evidenciado en el presente informe sobre las debilidades de control interno en el manejo de fentanilo, así como lo indicado en el informe ASS-57-2021, “auditoría de carácter especial sobre el uso de medicamento (fentanilo) en los hospitales nacionales”, fortalecer los aspectos de control interno relacionados con:
 - a. Instruir a las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud para que en sus programas de supervisión y control verifiquen la razonabilidad de las medidas de control en cuanto al cumplimiento de la normativa de prescripción despacho y administración de psicotrópicos y estupefacientes de conformidad con la normativa vigente. Para lo anterior, brindar énfasis al cumplimiento de la información relacionada con dosis, frecuencia, cantidad total a despachar, duración del tratamiento y su respectiva anotación del acto médico en el expediente clínico de cada paciente.
 - b. Instruir a las Direcciones de Red Integrada de la Prestación de Servicios de Salud, para que se incluyan en los planes de supervisión de las disciplinas de enfermería y farmacia la verificación del cumplimiento de la normativa en lo referente al control del inventario de stocks de medicamentos y otros mecanismos de evaluación que se consideren pertinentes en los salones hospitalarios.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, aportar la evidencia correspondiente de las acciones realizadas para el cumplimiento de cada uno de los subpuntos, en el plazo de 1 mes.

2. Efectuar las acciones, planteamientos o requerimientos a las instancias que correspondan, para implementar o incorporar en el EDUS la hoja de anestesia, lo anterior con la finalidad de mejorar los procesos de control, transparencia, seguridad jurídica, oportunidad de la información y trazabilidad de la actividad.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, aportar los planteamientos o requerimientos correspondientes para el cumplimiento de lo solicitado, en el plazo de 6 meses.

A LA DRA. PRISCILA BALMACEDA CHAVES, DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, O A QUIEN OCUPE EL CARGO EN SU LUGAR.

3. Realizar un análisis de los controles implementados en el uso del fentanilo en el hospital San Vicente de Paul, a raíz del informe de conclusiones de la investigación preliminar IP-DE-003-15-2018, oficio IP-DE-003-15-2018, según se describe en el hallazgo 1 del presente informe, en el cual se determinó que existió negligencia por parte del personal de enfermería que custodiaba el fentanilo en el hospital San Vicente de Paúl, al entregar el fármaco al señor ABP en febrero del 2018. Lo anterior con el propósito de que se determine la suficiencia de estos controles, para lo cual se deberá considerar, entre otros aspectos, lo relacionado con las normas internas para el control de ingreso de personas particulares, personal de planta y el rol de los oficiales de seguridad, según se indicó también en el informe de conclusiones de la investigación preliminar IP-DE-003-15-2018.

Para el cumplimiento de la recomendación, se deberá aportar copia certificada del resultado del análisis solicitado, en el plazo de 4 meses.



4. De conformidad con el hallazgo 3, y considerando que se evidenciaron debilidades en el sistema de control interno, en cuanto al almacenamiento de medicamentos en los servicios hospitalarios, en coordinación con la jefatura del servicio de enfermería, establecer un plan de mejora con las acciones que sean procedentes, a fin de garantizar el cumplimiento de los lineamientos técnicos vigentes en cuanto a: capacitación del personal en el manejo de stocks hospitalarios, normas de asepsia en conservación y almacenamiento de medicamentos, revisiones e inventarios periódicos de los stocks de medicamentos, devolución de fármacos no administrados a farmacia, definición y aval de cantidades y listado de fármacos y manejo del sistema de unidosis en las áreas de hospitalización, con el propósito de evitar un uso indebido, despilfarro o hurto de medicamentos.

Así mismo, que el titular del Servicio de farmacia lleve a cabo inventarios selectivos de los stocks, así como las acciones necesarias para la autorización de los medicamentos y cantidades para los diferentes salones, de conformidad con lo establecido en la normativa institucional, incluyendo las dos ampollas de fentanilo que se custodian en el servicio de emergencias.

Esta recomendación se dará por atendida con la evidencia de las acciones realizadas para el cumplimiento de la normativa en cuanto al almacenamiento y gestión de medicamentos en los salones hospitalarios. Plazo de cumplimiento: 4 meses a partir del recibo de este informe.

5. Según lo comentado en los hallazgos 2.1 y 4, instruya a las jefaturas de los servicios del hospital donde se prescribe fentanilo para que se registre la información relacionada con el número de receta y que esta información se incluya en el EDUS o en la hoja de anestesia, según corresponda, con la finalidad de dar trazabilidad y seguridad jurídica al medicamento prescrito.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá aportar la evidencia correspondiente de las acciones realizadas, en el plazo de 3 meses.

A LA DRA. ROSARIO GONZÁLEZ MORERA, JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA, O A QUIEN OCUPE EL CARGO EN SU LUGAR

6. Efectuar las acciones que correspondan a efectos de documentar y validar la metodología para el cálculo de la duración de las infusiones de fentanilo, así como del procedimiento para el despacho de fentanilo mediante stock personal a los médicos especialistas en Anestesiología y Recuperación, que incluya los mecanismos de supervisión y control establecidos para garantizar el cumplimiento de la normativa técnica en cuanto al despacho de estupefacientes, de conformidad con lo indicado en el hallazgo 2.2.

La recomendación se dará por cumplida al presentar la evidencia de la documentación avalada de lo solicitado, en el plazo de 3 meses.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados de la presente evaluación fueron comentados el 31 de marzo del 2022 con funcionarios de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte: Dra. Margarita Delgadillo Corrales, Asistente Médica, Dra. Ana Ligia Díaz Porras, Supervisora Farmacia, Dra. Rocío Hernández Arroyo, Supervisora Enfermería, Licda. Hazel Barquero Hernández, Seguimiento informes auditoría; y con funcionarios del Hospital San Vicente de Paúl: Dra. Priscilla Balmaceda Chaves, Directora Médica, Dra. Katherine Mata Rojas, Jefe Servicio de Anestesia y Recuperación, Dra. Rosario González Morera, Jefe Servicio de Farmacia, Dra. Ana Lorena Castro Lizano Sub Jefatura de Farmacia y Dr. Allan Rodríguez Artavia, Jefe a.i. Servicio Enfermería.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Asimismo, el 5 de abril del 2022 se comentaron los resultados con funcionarios de la Gerencia Médica: Dr. Randall Álvarez Juárez, Gerente, Dr. David Monge Durán y Lic. Gilberto León Salazar, asesores. Las observaciones de la administración fueron las siguientes:

Recomendación 1:

El Lic. Gilberto León indica que están de acuerdo con el plazo y lo indicado en los puntos b y c. Sin embargo, indica que el punto a debería separarse a otra recomendación, dado que esto no es una competencia de los directores médicos de los hospitales.

El Dr. Monge Durán comenta que las acciones para el desarrollo del sistema digital están muy avanzadas y lo que está pendiente es realizar las coordinaciones con el Ministerio de Salud para que se dé el enlace con la receta, por lo que solicitan valorar que este punto de la recomendación permanezca o se elimine.

En cuanto a lo referente a la implementación de la hoja de anestesia en el EDUS, el Dr. Monge Durán indica que lo que es competencia de la Gerencia Médica es el planteamiento de los requerimientos, pero la implementación como tal le compete al EDUS, por lo que solicitan se valore modificar esta recomendación.

El Lic. Gilberto León comenta que sería conveniente revisar la recomendación, que se incluyan otros actores o se modifique la redacción, porque lo solicitado se escapa de la competencia de la Gerencia Médica.

El Dr. Álvarez Juárez comenta que le preocupa lo que se solicite, ya que el cumplimiento de la recomendación podría no depender de la Gerencia Médica, por lo que solicita que se realicen las modificaciones correspondientes.

La Dra. Díaz Porras, supervisora de farmacia DRSSCN, comentó que no queda claro en las recomendaciones si lo que se solicita es que se verifique el cumplimiento de estos procesos, que por el contrario sean las unidades en la parte operativa que los realicen, o si es la DRSSCN la que, como parte de la supervisión, debe el cumplimiento de estos procesos.

La Dra. Hernández Arroyo indicó que debería incluirse la palabra verificación o seguimiento del cumplimiento de los procesos en el punto c

Recomendación 2:

La Dra. Balmaceda reitera que considera que lo que debe solicitarse es un análisis de los controles que se implementaron a raíz de esta investigación, y si son suficientes de acuerdo con los cambios que se han dado desde el 2018, a saber, el COVID, personal nuevo, entre otros, pero no retomar los hechos de la investigación.

Recomendación 3:

La Dra. Rosario González, jefe farmacia del Hospital San Vicente de Paul, indica que los inventarios y revisiones de stock se realizaban antes de la pandemia, de lo cual existe suficiente evidencia, sin embargo, una vez que empezó el COVID, esta práctica se dejó de realizar. La Dra. Balmaceda Chaves, comentó también que en los últimos 2 años el abordaje hospitalario cambió radicalmente y que el acceso a salones ha sido muy restringido, lo que podría haber ocasionado situaciones como la encontrada, sin embargo, está de acuerdo con la recomendación y el plazo



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

La Dra. Balmaceda Chaves comentó que sería mejor precisar cómo pedir las acciones a enfermería y farmacia, por ejemplo, un plan de mejora, que incluya acciones de supervisión, capacitación, inventarios.

El Dr. Allan Rodríguez indicó que estas acciones son una constante, por lo que deben cumplirse en todo tiempo, son acciones que necesitan un seguimiento frecuente.

La Dra. Rocío Hernández, supervisora de enfermería de la DRIPSSCN, comentó que dentro de los planes de supervisión de cada salón debe incluirse el tema de revisión de medicamentos, por lo que se requiere que el plan garantice la supervisión del cumplimiento de este punto.

La Dra. Rosario González, señaló que recientemente efectuó una reunión con el personal de enfermería de emergencias y se acordó que solo se despacha lo que esté anotado en Kardex, así se tenga la receta médica, y que se harán devoluciones a farmacia por turno, dado que la rotación de pacientes es de aproximadamente 15 diarios. Se propone que este tipo de acciones se implementen en otros salones hospitalarios.

Se sugiere se modifique la redacción de la recomendación en términos de que se solicite un plan de mejora desde la dirección general a enfermería.

Recomendación 4:

La Dra. Balmaceda Chaves comentó que el cumplimiento de la recomendación en lo referente al registro de la información en el EDUS es muy difícil de acatar, ya que requiere crear un usuario en SIES para los médicos, ellos no tienen actualmente una computadora fija y atrasaría los procesos en todos sus ámbitos.

La Dra. Mata Rojas, jefe de Anestesia, indicó también que es muy difícil de cumplir y que a nivel institucional se está trabajando en la integración de la hoja de anestesia en el EDUS. Agrega que en ocasiones se registra en el EDUS situaciones especiales, como la colocación de bombas elastoméricas para el dolor y que lo ideal sería que el registro de la información sobre anestesia se realice cuando se dé este proceso a nivel institucional.

La Dra. Balmaceda Chaves agrega que, al realizarse una implementación de un sistema o proyecto a nivel institucional, se efectúa un proceso de diagnóstico de necesidades, otorgamiento de equipo y otros requerimientos para la puesta en marcha de esto. Además, en términos jurídicos, no hay inconveniente ya que la información se registra en la hoja de anestesia actual y en el expediente del paciente.

En cuanto al registro de la información del número de receta en la hoja de anestesia actual - física, están de acuerdo. Se propone que la recomendación se modifique eliminando lo relacionado con el registro de la información en el EDUS y se incluya solicitar que el número de receta se consigne temporalmente en la hoja de anestesia y para los casos de médicos que laboran fuera de sala de operaciones y que prescriban fentanilo, se anote lo que corresponda en el expediente de salud, con la finalidad de mejorar el proceso de trazabilidad e información.

Plazo se requiere modificar el mismo a 3 meses por la administración



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

De lo anterior, esta Auditoría, consideró las observaciones propuestas por la administración, e incorporó lo pertinente en las recomendaciones indicadas del presente informe.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Licda. Wendy Núñez Quirós
Asistente de Auditoría

Dr. Luis Diego Fernández Mena
Asistente de Auditoría

Dra. Silvia Elena Quesada Hernández
Asistente de Auditoría

Lic. Roy Juárez Mejías, jefe
Subárea

Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe
Área

EAM/RJM/WNQ/LFM/SEQH/lbc