



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

ASS-368-2015
07-12-2015

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud, con el objetivo de evaluar aspectos de control interno en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología y verificar el sistema de control interno, cumplimiento del marco normativo y aprovechamiento de los recursos.

En relación con el Servicio de Farmacia, se determinó una situación crítica en la infraestructura de la Consulta Externa y Almacén Local de Medicamentos, dado que la ubicación, diseño y dimensiones de las mismas incumplen con las condiciones óptimas para las funciones que se realizan; existen problemas serios de hacinamiento, ventilación y espacio insuficiente para el almacenamiento de los medicamentos, entre otros. Esta problemática ha sido expuesta por la Jefatura a las autoridades del hospital en reiteradas ocasiones y también ha sido documentada por instancias institucionales y el Ministerio de Salud, el cual giró una segunda Orden Sanitaria que pone en riesgo la habilitación para el funcionamiento de este servicio.

Se documentaron otras debilidades de control interno, relacionadas con la oficialización del Manual de Normas y Procedimientos por parte de la Dirección General del Hospital, documentación de inventarios en el Almacén Local de Medicamentos, inconsistencias en la programación y evaluación de metas, ausencia de un Plan de Capacitación y de inventarios selectivos periódicos en el despacho, aspectos de control interno que podrían incidir en el óptimo funcionamiento de esta unidad.

En el caso del Servicio de Laboratorio Clínico, se dispone de un manual de procedimientos básico que requiere fortalecerse con normativa de índole organizacional y de control interno. En lo referente a los inventarios de la bodega de reactivos, la misma carece un sistema de información confiable que permita un control adecuado sobre los insumos. Además, no se dispone de un control sobre los reactivos que son custodiados en las distintas divisiones del Servicio.

Asimismo, debe la jefatura implementar los mecanismos necesarios para darle un adecuado seguimiento tanto a las metas de las divisiones del Laboratorio como las metas generales plasmadas por el hospital, con el propósito que en caso de ser necesario se implementen soluciones correctivas oportunamente y realizar el seguimiento en el comportamiento productivo.

Se determinaron debilidades en la gestión de la lista de espera de ultrasonidos del Servicio de Radiología, relacionadas con la información disponible, depuración y registro de los pacientes en espera del procedimiento diagnóstico, lo que refleja la necesidad de fortalecer el sistema de control interno por parte del Servicio de Radiología y de las autoridades del hospital. Otra oportunidad de mejora en el

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 1 de 42

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





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

Servicio de Radiología radica en la implementación de registros y análisis de producción por funcionario, que permitiría reforzar los procesos de supervisión.

El Servicio de Radiología presenta, en términos generales, condiciones de infraestructura adecuadas para su funcionamiento. No obstante, existen algunos problemas de hacinamiento en el pasadizo interno de circulación, sala 1 y zonas de reporte, oficina de jefatura y de médicos, así como ausencia de servicios sanitarios internos y deterioro de cielos y paredes en algunas zonas, que podrían afectar el óptimo funcionamiento de esa unidad. En cuanto al equipamiento, se evidenció que de 39 equipos del Servicio, el 56% sobrepasaron su vida útil y se han realizado 6 guías de reemplazo que han reflejado la necesidad de sustituir los bienes de inmediato, no obstante, solo uno de ellos se encuentra en trámite de sustitución, lo que representa un riesgo en cuanto a la oportunidad y accesibilidad de servicios radiológicos de la población pediátrica.

En virtud de los resultados del informe, se ha recomendado a la Gerencia Médica efectuar en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la Dirección General del Hospital, un análisis de la situación de infraestructura del Servicio de Farmacia y definir las acciones a desarrollar para su atención oportuna.

Adicionalmente, se requirió a la Dirección General del Hospital establecer un mecanismo de monitoreo y seguimiento periódico de las metas establecidas para cada servicio evaluado, garantizar que las Jefaturas de los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico efectúen las acciones que correspondan para subsanar las debilidades de control evidenciadas en el informe, así como coordinar con el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento para elaborar un plan de mejora para subsanar las debilidades de infraestructura y equipamiento de los Servicios de Laboratorio Clínico y Radiología.

Finalmente, en coordinación con la Jefatura del Servicio de Radiología, depurar la lista de espera de ultrasonidos y fortalecer el sistema de registro de información sobre la lista de espera, establecer controles de producción para los técnicos y médicos especialistas del Servicio.



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

ASS-368-2015
07-12-2015

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL SERVICIOS DE APOYO, FARMACIA, LABORATORIO CLÍNICO Y RADIOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS SÁENZ HERRERA U.P. 2103

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud de la Auditoría Interna para el 2015, apartado de Evaluaciones Integrales Gerenciales.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la pertinencia del sistema de control interno en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología, cumplimiento del marco normativo y aprovechamiento de los recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar los aspectos de control interno relacionados con la organización y funcionamiento de los servicios de apoyo considerados en el estudio.
- Valorar el estado de las instalaciones y equipamiento de los servicios de apoyo considerados en la evaluación, considerando en Farmacia las condiciones de almacenamiento de los medicamentos.
- Analizar las estrategias y acciones desarrolladas para la gestión de la lista de espera en procedimientos de Radiología.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión y análisis de las acciones y actividades desarrolladas en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología, en aspectos como organización, lista de espera, control de producción, almacenamiento de medicamentos y estado de planta física y equipamiento.

El período evaluado comprende los meses de enero, febrero y marzo 2015, modificándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.



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

El estudio se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, R-DC-064-2014, emitidas por la Contraloría General de la República; además de normativa legal y técnica atinente a la materia.

METODOLOGÍA

- Solicitud de información a las Jefaturas de Servicio: Dra. Gloria Arias Porras, Jefe Servicio de Farmacia, Dr. Mario Vargas Montero, Jefe de Laboratorio Clínico y Dr. Luis Lobo Dinis, Jefe Servicio de Radiología.
- Analisis de la información aportada por las jefaturas de Servicio.
- Recorrido por la planta física de los servicios evaluados y revisión de la vida útil de equipo médico de Radiología.
- Inventario selectivo de medicamentos en el Servicio de Farmacia y de reactivos en el Servicio de Laboratorio Clínico.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno Nº 8292.
- Ley General de Salud Nº 5395.
- Ley General de la Administración Pública Nº 6227.
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Reglamento General de Hospitales.
- Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, 2014.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, R-DC-064-2014.

ASPECTOS NORMATIVOS 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, 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:

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 4 de 42

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





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

“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 (...).”

HALLAZGOS

1. SERVICIO DE FARMACIA

1.1. Condiciones de infraestructura y almacenamiento de los medicamentos

Se evidenció que la ubicación, diseño y dimensiones de las diferentes áreas del Servicio de Farmacia incumplen con las condiciones óptimas para las funciones que se realizan; en términos generales se presenta espacio insuficiente y hacinamiento, siendo las áreas más críticas la Consulta Externa y el Almacén Local de Medicamentos (ver Anexo 1). Los aspectos evidenciados son los siguientes:

- Existen inconvenientes en la ventilación tanto en el Almacén Local, como en el Almacén de Tránsito, despacho y sala de espera de la Farmacia de Consulta Externa, debido a los problemas de hacinamiento.
- En el área de Consulta Externa se observa hacinamiento, tanto a lo interno como en el área de espera de los pacientes. Se dispone de solo una ventanilla para la atención de los usuarios; en el área de Farmacia el espacio es insuficiente para la realización de labores, almacenamiento de medicamentos y circulación del personal, se observan cajas en el suelo, lo que obstaculiza la circulación en los pasillos e incluso las salidas del servicio.
- El aire acondicionado en el Servicio presenta problemas de condensación, lo que genera daños en el cielo raso en las diferentes áreas de la Farmacia.
- El Almacén Local de Medicamentos presenta limitaciones de infraestructura y ubicación, el espacio es insuficiente y está localizado en el sótano, contiguo a un cuarto de máquinas. Por estas circunstancias se debe colocar inventario fuera del almacén.
- Existe una bodega de fórmulas en la zona de parqueo, cuyo espacio no permite la circulación del personal, ni la recirculación del material según la fecha de vencimiento del producto.
- No existe un área para la descarga de los pedidos, este proceso se realiza alejado del Almacén, en la zona del patio o parqueo y a la intemperie, muy cercano al sitio donde se deposita la basura del



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

hospital, además el piso por el que se debe transitar tiene irregularidades. Tampoco existe un área para ubicar el pedido mientras se efectúa la revisión del mismo, se ingresa al inventario y se ubica en los estantes correspondientes.

- No se dispone de ducha para lavado del personal en caso de un accidente.
- Los medicamentos no se almacenan en su totalidad sobre tarimas, separados de las paredes y techo. Los estantes son de madera y no son abiertos ni de doble ingreso, no existen condiciones para su ventilación y esa área no dispone de aire acondicionado.
- El servicio no dispone de montacargas hidráulico para el transporte adecuado de los medicamentos.
- Los psicotrópicos del Almacén Local se ubican en un mueble con llave, sin embargo, esta llave está bajo la responsabilidad del Jefe de Proveeduría de Farmacia y la Jefatura de Farmacia dispone de una copia.
- No se mantiene una bitácora para el registro de los mantenimientos realizados a los equipos y extintores.

Se verificó que la problemática de infraestructura del Servicio de Farmacia ha sido expuesta por la Jefatura a las autoridades del hospital en reiteradas ocasiones y también ha sido documentada por varias instancias; a saber, Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos en “Informe de Visita de Diagnóstico”, noviembre 2009, así como por la Unidad de Seguridad Ocupacional y Seguridad del Humano, en agosto del 2010¹, “Informe Técnico de Salud Ocupacional por condiciones de trabajo en la Farmacia de Consulta Externa”.

En setiembre del 2010, esta Auditoría emitió el oficio de advertencia AD-ASS-39157, referente a las condiciones de infraestructura del Almacén Local de Medicamentos, en el cual se informó sobre falta de espacio para almacenar los medicamentos y condiciones no adecuadas dentro del mismo, por lo que se advirtió sobre la situación, con el propósito de que se adoptaran las medidas correspondientes para dar una solución viable a la problemática.

En abril del 2011 el Ministerio de Salud emitió la Orden Sanitaria N° 047-HMR-N-2011, por inconformidades detectadas en inspección realizada a la Farmacia del hospital, para lo cual la Jefatura del Servicio estableció un “Plan remedial”, en el que se definía gestionar y ejecutar un estudio de movimientos de inventario y volumen de productos almacenados, así como el rediseño de las áreas de

¹ Oficio USO-038-2010, del 25 de agosto del 2010.



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

almacenamiento de acuerdo con dicho estudio; sin embargo, la Dirección General consideró que los aspectos de infraestructura eran imposibles de cumplir².

En el 2014, dada la existencia de varias Órdenes Sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud a diferentes unidades institucionales, la Presidencia Ejecutiva delegó en la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI) el establecimiento de un plan remedial institucional y continuar con el proceso paulatino de atención a las órdenes del citado Ministerio.

En mayo del 2015³, la Dirección General del hospital informó a las Gerencias Médica y de Logística que es necesaria la construcción de un Almacén Local de Medicamentos para cumplir con el Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos y atender la Orden Sanitaria 047-HMR-2011 y solicitaron a la Dirección de Arquitectura e Ingeniería información respecto a lo actuado para el establecimiento de planes remediales y así atender las órdenes sanitarias, de conformidad con lo solicitado por la Presidencia Ejecutiva.

Finalmente, en setiembre del 2015 durante el trabajo de campo de esta Auditoría, el Ministerio de Salud emitió una nueva Orden Sanitaria, N° ARS-HMR-AMR-066-15, considerando que no se ha cumplido con todos los puntos de la orden girada en el 2011, sino que se constataron inconformidades relacionadas con la infraestructura de la farmacia de consulta externa y bodegas. En razón de lo anterior, se ordenó la presentación, en un plazo de 30 días hábiles, de un "Plan Remedial", con la programación de acciones correctivas y plazos de cumplimiento para atender las situaciones encontradas.

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos, sobre las Instalaciones y áreas de almacenamiento, apartados 13 y 14, establece:

"13.1 Las instalaciones deben ubicarse, diseñarse, construirse, adaptarse y mantenerse en conveniencias con las operaciones propias del área de almacenamiento. La distribución y el diseño deben permitir una limpieza y mantenimiento efectivos y evitar cualquier condición adversa que pueda afectar la calidad de los productos farmacéuticos y la seguridad del personal (...).

13.6 Las instalaciones deben ser sometidas regularmente a programas (con su respectivo cronograma) de mantenimiento preventivo, limpieza y control de plagas. Para cada uno de ellos se deben mantener registros de su realización (...)

² Oficio DG-1625-12 del 28 de noviembre 2012, suscrito por el Dr. Rodolfo Hernández Gómez, en ese entonces Director General del Hospital Nacional de Niños.

³ Oficios DG-HNN-0877-2015/DA-249-2015/SF/HNN-192-2015 y DG-HNN-0876-2015/DA-248-2015/SF/HNN-191-2015, del 18 de mayo del 2015.



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

13.8 Los equipos empleados para asegurar el almacenamiento y conservación de los medicamentos (aires acondicionados, ventiladores, extractores, cuartos fríos, refrigeradoras y/o cámaras de refrigeración) deben contar con sus respectivos cronogramas de mantenimiento preventivo. De igual forma, deben mantenerse registros escritos de los mantenimientos preventivos y correctivos que se lleven a cabo (...)

13.10 Las áreas de recepción y despacho deben estar ubicadas en áreas protegidas de condiciones ambientales adversas, de manera que las operaciones de carga y descarga no se vean afectadas por cambios climáticos, y contar con una rampa para carga y descarga, si fuera necesario (...)

14.2 Las áreas de almacenamiento deben tener espacio suficiente para:

14.2.1 Facilitar el manejo ordenado y segregado de los medicamentos.

14.2.2 Facilitar el flujo del personal, material y productos.

14.2.3 Facilitar la limpieza.

14.10 Las áreas de almacenamiento deben tener condiciones de iluminación, que no influyan negativamente, directa o indirectamente en los productos y que permita se realicen con exactitud y seguridad todas las operaciones (...)

14.11 Los almacenes tendrán un área especial segregada para el almacenamiento de productos farmacéuticos controlados, la cual debe permanecer bajo llave o tener un sistema que permita el acceso sólo al responsable. Esta área debe estar bajo la responsabilidad del regente farmacéutico (...)

14.13 Todos los productos farmacéuticos se deben almacenar sobre tarimas o estantes, nunca sobre el piso, y separados de las paredes y el techo para permitir la limpieza e inspección.

14.14 Todos los productos farmacéuticos que se estiben deben estar debidamente asegurados para evitar el riesgo de desprendimiento que pudiera ocasionar daños al personal o al producto (...)

14.15 Las instalaciones y mobiliario utilizado en estas áreas deben ser de materiales que no desprendan partículas, deben ser lisos, resistentes y fáciles de limpiar (...)

La problemática descrita, si bien es cierto ha sido evidenciada no solo por la jefatura del Servicio sino también por otras instancias institucionales y por el Ministerio de Salud, persiste a la fecha, en virtud que no ha sido posible concretar una solución viable y efectiva, considerando que existen aspectos relevantes y no controlables que lo han limitado, entre ellos, infraestructura antigua, limitación presupuestaria y falta de espacio físico en el Hospital.



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

El almacenamiento de los medicamentos es un factor crítico que incide en la conservación de sus propiedades farmacológicas; las Buenas Prácticas de Almacenamiento constituyen un conjunto de normas mínimas obligatorias de almacenamiento que deben cumplir los almacenes, respecto a las instalaciones, equipamientos y procedimientos operativos, destinados a garantizar a los usuarios la calidad del producto que recibe, como parte de su atención.

Las condiciones de almacenamiento de los medicamentos en el Servicio de Farmacia del Hospital, tanto en el Almacén Local de Medicamentos como en las bodegas de paso, fórmulas y despacho de consulta externa, representan un riesgo para la seguridad y calidad de éstos, y por lo tanto para alcanzar el objetivo de satisfacer con oportunidad, eficiencia y calidad la demanda de los usuarios.

La disponibilidad de espacio físico insuficiente para la demanda actual del Servicio en el área de consulta externa que incide en el desarrollo de los procesos, almacenamiento de medicamentos y circulación del personal; así como la ausencia de ventilación, luz natural y espacios privados para evacuar consultas y en la sala de espera, pueden afectar negativamente el desempeño de los funcionarios, no solo por la generación de estrés y fatiga, sino también por aumentarse el riesgo de ausentismo laboral, errores en la dispensación de recetas, accidentes laborales y deterioro del equipo, lo que podría dificultar la prestación oportuna a los usuarios y una eventual evacuación de las zonas en caso de emergencia.

Llama la atención que esta situación definida como crítica existe desde hace varios años, y ha sido advertida no solo por este Órgano de Fiscalización, sino también por otros entes de control y asesoría como el Ministerio de Salud, Laboratorio de Normas y Calidad y Unidad de Salud Ocupacional del mismo centro de salud, siendo que a pesar de esto no se ha ejecutado una solución efectiva y oportuna, en procura de mejorar las condiciones físicas y operativas del Almacén Local y área de consulta externa del Servicio. Lo descrito reviste relevancia si se considera que el monto de los fármacos custodiados en el Almacén Local asciende a 1.200 millones de colones.

Además, se verificó que existen en el centro de salud amplios espacios destinados al resguardo de vehículos, en un edificio contiguo al hospital de 7 pisos que alberga un área de 9.737 m², existiendo condiciones de aglomeración y hacinamiento no sólo en el Servicio de Farmacia, sino también en el de Laboratorio Clínico y otros centros del hospital, lo que implica que en el centro de salud existen áreas que previa planificación podrían convertirse en solución para la problemática de planta física que presentan las áreas de prestación de servicios, que debe ser la prioridad por su impacto directo en la atención de usuarios, población infantil.



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

1.2. Manual de Organización y Funcionamiento del Servicio

El Servicio de Farmacia dispone de un “Manual de Normas y Procedimientos”, actualizado al 2012 y que establece una descripción de la organización y funcionamiento del mismo, sin embargo; no incluye un organigrama del servicio ni ha sido avalado por la Dirección General del Hospital.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el capítulo 1, Normas Generales, apartado 1.4, Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI, establece lo siguiente:

“La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias. (...) Como parte de ello, deben contemplar, entre otros asuntos, los siguientes:

(...)

c. La emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y procedimientos para el cumplimiento del SCI, estén debidamente documentados, oficializados y actualizados, y sean divulgados y puestos a disposición para su consulta. (...)”

El capítulo 2, Normas sobre ambiente de control, apartado 2.5.2, aprobación y autorización, refiere que la ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas.

La situación descrita se presenta debido a que la Jefatura del Servicio no ha efectuado el trámite correspondiente para disponer del aval administrativo por parte de la Dirección General del Hospital. Además, en entrevista escrita, la jefatura manifestó que el documento se encuentra en proceso de revisión y actualización.

El Manual de Organización y Funcionamiento permite a una unidad documentar las funciones específicas, objetivos, misión, visión, entre otros, y establecer con claridad las líneas jerárquicas y de coordinación de los funcionarios. En razón de lo anterior y en cumplimiento de la normativa establecida, el mismo debe ser de conocimiento y autorizado por la instancia superior de la unidad, a fin de contar con un respaldo administrativo y legal en el funcionamiento del Servicio.

1.3. Plan de capacitación local

Se determinó que el plan de capacitación del servicio consiste en un programa de inducción o entrenamiento al personal de nuevo ingreso, tanto farmacéutico como de apoyo, que labora en la farmacia y en el Centro Nacional de Control de Intoxicaciones; por su parte, no se evidenció un plan de capacitación local que responda a un diagnóstico de necesidades, de conformidad con lo solicitado por la

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 10 de 42

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



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

institución en el Reglamento de Formación y Capacitación de la CCSS y en la Política Institucional de Capacitación y Formación de Recursos Humanos de la CCSS.

El Reglamento de Formación y Capacitación de la CCSS, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 26º de la sesión número 8159 y en el artículo 20º de la sesión Nº 8161, celebradas el 14 y 21 de junio del 2007, establece en el artículo 3 lo siguiente:

“Es responsabilidad de cada Centro de Trabajo mantener actualizado un diagnóstico de necesidades de capacitación y formación de su personal, que cumpla con la metodología emitida por el CENDEISS. Estos diagnósticos deberán mantenerse actualizados y realizarse cada dos años. (...) Los Centros de Trabajo deberán conformar un equipo humano que administre en lo que les corresponde, el articulado de este Reglamento.”

Asimismo, el artículo 4 de ese Reglamento indica que los centros de trabajo realizarán aquellas actividades de capacitación que respondan a una determinación de necesidades y a un plan de capacitación local; la responsabilidad de velar porque esto se cumpla es del director del establecimiento o dirección de sede. El artículo 6 refiere que este Plan debe ser enviado al CENDEISS, para la respectiva aprobación y consolidación institucional y debe incluir criterios de calidad, relevancia de los temas, nivel de inversión y el impacto esperado en la adecuada prestación de los servicios.

La Política Institucional de Capacitación y Formación de Recursos Humanos de la CCSS, aprobada por la Junta Directiva en el artículo 7º de la sesión Nº 7937, celebrada el 3 de marzo del 2005, indica en el punto 1.6 del capítulo de Políticas Generales:

“Todos los funcionarios de la CCSS tendrán derecho al acceso a las actividades de capacitación y formación, siempre que la actividad educativa responda a una necesidad manifestada y jerarquizada por el Centro de Trabajo.”

Según informó la Dra. Gloria Arias Porras, Jefe del Servicio, la capacitación que se desarrolla incluye el programa de educación continua (mensual) y otras actividades externas, no obstante, esto es variable y responde a la disponibilidad de tiempo y de cursos que ofrece el CENDEISS.

El desarrollo de una adecuada capacitación permite garantizar razonablemente que la competencia para el ejercicio idóneo de la profesión se mantiene a lo largo del tiempo, una vez se haya concluido con la formación inicial; es decir, que el trabajador adquiere los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para ofrecer servicios de salud seguros y oportunos, acorde a los cambios epidemiológicos y tecnológicos que se van generando.

En razón de lo anterior, la educación continua resulta un aspecto prioritario dentro de la prestación de servicios farmacéuticos y el hecho de que no exista una determinación de las necesidades y una

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 11 de 42

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



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



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

planificación adecuada de las actividades de capacitación, implica un riesgo en la calidad y funcionamiento del Servicio.

1.4. Programación de metas establecidas en el Plan Presupuesto 2014

Se determinó la existencia de aspectos sujetos de mejora en el proceso de planificación del Servicio de Farmacia, por cuanto no existe una coincidencia entre las metas programadas por el Servicio y las que fueron consideradas en la evaluación del hospital; además, existen dos indicadores que fueron incluidos en la evaluación anual; a saber, promedio de cupones de medicamentos por egresos y total de cupones de medicamentos; sin embargo estos no se documentaron en la programación correspondiente y en el caso del indicador “número de cupones de medicamentos por apoyo a la red”, fue programado pero no evaluado (ver Anexo 2).

Los lineamientos técnicos para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión Local, emitidos por la Dirección de Planificación Institucional, establecen como objetivos del instrumento:

“(...) facilitar a las unidades proveedoras de servicios de salud, el suministro único de datos sobre su quehacer, lograr un adecuado alineamiento entre planes y mejorar la construcción de información útil, oportuna y veraz, dirigida a satisfacer las necesidades de los diferentes niveles de gestión, como a las entidades externas.

Con dicho plan se pretende simplificar trámites, evitar la duplicidad en el instrumento de datos y mayor eficacia y oportunidad en la entrega de información; así mismo se fortalece la gestión administrativa de los establecimientos de salud, se facilita el trabajo articulado en red de servicios y se mejora la utilización de los recursos entre otras razones.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 3.3 “Vinculación con la planificación estratégica”, señalan respecto a los indicadores de gestión lo siguiente:

“La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y en consecuencia, de los riesgos correspondientes.

Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos



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

que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”

En entrevista realizada a la Dra. Gloria Arias Porras, Jefe del Servicio de Farmacia, en relación con el cumplimiento y seguimiento de metas y las diferencias con las metas establecidas para el centro de salud, manifestó que dichas diferencias se presentan porque:

“(…)la institución tiene una plantilla definida y las metas del servicio son más detalladas que las definidas en ésta plantilla. En el Plan Presupuesto del Servicio se incluye la totalidad de despacho de recetas, no se desglosa. El problema es la plantilla que utiliza el Hospital que no permite detallar las actividades del Servicio”

Es importante mencionar que el Servicio de Farmacia del Hospital Nacional de Niños programa sus metas con base en el comportamiento histórico del Servicio.

Esta diferencia entre lo programado y lo evaluado dificulta el logro de los objetivos y gestión eficiente del Servicio, además de no facilitar la adecuada optimización de los recursos disponibles, lo cual podría afectar la calidad en la prestación de los servicios farmacéuticos, asimismo, disponer de métodos adicionales al comportamiento histórico para la fijación de metas es una medida de control importante, con el fin de tener un cumplimiento real de las metas programadas.

1.5. Control de inventario de medicamentos

Se determinó que el Servicio de Farmacia no efectúa inventarios selectivos periódicos en el despacho 772 (despacho principal); por su parte, en el despacho 771 (Almacén Local de Medicamentos) se efectúa un inventario general mensual; no obstante, se evidenció que el respaldo documental consiste en un reporte de existencias de bodega generado por el SIFA, sin identificación del responsable del inventario, las existencias físicas ni las justificaciones de los faltantes y sobrantes encontrados.

El Manual de Normas y Procedimientos del Servicio establece, en el apartado de Normas Generales de Bodega, que se debe realizar diariamente inventario selectivo de al menos 10 medicamentos. Asimismo, que en la Farmacia de Onco-Hematología es necesario llevar un control de inventarios parciales, quincenales (técnico), supervisado por el Farmacéutico.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en el punto 4.3 lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución (...)”



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

La Ley General de Control Interno, en el artículo 8, inciso a, establece que la Administración Activa debe ejecutar una serie de acciones para proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, 2014, establece en el apartado sobre actividades relacionadas con la gestión del sistema de suministro de medicamentos: almacenamiento, conservación y distribución, lo siguiente:

"(...) Realizar inventarios periódicos y mantener el debido control sobre la rotación de los medicamentos y otros insumos farmacéuticos. (...) Coordinar y controlar la realización de inventarios selectivos de los medicamentos en forma periódica, tanto en el Almacén Local de Medicamentos como en el despacho principal, farmacias satélites, stocks de medicamentos asignados en los diferentes servicios."

La no realización de inventarios periódicos en el despacho principal obedece, según lo manifestado por la Jefatura del Servicio, a la falta de recursos.

Las debilidades en la documentación de los inventarios realizados en el Almacén Local de Medicamentos representan una oportunidad de mejora en el sistema de control interno del Servicio de Farmacia, ya que limitan la disponibilidad de información referente a estos procedimientos, para su consulta y evaluación posteriores.

La realización de inventarios periódicos permite ejercer un control sobre las existencias de los medicamentos y verificar la efectividad de los procesos de custodia de los mismos; la ausencia de inventarios selectivos en el despacho principal implican un riesgo en el funcionamiento del servicio y su gestión, no solo por el incumplimiento de la normativa institucional establecida, sino también en la consecución de uno de los objetivos del sistema de control interno, referente a la protección del patrimonio público.

2. SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

2.1. Manual de Organización y Funcionamiento del servicio

Se determinó que el Servicio de Laboratorio Clínico dispone de un Manual de Calidad-Organización y Gestión, el cual pretende describir la estructura administrativa y técnica del Servicio. Sin embargo en el documento no se incluyen las responsabilidades, políticas, procedimientos, procesos, sub procesos y funciones, además no tiene el aval de la Dirección General del Hospital.



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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el Capítulo IV sobre Actividades de Control, apartado 4.2, inciso e), establecen:

“Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esta documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos para uso, consulta y evaluación.”

El capítulo 2, Normas sobre ambiente de control, apartado 2.5.2, aprobación y autorización, refiere que la ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas.

El Manual de Organización y Funcionamiento es un documento normativo que describe las funciones específicas, los objetivos, misión, visión, lo relativo a requisitos y responsabilidades de cada cargo o puesto de trabajo. Establece las relaciones internas del puesto y proporciona información de las funciones específicas, así como la dependencia jerárquica y coordinación. La ausencia de tal instrumento limita el acceso respecto a la organización y apoyo para funcionarios y administración superior.

Lo anterior obedece a que las autoridades del Servicio de Laboratorio Clínico no han incluido en un documento formal las responsabilidades, políticas, procesos y subprocesos del Servicio a su cargo, ni se ha presentado para aprobación ante la Dirección del Hospital Nacional de Niños.

Sobre el particular, el Dr. Mario Vargas Montero, Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, indicó a esta Auditoría:

“El Manual de Calidad ha sido una iniciativa a nivel local del Servicio pero no se ha formalizado ante la Dirección o Subdirección, sin embargo, si debe hacerse, se harán las gestiones correspondientes”

Si bien el Servicio de Laboratorio Clínico dispone del manual o instrumento organizativo, la ausencia de apartados de organización y control dificulta la disposición normada de información, que permita integrar todas las funciones y sirva de guía a la jefatura del servicio y sus colaboradores, más allá del ámbito meramente técnico, los cuales son fundamentales para el funcionamiento adecuado de la unidad.

2.2. Cumplimiento de metas establecidas en el Plan Presupuesto 2014

Se determinaron oportunidades de mejora en el proceso de planificación del Servicio de Laboratorio Clínico, dado que no existe una coincidencia entre las metas establecidas por el Servicio en el año 2014, entregadas a esta Auditoría, con las evaluadas en el Plan Presupuesto del Hospital; asimismo, se

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 15 de 42

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





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

incluyeron dos metas que pese a estar programadas por el Servicio no fueron evaluadas por el Hospital; además no se da un seguimiento a las metas establecidas por las diferentes Divisiones del Laboratorio.

Los lineamientos técnicos para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión Local, emitidos por la Dirección de Planificación Institucional, establecen como objetivos del instrumento:

“(...) facilitar a las unidades proveedoras de servicios de salud, el suministro único de datos sobre su quehacer, lograr un adecuado alineamiento entre planes y mejorar la construcción de información útil, oportuna y veraz, dirigida a satisfacer las necesidades de los diferentes niveles de gestión, como a las entidades externas.

Con dicho plan se pretende simplificar trámites, evitar la duplicidad en el instrumento de datos y mayor eficacia y oportunidad en la entrega de información; así mismo se fortalece la gestión administrativa de los establecimientos de salud, se facilita el trabajo articulado en red de servicios y se mejora la utilización de los recursos entre otras razones.”

Así mismo, el documento antes mencionado establece para el seguimiento y evaluación del Plan, lo siguiente:

“Esta etapa tiene como fin determinar si se están logrando las metas pactadas y detectar posibles irregularidades, tomar las medidas preventivas y correctivas según corresponda. Además, permite retroalimentar el proceso de planificación para realizar las modificaciones que se consideren pertinentes.

Institucionalmente, se realiza el seguimiento con un cierre al 30 de junio y la evaluación con cierre al 30 de diciembre, no obstante es necesario un control más periódico por parte de la unidad ejecutora al menos trimestralmente, a fin de prever medidas correctivas en el caso de que la meta no se esté logrando.”

Lo descrito obedece a una falta de uniformidad en la elaboración del Plan Presupuesto del Servicio en relación con el Plan Presupuesto del Hospital, ya que cada División del Laboratorio Clínico plantea sus metas, sin embargo, a las mismas no se les da el seguimiento oportuno.

El Dr. Mario Vargas Montero, Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, indicó a esta Auditoría, en relación con la programación de las metas e indicadores que son evaluados en el Plan Presupuesto del Hospital y que no son incluidos en el Plan Presupuesto del Servicio:



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

“Las metas del Servicio son establecidas por cada Jefe de División y lo que se pretende es no definir solo metas relacionadas con la cantidad de exámenes sino también de otras actividades propias de cada División. En cuanto al seguimiento es algo que se debe implementar”

Las debilidades en el seguimiento del cumplimiento de las metas implican que los recursos utilizados para la definición y planificación de objetivos no brinden el provecho esperado durante el proceso de programación y análisis correspondientes.

La importancia de los procesos de planificación y seguimiento del Plan Presupuesto recae en que brinda la posibilidad de fortalecer la gestión de la Unidad y contribuye al logro de los objetivos, lo que permite una optimización en el uso de los recursos, con lo que además se facilita un adecuado control interno y rendición de cuentas, siempre en resguardo de brindar calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por el Laboratorio Clínico.

2.3. Condiciones de la planta física

En revisión de la planta física del Servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Niños se detectaron las siguientes oportunidades de mejora:

- Solo se encuentra una ducha en el piso del Laboratorio Central, pero la misma no está en uso.
- Espacio reducido para la toma de muestras de Laboratorio de Consulta Externa y en la División de Hematología.
- Ventanilla única para la atención de pacientes en Consulta Externa.
- Se dispone de solo una salida en la División de Inmunohematología y Banco de Sangre (sin salida de Emergencia).
- Humedad en los techos de la División de Inmunohematología y Banco de Sangre.
- No se dispone de servicios sanitarios para los donantes de sangre.
- La autoclave del Centro de Lavado y descontaminación del material, placa 625082, cumplió su vida útil en el año 2013 y requiere de constante mantenimiento.
- No existe un área exclusiva para la preparación de reactivos.
- La bodega donde se almacenan los reactivos se encuentra ubicada en el parqueo, con estantes de madera, sin ventilación ni espacio necesario para despachar los pedidos solicitados.
- No se dispone de un área para vestuario del personal.
- Espacio reducido en la División de Citogenética y ausencia de cuarto oscuro.
- Espacio reducido en el Laboratorio de Tejidos y Terapia Celular.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales, en su artículo N° 224, dispone que se entenderá por mantenimiento preventivo al proceso de inspección para evitar la necesidad de mayores reparaciones o gastos. El artículo 228 del mismo reglamento indica en el punto d, como obligación del Jefe de



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

Mantenimiento, establecer un programa de inspecciones periódicas y rutinarias de construcciones, instalaciones, mobiliarios y equipos del establecimiento.

El Manual de Mantenimiento en los Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, menciona en su apartado de Introducción que:

“(...) Ante la evidencia que los recursos físicos en salud sufren un progresivo proceso de deterioro, el papel del mantenimiento consiste en asegurar la correcta operación e incrementar la confiabilidad de los sistemas básicos de ingeniería, instalaciones y equipos del hospital a través de actividades de organización, dirección, planeación, ejecución y control. (...) Aplicar políticas, métodos y técnicas de conservación, con miras a lograr una disminución de la incidencia de fallas imprevistas, así como incrementar la productividad, confiabilidad, seguridad, eficiencia y eficacia del recurso físico, garantizando las óptimas condiciones de bienestar para el paciente”.

La Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica, Decreto Ejecutivo N° 30700-S, publicado en La Gaceta 183 del 24 de setiembre del 2002, establece en el punto 4.2 Planta física, lo siguiente:

*“4.2.1 El laboratorio debe contar con una estructura física que le permita funcionar apropiadamente, de acuerdo a la siguiente distribución: (...)
4.2.1.2 Recepción de muestras e información. (...)
4.2.1.7 Servicios sanitarios completos para el uso del personal y el usuario.”*

El Dr. Mario Vargas Montero, Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, indicó a esta Auditoría, sobre las acciones realizadas con el fin de gestionar una mejora en las condiciones de infraestructura y equipamiento del Servicio:

“Ante el Comité de planta Física del Hospital, se planteó la necesidad de hacer un baño para el personal en el Área Administrativa y a pesar de tener los recursos no se dio el permiso. Se han presentado proyectos al Comité y se ha hecho ver la necesidad de crecimiento del Servicio, sin embargo, la respuesta se ha mantenido negativa.

En el caso del laboratorio de consulta externa, se tenía un proyecto que incluso se recibió un dinero en julio del 2015, sin embargo no se disponía del cartel para la licitación, por lo que no se pudo ejecutar. Otra situación preocupante es la única salida de emergencia del Banco de Sangre y la escalera de emergencia eléctrica ubicada en la terraza”



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

Lo anterior evidencia la necesidad de establecer una comunicación oportuna y fluida con las autoridades del Centro de Salud, con el fin de solventar las necesidades de espacio físico que requiere el Servicio de Laboratorio Clínico y aprovechar los recursos existentes.

La carencia de espacio físico e infraestructura es una realidad en el Centro de Salud, que debe ser valorada con el fin de suplir las necesidades del servicio. Esta necesidad de una mejora en el espacio físico de las instalaciones del Servicio de Laboratorio Clínico puede interferir en una atención adecuada al usuario de los servicios de salud, y en lo que respecta al espacio de bodega, puede ser que exista un riesgo en el almacenamiento correcto de los reactivos que se custodian.

2.4. Control de inventario de reactivos

Se evidenciaron debilidades en el control de reactivos utilizados por el Laboratorio Clínico, relacionadas con la ausencia de un inventario consolidado, tanto en la bodega general como en las divisiones del Servicio, lo que implica que no existe certeza sobre los reactivos que custodian en esa unidad.

Adicionalmente, la información del sistema de inventarios utilizado en la bodega de reactivos del Laboratorio Clínico no es coincidente con la información aportada por la Jefatura del Laboratorio Clínico a esta Auditoría, en relación con la descripción y código de los reactivos, existen nombres y códigos repetidos en el listado y no es posible determinar el lugar de ubicación del producto en el Servicio.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el punto 4.3, Protección y conservación del patrimonio, establecen:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual (...)

4.3.1 Regulaciones para la administración de activos. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actualizar y comunicar las regulaciones pertinentes con respecto al uso, conservación y custodia de los activos pertenecientes a la institución. Deben considerarse al menos los siguientes asuntos: (...)

b. La asignación de responsables por el uso, control y mantenimiento de los activos, incluyendo la definición de los deberes, las funciones y las líneas de autoridad y responsabilidad pertinentes.

c. El control, registro y custodia de la documentación asociada a la adquisición, la inscripción, el uso, el control y el mantenimiento de los activos.

d. El control de los activos asignados a dependencias desconcentradas o descentralizadas.



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

- e. El cumplimiento de requerimientos legales asociados a determinados activos, tales como inscripción, placas y distintivos. (...)
- g. El tratamiento de activos obsoletos, en desuso o que requieran reparaciones costosas.”

En el capítulo IV, numeral 4.4, exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información, señalan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comuniquen con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas (...).”

Asimismo ese cuerpo normativo en el numeral 4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional, refiere:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.”

En cédula narrativa realizada el 9 de setiembre del 2015 por esta Auditoría se indica:

“(...) al llegar a la Bodega se conversa con el Sr. Martín Valverde, Encargado de dicha Bodega; sin embargo, el inventario programado no puede realizarse, ya que los datos que contiene el sistema de la Bodega de Reactivos no coinciden con los datos suministrados por el Dr. Mario Vargas Montero, Director del Servicio de Laboratorio Clínico a esta Auditoría, los datos no son coincidentes en códigos, nombres, o se encuentran códigos idénticos para distintos insumos. Asimismo nos indica el Sr. Valverde que existen varias Divisiones del Servicio de Laboratorio Clínico que tienen insumos que no están en el sistema y el inventario de éstos se encuentra a cargo de cada División.

Esta Auditoría le consulta al Dr. Mario Vargas Montero sobre la situación detectada, e indica que esto se debe a que los códigos que tiene el sistema de la bodega a cargo del Sr. Martín Valverde no se encuentran actualizados, ya que es una base de datos muy vieja. Que las ocasiones en que han realizado análisis de existencias por parte del Área de Gestión de Bienes y Servicios, han obtenido resultados favorables y aporta a esta Auditoría el Oficio HNN-LC-281-14 del 3 de julio 2014 y HNN-LC-24415 del 30 de junio 2015.

Sobre los reactivos que tienen bajo su custodia los Encargados de las distintas Divisiones del Laboratorio Clínico, señala que las mismas no se encuentran en un listado o inventarios, sino





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

que el control de los mismos se lleva mediante “tarjetas” o “kardex” los cuales son llevados manualmente”

Posteriormente, el Dr. Vargas Montero, Jefe del Servicio, entregó a esta Auditoría un listado con 309 reactivos en apariencia con los códigos y nombres actualizados según disposiciones institucionales, siendo que esta lista no es coincidente en cantidad ni nombres de reactivos con la primera lista aportada, señala además que el sistema de datos de la Bodega de Reactivos fue ajustado en nombres y códigos en relación con la última lista entregada.

Lo anterior obedece a falta de controles implementados por la Jefatura del Servicio, en relación con los reactivos que posee el Laboratorio Clínico como unidad, además de ausencia de documentos oficiales para los insumos custodiados en la Bodega de Reactivos y en las diferentes Divisiones del Laboratorio, que permitan controlar en detalle y documentalmente los procesos de inventariado.

Estas debilidades en el control de los reactivos podrían tener una incidencia directa en el monitoreo de los insumos, afectando con ello la planificación e identificación oportuna de situaciones anómalas respecto a los faltantes y sus responsables, con la eventual afectación económica para la Institución, máxime considerando que la mayoría tienen costos elevados.

3. SERVICIO DE RADIOLOGÍA

3.1. Cumplimiento de metas establecidas en el Plan Presupuesto 2014

Existen aspectos sujetos de mejora en el proceso de planificación del Servicio de Radiología, en virtud que se verificaron metas programadas en el Plan Anual Operativo de este Servicio que no fueron evaluadas, a saber los estudios convencionales simples, especiales y ultrasonidos; entrenamiento de radiólogos en formación; entrenamiento de pediatras cirujanos, otras subespecialidades y estudiantes; sumado a lo anterior, se incluye una meta que no registra el valor del indicador a considerar para evaluar su cumplimiento.

Por otra parte, las metas que fueron definidas en el Plan Presupuesto del Servicio no coinciden con las incluidas en el Plan Presupuesto del Hospital. Por último, la meta relacionada con los TAC realizados, no coincide con la cantidad programada (ver Anexo 3).

Los lineamientos técnicos para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión Local, emitidos por la Dirección de Planificación Institucional, establecen como objetivos del instrumento:

“(…) facilitar a las unidades proveedoras de servicios de salud, el suministro único de datos sobre su quehacer, lograr un adecuado alineamiento entre planes y mejorar la construcción de

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 21 de 42

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



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

información útil, oportuna y veraz, dirigida a satisfacer las necesidades de los diferentes niveles de gestión, como a las entidades externas.

Con dicho plan se pretende simplificar trámites, evitar la duplicidad en el instrumento de datos y mayor eficacia y oportunidad en la entrega de información; así mismo se fortalece la gestión administrativa de los establecimientos de salud, se facilita el trabajo articulado en red de servicios y se mejora la utilización de los recursos entre otras razones.”

Asimismo, el documento antes mencionado establece para el seguimiento y evaluación del Plan lo siguiente:

“Esta etapa tiene como fin determinar si se están logrando las metas pactadas y detectar posibles irregularidades, tomar las medidas preventivas y correctivas según corresponda. Además, permite retroalimentar el proceso de planificación para realizar las modificaciones que se consideren pertinentes.

Institucionalmente, se realiza el seguimiento con un cierre al 30 de junio y la evaluación con cierre al 30 de diciembre, no obstante es necesario un control más periódico por parte de la unidad ejecutora al menos trimestralmente, a fin de prever medidas correctivas en el caso de que la meta no se esté logrando.”

El valor agregado de establecer metas y verificar el cumplimiento de éstas periódicamente se define por su contribución en el fortalecimiento de la gestión de la unidad, procurando el cumplimiento real y efectivo de los objetivos propuestos en el Plan-Presupuesto, permitiendo además utilizar los recursos asignados de una forma provechosa en la prestación de los servicios de salud. Asimismo, se convierte en una herramienta útil para la rendición de cuentas ante las autoridades superiores del centro de salud.

Siendo que este Servicio no evidencia acciones de seguimiento y control sobre las metas establecidas, no permite efectuar en una forma oportuna las modificaciones que puedan ser necesarias para el cumplimiento de los objetivos con lo que se podría interferir en una gestión adecuada en la prestación de los servicios de salud.

3.2. Gestión de listas de espera

Se determinaron debilidades en la gestión de la lista de espera de ultrasonidos del Servicio de Radiología, relacionadas con la información disponible, depuración y registro de los pacientes en espera del procedimiento diagnóstico.

En primera instancia, se evidenció una inconsistencia en cuanto a la lista de espera de ultrasonidos, en virtud que el Área de Documentos Médicos y Estadística del hospital no registra pacientes en espera



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

para este procedimiento con más de 90 días de plazo; sin embargo, en la lista aportada por la Jefatura del Servicio se registran 1.543 pacientes y en la aportada por la Dirección General del Hospital 1.888 pacientes.

Adicionalmente, el Servicio de Radiología presenta una lista de espera de ultrasonidos sin depurar, en virtud que el 20% de los pacientes en la lista aportada por el Servicio registra citas con fechas anteriores a la fecha de corte. Además, el 44% tiene plazos mayores a 90 días y no es posible cuantificar los casos en los cuales la cita se otorgó a ese plazo, en función a la cita programada con el médico tratante.

Asimismo, se determinó que el Grupo Gestor de Listas de Espera fue conformado el 7 de agosto del 2015.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en los puntos 5.6, Calidad de la información y 5.7, Calidad de la comunicación, indican:

“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. (...)”

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer los procesos necesarios para asegurar razonablemente que la comunicación de la información se da a las instancias pertinentes y en el tiempo propicio, de acuerdo con las necesidades de los usuarios, según los asuntos que se encuentran y son necesarios en su esfera de acción. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y mejoramiento continuo.”

La Política y Lineamientos institucionales para la gestión de las listas de espera para el año 2011, aprobada por la Junta Directiva en el artículo N° 22, sesión N° 8485, celebrada el 16 de diciembre de 2010, establece:

“4.2 De la gestión de listas de espera:

4.2.2. Cada centro de atención integrará grupos gestores locales para gestionar las listas de espera, los cuales diseñarán las medidas para su abordaje; estos equipos locales tomarán en cuenta la capacidad instalada tanto en términos de infraestructura, equipamiento, financiamiento así como de recurso humano para atender la demanda. Estas estrategias serán abordadas tomando en cuenta el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Institucional.”

En el apartado sobre el Plan de Acción para el Abordaje de las Listas de Espera, la política refiere como estrategias que reflejen el camino a seguir, entre otras, el registro de información oportuna veraz y de

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 23 de 42

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



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



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

calidad, dado que se ha comprobado que repercute directamente en la administración de la lista de espera, constituyendo la piedra angular en el planteamiento del problema.

La Ley No. 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, en el artículo 2.- Derechos, indica:

“Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.”

El Dr. Luis Lobo Dinis, Jefe Servicio de Radiología, informó que las acciones ejecutadas para reducir los plazos en el área de ultrasonografía incluyen:

- A partir del mes de julio 2015 se está implementando el registro de los pacientes para cuantificarlos y tomar las medidas pertinentes.
- Revisión de pacientes que por su patología necesitan realizarse ultrasonidos en dos o más áreas y se les asignan 2 o más cupos para este fin; dependiendo de la complejidad del estudio, es asumido como recargo por el personal médico y se utiliza uno de estos espacios para solventar la falta de cupo.
- Los pacientes de oncología que requieren citas a muy corto plazo se coordinan vía telefónica y los estudios son realizados por los médicos asistentes a las 6:00 a.m.

El Dr. Lobo Dinis refiere además que algunos de los ultrasonidos con plazo mayor a 90 días no se dan por falta de cupo, sino porque está en función de la cita que programó el médico tratante, siendo que no es posible cuantificar cuántos casos responden a esta situación. Además, indicó que si en ese momento se solicitaba un ultrasonido la fecha más próxima estaba a noviembre, lo que excede el plazo de 90 días considerado como lista de espera según la institución.

Sin embargo, se evidenció que la Dirección General informó en setiembre del 2015, a la Unidad Técnica de Listas de Espera, que:

“(…) estos datos se extraen de bases de datos confiables que pueden ser Certificadas por esta Dirección. Por lo extenso de estas listas y falta de personal, no se ha logrado hacer una revisión y depuración completa de las mismas.

(…) se observa que en la columna “Plazos de espera”; la mayoría de los casos exceden los 90 días, esta situación se presenta debido a que la cita para la realización de un procedimiento no depende de cupo, sino de la próxima cita que programa el médico tratante. (...) Se aclara esta situación para que haya concordancia con el cuadro estadístico N°21 “Listas de Espera para



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

Procedimiento Diagnóstico Ambulatorio”, que es enviado por el Área Documentos Médicos y Estadística, en el cual se reporta que no hay lista de espera con plazo mayor a 90 días en los procedimientos de diagnóstico.”

En criterio de este órgano de fiscalización, las inconsistencias en el registro de la lista de espera de ultrasonidos, así como en la información suministrada por el Área de Registros y Estadísticas en Salud, obedecen a un débil sistema de control interno por parte del Servicio de Radiología y de las autoridades del Hospital.

Esta situación podría repercutir negativamente en las estrategias que se pretenden implementar por el Servicio para mejorar la gestión de la lista de espera de ultrasonidos, dado que no se dispone de información oportuna y confiable, que permita efectuar un proceso de toma de decisiones según las necesidades reales y definir criterios objetivos de priorización, mejorar la productividad y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y de eficiencia en el hospital, reduciendo los tiempos de espera, que constituyen uno de los mayores problemas de resolutivez que enfrenta la institución.

3.3. Roles y producción por funcionario

Se determinó que el Servicio de Radiología mantiene registros de producción por funcionario en forma manual, sin embargo, estos datos no son analizados periódicamente.

En atención a solicitud de esta Auditoría, se hizo entrega de los datos de producción por funcionario correspondientes a los meses de enero, marzo y abril 2014 de Radiología y Sala de Operaciones y de noviembre y diciembre 2014 para los TAC. En el caso de los ultrasonidos, los datos aportados correspondieron al periodo completo del 2014.

Al respecto, se evidenció que existen diferencias significativas entre un mismo funcionario de un mes a otro, así como entre funcionarios en un mismo mes, sin que fuera posible determinar en el reporte una justificación sobre esta situación.

El artículo 13 de la Ley General de Control Interno, sobre el ambiente de control, establece en el inciso b como uno de los deberes del jerarca y de los titulares subordinados, lo siguiente:

“b) Desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado, orientados al logro de resultados y a la medición del desempeño, y que promuevan una actitud abierta hacia mecanismos y procesos que mejoren el sistema de control interno.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen, en el punto 1.2, Objetivos del Sistema de Control Interno, lo siguiente:



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

*“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: (...)
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 (...)”*

El punto 1.4, responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI, indica:

“La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias. (...)

Como parte de ello, deben contemplar, entre otros asuntos, los siguientes:

a. La definición de criterios que brinden una orientación básica para la instauración y el funcionamiento de los componentes orgánicos y funcionales del SCI con las características requeridas. (...)

c. La emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y procedimientos para el cumplimiento del SCI, estén debidamente documentados, oficializados y actualizados, y sean divulgados y puestos a disposición para su consulta.

d. La vigilancia del cumplimiento, la validez y la suficiencia de todos los controles que integran el SCI.

e. La comunicación constante y el seguimiento de los asuntos asignados a los distintos miembros de la institución, en relación con el diseño, la ejecución y el seguimiento del SCI.

f. Las acciones pertinentes para el fortalecimiento del SCI, en respuesta a las condiciones institucionales y del entorno.”

El Dr. Luis Lobo Dinis, Jefe del Servicio de Radiología, informó en entrevista escrita que las diferencias de producción entre un técnico y otro o entre varios técnicos en un mismo mes se dan por la distinta complejidad de los estudios y la sala en la cual rotan los técnicos, así como por la variabilidad en los horarios y en los roles de trabajo.

Si bien es cierto en el Servicio de Radiología no existe lista de espera, excepto para los ultrasonidos, la falta de seguimiento respecto a la producción de cada funcionario en las áreas de Radiología, Sala de Operaciones y TAC, así como las diferencias en la producción entre funcionarios y entre periodos, evidencian la necesidad de mejorar los procesos de supervisión por parte de la Jefatura y que permitan garantizar razonablemente el funcionamiento óptimo del Servicio de Radiología.

Además, lo descrito implica también un riesgo en cuanto a la garantía de eficiencia y eficacia en las operaciones, en virtud que la ausencia de controles de producción limitan la existencia de un sistema de control interno que genere información útil para la toma de decisiones en el Servicio y que permita fortalecer el aprovechamiento de los recursos.



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

3.4. Condiciones de infraestructura y equipamiento

El Servicio de Radiología presenta, en términos generales, condiciones de infraestructura adecuadas para su funcionamiento. No obstante, en el recorrido por las áreas que conforman el Servicio se determinó lo siguiente:

- El espacio del pasadizo interno de circulación es insuficiente y se observa hacinamiento.
- No existen circuitos diferenciados para la atención de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Las salas de espera no se agrupan por tipo de estudio ni por tipo de pacientes.
- No se dispone de servicios sanitarios internos en el Servicio, solo en las salas de rayos X.
- Algunas zonas del Servicio, como cielos del área de ultrasonidos, paredes del área de control en sala de rayos X y otros presentan deterioro.
- Existe hacinamiento en las zonas de reporte, oficina de jefatura y de médicos; 8 personas comparten las áreas de aproximadamente 1.8m² cada una.
- Las salas 1 y 2 de rayos X son analógicas y las salas 3, 4 y 5 digitales con fluoroscopia. La sala 1 presenta hacinamiento y requiere ser remodelada. El equipo de la sala 2 está en proyecto de reemplazo, se observan cables expuestos y pisos deteriorados. El cielo de la sala 5, ubicada en el sótano, se observa deteriorado.

En relación con el equipo médico del Servicio, se evidenció que de 39 equipos revisados, el 56% (26 equipos) sobrepasó su vida útil y uno de los equipos tiene una vigencia de un mes. La lista incluye 11 negatoscopios, 4 dictáfonos, 3 equipos de rayos X móviles, 2 equipos de rayos X convencionales y una procesadora automática (ver Anexo 4). Sin embargo, únicamente se han efectuado 6 guías de reemplazo, de las cuales una corresponde a un equipo de Rayos X móvil que pertenece al Servicio de Neonatología, no así al de Radiología.

Cuadro 1
Guías de reemplazo Equipo Servicio Radiología
Hospital Nacional de Niños

Placa	Descripción del equipo	Vigencia	Fecha guía reemplazo	Resultado de la evaluación
210229	Mesas mod H-270 diagnos	-24.8	Marzo 2008	Sustitución inmediata
459683	Equipo de Rayos X sin flúor	-7	Marzo 2008	Sustitución en 2 años
491820	Equipo Rayos x Móvil	-8.3	Marzo 2008	Evaluar y sustituir en 4 años
491820	Equipo de Rayos X móvil	-8.3	Agosto 2015	Sustitución inmediata
523186	Equipo de Rayos X móvil	-6	Agosto 2015	Sustitución inmediata



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

Placa	Descripción del equipo	Vigencia	Fecha guía reemplazo	Resultado de la evaluación
625523 ⁴	Equipo de Rayos X móvil	-4.1	Agosto 2015	Sustitución inmediata
673704	Equipo de Rayos X móvil	-2.4	Agosto 2015	Sustitución inmediata

**Fuente: Informe de Activos y Servicios de Radiología y de Ingeniería y Mantenimiento, HNN;
Sistema Contable de Bienes Muebles.**

Según se observa en el cuadro anterior, los seis equipos evaluados requieren ser sustituidos en forma inmediata; también se determinó⁵ que el costo por mantenimiento de cinco equipos durante el periodo de los últimos 3 años asciende a 159.4 millones de colones, el soporte técnico de los 3 equipos de Rayos X móviles marca Siemens está sujeto o restringido a la disponibilidad de piezas de repuesto y se aumentó la probabilidad de que estos equipos queden fuera de servicio en algún momento.

La Ley No. 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, en el artículo 2.- Derechos, indica:

“Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad. (...)*
- l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.”*

En cuanto a la gestión de adquisición de equipo médico, el Catálogo de Equipamiento Médico Institucional dispone:

“La determinación de las necesidades de equipamiento puede tener diferentes motivaciones, por lo tanto, se hace necesaria la búsqueda de información adecuada y el análisis para tomar las decisiones de compras, considerando la razón costo/beneficio en función de la disponibilidad de los recursos para que se garantice la calidad y confiabilidad de los servicios que se prestan (...)”

La Ley General de Control Interno dispone:

“Artículo 8.—Concepto de sistema de control interno. Para efectos de esta Ley, se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

⁴ Equipo asignado al Servicio de Neonatología.

⁵ Oficio SEQM-687-2015, del 22 de julio del 2015.



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

- a) *Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal (...)*
- c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) *Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico (...)*

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 (...)*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, apartado 4.1 “Actividades de Control”, establecen:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad (...)”

Si bien es cierto, en junio del 2015⁶ la Dirección General, Dirección Administrativa Financiera y Jefatura de Radiología solicitaron a la Gerencia Médica el visto bueno para que la Dirección de Mantenimiento Institucional incluyera los equipos en una licitación nacional, la vida media de los equipos venció para todos los casos desde hace más de dos años, siendo que el equipo placa 210229 presenta más de 24 años de vencida su vida útil.

El Dr. Luis Lobo Dinis, Jefe del Servicio de Radiología, informó que este es el equipo de la sala 2 y se encuentra en uso; en este momento el trámite de compra está en la segunda etapa en la DAI y se prevé estar listo para el segundo semestre del 2016.

Respecto a la sustitución de los restantes equipos incluidos en las guías de reemplazo, el Dr. Lobo Dinis indicó que se han enviado notas a la Dirección y a la Gerencia Médica, sin embargo, no se ha recibido respuesta. Lo descrito evidencia que las gestiones efectuadas por parte de las autoridades del hospital no han sido del todo efectivas ni oportunas.

⁶ Oficio DG-HNN-1102-2015/DA-324-2015/RX-106E2-2015, del 22 de junio del 2015.



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

En el caso de los negatoscopios, el Dr. Lobo Dinis señaló que pese a que tienen una vida útil limitada, no tienen rezago tecnológico y siguen siendo útiles, siempre y cuando tengan la luminiscencia adecuada. Los dictáfonos ya no se utilizan, sin embargo no se han dado de baja porque pueden ser donados. En el caso de la reveladora automática, 673603, su uso es poco y no se ha considerado cambiarla tomando en cuenta que cuando se sustituyan los equipos análogos ya no se va a necesitar más. El TAC 733042 no se utiliza, sin embargo no se ha dado de baja porque aún funciona y se está a la espera de que se resuelva si se va a realizar un traslado, utilizar para repuestos o dar de baja.

Las situaciones descritas, respecto a la infraestructura y equipamiento del Servicio de Radiología, podrían afectar el óptimo funcionamiento de esa unidad. Por su parte, las limitaciones de espacio evidenciadas, principalmente en el pasadizo interno de circulación y sala 1, constituyen un incumplimiento a los derechos de los usuarios y a su vez un riesgo para una pronta evacuación de las instalaciones, en caso de una emergencia.

La gestión tecnológica hospitalaria es el conjunto de procedimientos llevados a cabo para la adquisición, instalación y uso de las tecnologías biomédicas⁷, a fin de garantizar su explotación con el máximo de prestaciones de calidad y seguridad a costo efectivo, incluye un conjunto de actividades dentro de las que destacan la valoración de nuevas tecnologías y controles de obsolescencia del equipo médico, que permitan establecer oportunamente planes de inversión.

En lo que respecta a los equipos de Radiología, la institución dispone de un instrumento de evaluación llamado Guía de Reemplazo, cuyo objetivo es proporcionar una evaluación preliminar del equipo médico o industrial que se encuentra en funcionamiento y establece como parte de los criterios para la toma de decisiones, que cuando el puntaje obtenido es mayor a 15, el equipo debe sustituirse inmediatamente, por lo que resulta una herramienta de apoyo para una adecuada gestión de la tecnología médica hospitalaria.

La disponibilidad de equipos obsoletos o próximos a perder su vida útil podría ocasionar una afectación en cuanto a la oportunidad y accesibilidad de servicios radiológicos de la población pediátrica, en caso de que se inhabilitara el funcionamiento de los mismos, en virtud de la importancia de los mismos en la realización de procedimientos indispensables para el diagnóstico en diversas especialidades médicas y emergencias.

⁷ Tecnologías Biomédicas: incluyen los dispositivos, equipos, sistemas, programas, suministros, fármacos, biotecnología, así como los procedimientos médicos quirúrgicos usados en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de enfermedades en humanos.



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

CONCLUSIÓN

Los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología constituyen un apoyo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y son esenciales en la atención de los pacientes en los servicios de salud. En razón de lo anterior, es relevante que su funcionamiento se ajuste a condiciones que garanticen eficiencia y eficacia, así como un sistema de control interno adecuado.

En relación con el Servicio de Farmacia, se determinó una situación crítica en la infraestructura de la Consulta Externa y Almacén Local de Medicamentos, dado que la ubicación, diseño y dimensiones de las mismas incumplen con las condiciones óptimas para las funciones que se realizan; existen problemas serios de hacinamiento, ventilación y espacio insuficiente para el almacenamiento de los medicamentos, entre otros.

Esta problemática ha sido expuesta por la Jefatura a las autoridades del hospital en reiteradas ocasiones y también ha sido documentada por varias instancias; a saber, Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, Unidad de Seguridad Ocupacional y Seguridad Humana del hospital, Auditoría Interna y Ministerio de Salud, el cual giró en setiembre del año en curso, una segunda Orden Sanitaria que pone en riesgo la habilitación para el funcionamiento de este servicio.

No obstante lo anterior, las condiciones inadecuadas de espacio e infraestructura persisten a la fecha, lo que implica un riesgo tanto para la institución como para los usuarios, dado que son factores críticos que inciden en la conservación de las propiedades farmacológicas de los medicamentos y por ende en la calidad del producto que se ofrece a la población. Además, se puede afectar negativamente el desempeño de los funcionarios, no solo por generar estrés y fatiga, sino también al aumentar el riesgo de ausentismo laboral, errores en la dispensación de recetas, accidentes laborales, deterioro del equipo y limitar una respuesta oportuna a los usuarios y una adecuada evacuación en caso de emergencia.

Se evidencian también otras debilidades de control interno, relacionadas con la oficialización del Manual de Normas y Procedimientos por parte de la Dirección General del Hospital, a fin de disponer de un respaldo administrativo para el funcionamiento del Servicio, inconsistencias en la programación y evaluación de metas, ausencia de un plan de capacitación que responda a un diagnóstico de necesidades, lo que podría limitar la calidad de los servicios farmacéuticos ofrecidos.

El Servicio de Farmacia no efectúa inventarios selectivos periódicos en el despacho y en el Almacén Local de Medicamentos se efectúa un inventario general mensual, no obstante, el respaldo documental presenta oportunidades de mejora en cuanto a la identificación del responsable, existencias físicas y justificaciones de los faltantes y sobrantes encontrados, aspectos de control interno que permiten la disponibilidad de información para su consulta y evaluación posteriores. Asimismo, la ausencia de inventarios en el despacho limita el control sobre las existencias de los medicamentos y verificar la efectividad de los procesos de custodia de los mismos.



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

El Servicio de Laboratorio Clínico es parte de los servicios de apoyo esenciales en el proceso de atención y cuidado de la salud, de ahí la importancia de que sus actividades sustantivas se desarrollen bajo la administración y entornos adecuados que garanticen su funcionamiento efectivo y eficaz. El presente estudio permitió evaluar aspectos de gestión, producción, control, entre otros, con el propósito de identificar oportunidades de mejora.

Respecto a la disposición de manuales de organización y procedimientos, son instrumentos de control interno necesarios en cualquier servicio hospitalario, ya que permiten orientar el grupo de trabajo en sus tareas sustantivas y a la jefatura un mejor monitoreo de las actividades, en el caso del Laboratorio Clínico, se dispone de un manual de procedimientos básico que requiere fortalecerse con normativa de índole organizacional y de control interno.

En lo que respecta a las metas programadas de este Servicio, debe la Jefatura implementar los mecanismos necesarios para darle un adecuado seguimiento tanto a las metas de las divisiones del Laboratorio como las metas generales plasmadas por el hospital, con el propósito que en caso de ser necesario, se implementen soluciones correctivas oportunamente y realizar el seguimiento en el comportamiento productivo.

En lo que refiere a los inventarios de la bodega de reactivos del Servicio, la misma carece un sistema de información confiable, que permita un control adecuado sobre los insumos ahí almacenados. Además, no se dispone de un control sobre los reactivos que son custodiados en las distintas divisiones del Servicio.

Se determinaron debilidades en la gestión de la lista de espera de ultrasonidos del Servicio de Radiología, relacionadas con la información disponible, depuración y registro de los pacientes en espera del procedimiento diagnóstico, lo que refleja la necesidad de fortalecer el sistema de control interno por parte del Servicio de Radiología y de las autoridades del hospital e implica un riesgo en la disponibilidad de información oportuna y confiable, que permita efectuar un proceso de toma de decisiones según las necesidades reales y definir criterios objetivos de priorización, mejorar la productividad y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios.

Otra oportunidad de mejora en el Servicio de Radiología radica en la implementación de registros y análisis de producción por funcionario, que permitiría reforzar los procesos de supervisión y por ende garantizar razonablemente el funcionamiento óptimo de esa unidad.



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

El Servicio de Radiología presenta, en términos generales, condiciones de infraestructura adecuadas para su funcionamiento. No obstante, existen algunos problemas de hacinamiento en el pasadizo interno de circulación, sala 1 y zonas de reporte, oficina de jefatura y de médicos, así como ausencia de servicios sanitarios internos para pacientes en el Banco de Sangre y deterioro de cielos y paredes en algunas zonas, que podrían afectar el óptimo funcionamiento de esa unidad.

Se evidenció que de 39 equipos del Servicio, el 56% sobrepasaron su vida útil y se han realizado 6 guías de reemplazo que han reflejado la necesidad de sustituir los bienes de inmediato. No obstante, solo uno de ellos se encuentra en trámite de sustitución, lo que representa un riesgo en cuanto a la oportunidad y accesibilidad de servicios radiológicos de la población pediátrica, máxime considerando que el mantenimiento de algunos de los equipos está sujeto a la disponibilidad de los repuestos.

RECOMENDACIONES

GERENCIA MÉDICA

1. En virtud de la situación actual de la Farmacia de Consulta Externa y Almacén Local de Medicamentos, respecto a los problemas de hacinamiento en la sala de espera y en el área de despacho, así como en las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, según se describe en el hallazgo 1.1 del presente informe y considerando la existencia de dos órdenes sanitarias del Ministerio de Salud sobre ese Servicio, efectuar en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la Dirección General del Hospital, un análisis de la situación actual y definir las acciones a desarrollar para su atención oportuna.

Para estos efectos, debe considerarse que la Dirección de Arquitectura e Ingeniería fue nombrada en el 2012 por la Presidencia Ejecutiva, mediante oficio PE-17.820-12 y por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías mediante oficio GIT-1223-2013, como la responsable de establecer un plan remedial institucional para la atención de las órdenes sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud a diferentes unidades institucionales. No obstante, la orden sanitaria N° 047-HMR-N-2011 no fue atendida oportunamente por la Institución, lo que generó que el ente rector debiera girar una nueva orden sanitaria, N° ARS-HMR-AMR-066-15, el 14 de agosto del año en curso.

Asimismo, debe considerarse además que se trata de una problemática que no se ha logrado solventar después de más de seis años y que puede incidir negativamente en la atención directa de los usuarios, siendo éstos de un carácter particular por tratarse del único hospital especializado en pediatría en el país, por lo que debe disponerse de las condiciones de infraestructura óptimas para la prestación de los servicios farmacéuticos con calidad y oportunidad.



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

El plazo de cumplimiento es de 6 meses para efectuar el análisis y definir, con un cronograma y responsables, las acciones a seguir.

DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

2. En coordinación con los Jefes de los Servicios de Farmacia, Laboratorio y Radiología, establecer un mecanismo de monitoreo y seguimiento periódico de las metas establecidas para cada uno, a fin de fortalecer el proceso de planificación y verificar que los datos sean coincidentes entre la jefatura respectiva y el Plan Presupuesto del Hospital, para lo cual se deberán documentar las acciones realizadas.

Lo anterior con el propósito de disponer de información suficiente y oportuna, que permita detectar oportunidades de mejora y favorezca el proceso de toma de decisiones para ofrecer servicios con mayor calidad.

Plazo: 3 meses a partir de recibido el presente informe.

3. Garantizar que la Jefatura del Servicio de Farmacia efectúe las acciones que correspondan para subsanar lo relacionado con los siguientes aspectos:
 - a) Actualizar y validar ante esa Dirección General el Manual de Normas y Procedimientos del Servicio, a fin de disponer de un documento oficializado y que se ajuste a las condiciones actuales de la unidad.
 - b) Efectuar un diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal del servicio y posteriormente, desarrollar un plan de capacitación local, de conformidad con la normativa institucional establecida para estos efectos.
 - c) Implementar la realización de inventarios selectivos periódicos de medicamentos en el despacho y documentar, tanto en los realizados en bodega como en despacho, los datos necesarios para identificar el lugar, fecha y responsable de la realización del mismo, así como las justificaciones correspondientes en caso de inconsistencias en los resultados.
 - d) Ejecutar de inmediato las acciones correspondientes para que el resguardo de la llave de los psicotrópicos y estupefacientes que se mantienen en el Almacén Local de Medicamentos esté bajo la responsabilidad de un Farmacéutico, de conformidad con la normativa vigente.

Plazo: 6 meses a partir de la recepción del presente informe.



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

4. Garantizar que la Jefatura del Servicio de Laboratorio Clínico realice lo siguiente:
- Elaboración de un Manual de Organización y Funcionamiento del Servicio de Laboratorio Clínico, en el cual se describa la organización y actividades que se desarrollan en la actualidad. El documento deberá ser aprobado por esa Dirección General e indicar el plazo de vigencia del mismo, de manera que sea sujeto de revisión y actualización, cuando se considere pertinente.
 - Desarrollar una herramienta que permita llevar un control riguroso y estricto sobre los reactivos custodiados en la bodega de Laboratorio Clínico, así como los custodiados en las diferentes Divisiones del Laboratorio. El sistema debe contener los nombres y códigos establecidos en la institución para cada uno de los reactivos.
 - En coordinación con el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento de ese centro de salud, elaborar un plan de mejora con el respectivo cronograma y responsables que permita, según las posibilidades de ese centro médico, subsanar las debilidades de infraestructura evidenciadas en el presente informe en el Servicio de Laboratorio Clínico.

Plazo: 6 meses a partir de la recepción del presente informe.

5. En coordinación con la Jefatura del Servicio de Radiología, efectuar las acciones que correspondan para la atención de los siguientes aspectos:
- Depurar la lista de espera de ultrasonidos, de manera que la información disponible se ajuste a la realidad, en relación con la cantidad real de pacientes en espera del procedimiento y si esto obedece a la fecha de la consulta con el médico tratante o a la falta de cupo para realizarlo. Asimismo, efectuar las acciones que correspondan a fin de que el Área de Estadística y Registros Médicos del Hospital disponga de la información real sobre la lista de espera del Servicio de Radiología.
 - Establecer controles de producción para los técnicos y médicos especialistas del Servicio; si bien es cierto no existen parámetros institucionales para estos efectos, el propósito es determinar y garantizar la equidad y supervisar las actividades que se realizan en esa unidad durante la jornada ordinaria.
 - En coordinación con el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento de ese Centro de Salud, analizar las debilidades de infraestructura y equipamiento señaladas en el hallazgo 3.5 del informe y elaborar un plan de mejora, con el respectivo cronograma y responsables que permita subsanarlas, según las posibilidades de ese centro médico. Para lo anterior, se deberá considerar la elaboración y resultados de las guías de reemplazo de los equipos con la vida útil vencida, en los casos que se



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

considere necesario, así como la definición sobre la estrategia a seguir en relación con el TAC placa 733042, el cual no se está utilizando y tampoco se ha retirado del inventario del Hospital.

Plazo de cumplimiento: 8 meses a partir de recibido el presente informe.

COMENTARIO

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio fueron comentados el 26 de noviembre del 2015 con la Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora General y Dr. Carlos Jiménez Herrera, Subdirector Médico del Hospital Nacional de Niños y el 1 de diciembre con el Dr. Javier Céspedes Vargas, Asesor de la Gerencia Médica, quien sugiere que la recomendación N° 1 sea dirigida también a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, no obstante, posterior a la valoración de la situación, considera esta Auditoría mantener la recomendación a la Gerencia Médica, en concordancia con las directrices de ese despacho, según oficio GM-DESP-39615-15, del 12 de noviembre del 2015.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dra. Silvia Elena Quesada Hernández
FARMACÉUTICA ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Rafael Ramírez Solano
JEFE

RRS/MASR/SEQH/wnq



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

ANEXO 1

Fotografía 1	Fotografía 2	Fotografía 3
		
<p>Medicamentos expuestos durante la descarga del pedido</p>	<p>Ubicación de los medicamentos durante la descarga del pedido</p>	<p>Condiciones del Almacén Local cuando ingresa el pedido</p>
Fotografía 4	Fotografía 5	Fotografía 6
		
<p>Filtraciones en el cielo raso de la oficina de la Dirección de Farmacia</p>	<p>Filtraciones en el cielo raso de la Farmacia de Hospitalización</p>	<p>Bodega de paso de la Farmacia Central con filtraciones en el cielo raso y goteo.</p>
Fotografía 7	Fotografía 8	Fotografía 9
		
<p>Estantes de la bodega en madera y sin ventilación. Almacén Local de Medicamentos</p>	<p>Farmacia de consulta externa sin posibilidad de movilización por cajas de medicamentos en el piso y pasillos</p>	<p>Filtraciones en el techo de la Bodega de Paso, con medicamentos cercanos Consulta Externa-Farmacia</p>



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

ANEXO 2
FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN ANUAL DE METAS E INDICADORES
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
PERIODO: 2014

Indicador	Programación PAO Servicio	Programación Hospital	Evaluación anual	Porcentaje de Cumplimiento
Número de cupones de medicamentos por Consulta Externa	No se programó	412.000	420.383	102
Número de cupones de medicamentos por Servicio de Urgencias	No se programó	28.000	29.407	105
Número de cupones de medicamentos por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	No se programó	53.000	No se evaluó	No se evaluó
Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos por Consulta Externa (En Minutos)	No se programó	60	60	100
Número de cupones de medicamentos por hospitalización	No se programó	550.000	631.981	115
Promedio de cupones de medicamentos por Consulta Externa	No se programó	2,74	2,60	95,0
Promedio de cupones de medicamentos por el Servicio de Urgencias	No se programó	0,21	0,25	100,0
Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos por Consulta Externa (En Minutos)	No se programó	60,0	60,0	100,0
Promedio de cupones de medicamentos por egresos	No se programó	No se programó	50.05	No se documentó
Total de cupones de medicamentos	No se programó	No se programó	449.790	No se documentó

Fuente: Jefatura Servicio Farmacia y evaluación anual del Plan-Presupuesto 2014.



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

ANEXO 3
PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN DE METAS E INDICADORES
SERVICIO DE RADIOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS, 2014

Meta o indicador	Programación Servicio	Programación Hospital	Evaluación anual	Porcentaje de Cumplimiento
Número de placas de rayos X por Consulta Externa	No se programó	50.000	47.910	96
Número de placas de rayos X por Servicio de Urgencias	No se programó	18.000	15.649	87
Número de placas de rayos X por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	No se programó	1.100	790	72
Número de ultrasonidos por Consulta Externa	No se programó	7.000	7.379	105
Número de ultrasonidos por Servicio de Urgencias	No se programó	1.420	1.692	119
Número de ultrasonidos por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	No se programó	220	199	90
Número de TAC realizados	7.600	5.600	4.212	75
Número de placas de rayos X por hospitalización	No se programó	21.500	19.922	93
Número de ultrasonidos por hospitalización	No se programó	3.320	3.667	110
Número de estudios radiológicos por hospitalización	No se programó	21.600	20.720	96
Número TAC realizados por hospitalización	No se programó	960	920	96
Promedio de placas de rayos X por Consulta	No se programó	0,33	0,30	89,2

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 39 de 42

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



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



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

Externa				
Promedio de placas de rayos X por consulta del Servicio de Urgencias	No se programó	0,13	0,13	97,6
Promedio de ultrasonidos por Consulta Externa	No se programó	0,05	0,05	98,1
Promedio de ultrasonidos por consulta del Servicio de Urgencias	No se programó	0,01	0,01	100,0
Promedio de placas de rayos X por total de egresos	No se programó	1,76	1,58	89,6
Promedio de ultrasonidos por total de egresos	No se programó	0,27	0,29	100,0
Promedio de TAC por total de egresos	No se programó	0,08	0,07	92,7
Estudios convencionales simples	83.000	No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Estudios especiales	4.900	No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Ultrasonidos	11.300	No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Realizar control interno autorizado de las mediciones del haz de cada fuente		No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Entrenamientos de Radiólogos en formación	18	No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Entrenamientos de pediatras cirujanos, otras subespecialidades y estudiantes	40	No se programó	No se evaluó	No se evaluó
Entrenamientos de tecnólogos	50	No se programó	No se evaluó	No se evaluó

Fuente: Jefatura Servicio Radiología y evaluación anual del Plan-Presupuesto 2014.



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

ANEXO 4

Placa	Descripción	Fecha Adquisición	Fecha Análisis	Años Servicio	Vida útil	Vigencia
127467	Negatoscopio de 4 pantallas	01/04/1977	05/08/2015	38,4	12	-26,4
127478	Negatoscopio de 6 pantallas	01/04/1977	05/08/2015	38,4	12	-26,4
127480	Negatoscopio de 6 pantallas	01/04/1977	05/08/2015	38,4	12	-26,4
179848	Negatoscopio de pared	01/05/1979	05/08/2015	36,3	12	-24,3
180010	Negatoscopio de pared	01/05/1979	05/08/2015	36,3	12	-24,3
210229	Mesas mod h-270 diagnos	08/10/1980	05/08/2015	34,8	10	-24,8
446118	Negatoscopio pared	10/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
446119	Negatoscopio pared	10/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
446120	Negatoscopio pared	01/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
446121	Negatoscopio pared	01/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
446122	Negatoscopio pared	01/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
446123	Negatoscopio pared	01/09/1997	05/08/2015	17,9	12	-5,9
459683	Equipos de rayos x sin fluor.	01/08/1998	05/08/2015	17,0	10	-7,0
491820	Equipo rayos x movil,siemens.	05/04/1999	05/08/2015	16,3	8	-8,3
493734	Dictafono mod vw -110	01/09/1999	05/08/2015	15,9		-15,9
522488	Dictafono completo lfh-730-00 philips.	01/08/2000	05/08/2015	15,0		-15,0
522489	Dictafono completo lfh-730-00 philips.	01/08/2000	05/08/2015	15,0		-15,0
522490	Dictafono completo lfh-730-00 philips.	01/08/2000	05/08/2015	15,0		-15,0
523186	Equipo movil de rx siemens mod mobilett pluse	01/08/2001	05/08/2015	14,0	8	-6,0
625523	Equipo de rayos x convencional con soporte cielítico	16/07/2003	05/08/2015	12,1	8	-4,1
673603	Procesadora automatica mod agfa 892 mod clasic os	01/08/2004	05/08/2015	11,0	8	-3,0
673704	Equipo movil rayos x marca philips mod practix 300	01/10/2004	05/08/2015	10,8	8	-2,8
675295	Equipo de ultrasonido general marca phillips	06/08/2008	05/08/2015	7,0	12	5,0
732315	Equipo de rayos equis completo	01/09/2005	05/08/2015	9,9	10	0,1





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

Placa	Descripción	Fecha Adquisición	Fecha Análisis	Años Servicio	Vida útil	Vigencia
733042	Tomografo helicoidal. Incluye: mesa de pacientes - monitor serie hyu009213 - controlador de tac mod. 3806515 serie 6678 - dos cpu mod. Celsuis - monitor serie hxu008830 y cpu estacion diagn	24/01/2007	05/08/2015	8,5	8	-0,5
733045	Inyector medio de contraste	24/01/2007	05/08/2015	8,5	10	1,5
804775	Equipo de rayos x con fluoroscopia digital hospital de niños	17/09/2010	05/08/2015	4,9	10	5,1
804793	Ortopantografo conformado por los siguientes accesorios : workstion de servidor de imagenes pc de revision y visualizacion y delantales plomados	23/09/2010	05/08/2015	4,9	8	3,1
805368	Equipo rayos x fluroscopia.	17/01/2012	05/08/2015	3,6	10	6,4
807354	Negatoscopio de dos cuerpos	21/08/2008	05/08/2015	7,0	12	5,0
807355	Negatoscopio de dos cuerpos	21/08/2008	05/08/2015	7,0	12	5,0
807356	Negatoscopio de seis cuerpos	21/08/2008	05/08/2015	7,0	12	5,0
807357	Negatoscopio de seis cuerpos	21/08/2008	05/08/2015	7,0	12	5,0
846706	Equipo de rayos x tipo arco en c	14/09/2010	05/08/2015	4,9	10	5,1
861172	Negatoscopio de dos cuerpos	21/06/2011	05/08/2015	4,1	12	7,9
861173	Negatoscopio de cuatro cuerpos	21/06/2011	05/08/2015	4,1	12	7,9
861174	Negatoscopio de cuatro cuerpos	21/06/2011	05/08/2015	4,1	12	7,9
861595	Equipo de ultrasonido marca toshiba modelo aplio ssa790 ño 2010 hospital de niños 40- 553975	27/09/2010	05/08/2015	4,9	12	7,1
861596	Ultrasonido marca toshiba modelo aplio ssa790a año 2010 40- 553975	27/09/2010	05/08/2015	4,9	12	7,1
932363	Reveladora automatica de placas radiograficas	23/05/2012	05/08/2015	3,2	8	4,8

Fuente: Informe de Activos Servicio de Radiología, HNN y Sistema Contable de Bienes Muebles.