



AGO-39-2021

19 de mayo de 2021

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2021 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas, con el propósito de evaluar aspectos de gestión del servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro.

Los resultados del presente estudio permitieron evidenciar la necesidad de fortalecer la metodología aplicada por la Comisión de Tiempo Extraordinario local, para el análisis previo a la aprobación de jornadas extraordinarias del servicio de patología.

Así también, se identificó que existen aspectos de mejora en la distribución de cargas de trabajo ordinarias y extraordinarias, para las actividades relacionadas con atención de biopsias; así como, la omisión del sistema de análisis histopatológico definido por la institución, mismo que se encuentra vinculado a la distribución de trabajo del servicio.

De igual manera, se determinó que el centro de salud carece de un procedimiento para el tratamiento y disposición de químicos; además que se evidenciaron limitaciones en planta física que podrían repercutir en las condiciones ergonómicas con las que deben disponer los funcionarios del servicio de patología.

Por su parte, se constató que el servicio de patología presenta limitaciones en la adquisición de instrumental que requiere para cumplir con sus actividades; como equipos de mediana complejidad que permitan automatizar procedimientos que actualmente se efectúan de manera mecánica, incidiendo esto último en los tiempos de respuesta para el diagnóstico oportuno de la enfermedad.

Asimismo, según la percepción de los Directores Médicos de seis Áreas de Salud se presentan oportunidades de mejora en la prestación de servicios de la especialidad a través de la Red de Servicios Huetar Atlántica, debido a que se requiere fortalecer el apoyo para la gestión de fallecidos en los centros de salud y garantizar la oportunidad en la prestación de servicios de salud.

De conformidad con los resultados obtenidos en esta evaluación, se formularon 7 recomendaciones dirigidas a la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica y la Dirección General y Administrativa Financiera del Hospital Dr. Tony Facio Castro, de manera que se proceda a establecer las acciones correspondientes para subsanar los aspectos sujetos de mejora referidos en el presente informe.



AGO-39-2021

19 de mayo de 2021

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE GESTIÓN DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2021 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna, apartado de actividades programadas y en atención a la denuncia DE-37-2020.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión efectuada en la organización, funcionamiento y operación del servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las actividades efectuadas en la gestión del recurso humano del servicio.
- Determinar la eficiencia y eficacia en las operaciones destinadas en la prestación de servicios, considerando la red de servicios de salud.
- Identificar y evaluar los mecanismos de control y sistemas de información utilizados en la ejecución de actividades.
- Determinar las condiciones y el uso del patrimonio institucional asignado al servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro.

ALCANCE

El presente estudio contempla la gestión del servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro, en lo concerniente a la prestación de los servicios de salud durante el periodo 2019 y 2020, ampliándose en aquellos casos que se consideró necesario.

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.

METODOLOGÍA

Con el propósito de lograr los objetivos planteados, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:



- Análisis de la producción de biopsias durante el periodo 2019 y 2020.
- Verificación de reportes de distribución de tiempos sistema ARCA – Patología.
- Verificación de solicitudes de tiempo extraordinario del servicio de patología.
- Análisis de tiempos extraordinarios cancelados en el servicio de patología, para todos los perfiles ocupacionales.
- Inspección ocular en el servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro.
- Solicitud y análisis de información de Salud Ocupacional del hospital Dr. Tony Facio Castro.
- Revisión de literatura asociada a la exposición de químicos como xilol, formalina, entre otros.
- Solicitud de información a Licda. Noemy Salazar Álvarez, encargada de Salud Ocupacional del hospital Dr. Tony Facio Castro.
- Aplicación de entrevistas a los siguientes funcionarios del hospital Dr. Tony Facio Castro:
 - Dr. Daver Vidal Romero, Director General.
 - Ing. Erick Montoya Ramírez, Jefatura de Área Ingeniería y Mantenimiento.
 - Lic. Edwin García Lobo, Jefe Área Financiera Contable.
 - Dr. Oscar Sanabria Monney, médico especialista en anatomía patológica.
 - Ing. Maikol Morris Brown, Ingeniero de equipo médico.
- Aplicación de entrevistas a los siguientes funcionarios de la Red de Servicios de Salud Huetar Atlántica:
 - Dr. Jimmy Ampié Guzmán, Director Médico a.i., Área de Salud Guácimo.
 - Dr. Juan Orlando Gil Ng, Director Médico, Área de Salud Matina.
 - Dr. Mauricio Solano Corella, Director Médico, Área de Salud Talamanca.
 - Dr. Gonzalo Mena Selles, Director Médico, Área de Salud Valle la Estrella.
 - Dra. Katterine Mora Mora, Médico general asignado por la Dirección Médica para atender el requerimiento de la Auditoría, Área de Salud Cariari.
 - Dr. German Núñez Vanegas, Médico jefe 1 asignado por la Dirección Médica para atender el requerimiento de la Auditoría, Área de Salud Siquirres.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, julio 2002.
- Ley General de Salud.
- Ley N° 8839 “Para la Gestión Integral de Residuos”.
- Política Nacional de Salud Ocupacional.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, de febrero 2009.
- Normas Técnicas de Presupuestos Públicos N-1-2012-DC-DFOE.
- Norma Técnica del Seguro de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional.
- Reglamento General para la Clasificación y Manejo de Residuos Peligrosos, N° 37788-S-MINAE.
- Política Presupuestaria 2020-2021 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones.
- El Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional.
- Manual de Procedimientos para uso de las Unidades Facultadas y Autorizadas para Adquirir Bienes y Servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social.



- Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles.
- Oficios GG-3836-2020 y GF-6302-2020 del 17 de diciembre 2020, suscritos por los Gerentes Dr. Roberto Cervantes Barrantes y Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, comunicaron las “Medidas para mitigar el impacto financiero de la Pandemia del Covid-19, para los años 2021-2022”
- Circular GM-MDA-43133-13 del 26 de setiembre de 2013, cuyo asunto refiere a la “Oficialización de la utilización del sistema inglés para el análisis histopatológico de biopsias y citologías”, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica en ese momento.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría informa y previene al jerarca y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno 8292. Así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse debido a lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados Incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios...”

ANTECEDENTES

El Hospital Dr. Tony Facio Castro tiene categoría de Hospital Regional y se encuentra localizado en la provincia de Limón, en el cantón Limón, distrito de Limón. Actualmente es el centro de referencia del hospital de Guápiles y las áreas de salud de Limón, Talamanca, Valle la Estrella, Matina, Guápiles, Guácimo, Cariari y Siquirres. Siendo lo anterior, el centro de salud tiene bajo su responsabilidad la atención de 499.000 usuarios aproximadamente.

El servicio de patología es el único de la Red de Servicios de Salud Huetar Atlántica, por tanto, es centro de referencia de todas las unidades de la región; cuando se presentan casos de mayor complejidad para su diagnóstico refiere los bloques histológicos al hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia para el desarrollo de estudios especiales. Con relación a la jornada de atención, dispone de un horario de lunes a jueves de 7:00 am a 4:00 pm y viernes de 7:00 am a 3:00 pm para la recepción de biopsias y trámites administrativos; sin embargo, cuenta con una jornada extendida hasta las 10:00 pm para la atención de la morgue, inclusive sábados, domingos y feriados.

La producción registrada del servicio de patología para los periodos 2019 y 2020 en cuanto a la cantidad de biopsias, corresponde a:



Cuadro 1
Producción
Patología - Hospital Dr. Tony Facio Castro
Periodo 2019 - 2020

Servicio	Cantidad de Biopsias	
Periodo	2019	2020
Medicina	2.019	1.595
Cirugía	1.901	772
Ginecología	2612	2.127
Obstetricia	27	12
Pediatría	20	0
Odontología	9	6
Urgencias	25	0
Otros Centros	5038	3.363
Total	11.651	7.875

Fuente: Área de Estadística en Salud HTFC

Con respecto a realización de autopsias es importante mencionar que el hospital Dr. Tony Facio Castro no efectuó a consecuencia de la emergencia nacional por COVID-19.

El servicio de patología no dispone de una jefatura real y efectiva, por lo que su dependencia administrativa está sujeta de manera directa a la Dirección General del centro de salud. Asimismo, el servicio está constituido por 8 funcionarios, distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 2
Distribución del Personal
Patología - Hospital Dr. Tony Facio Castro

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	PERFIL	HORARIO
Álvarez Yanarella Jeaninna	Médico Especialista	7am-4 pm (L-J) / 7am-3pm (V)
Azofeifa Granados Geisel	Técnico Diplomado Histología	6am-3 pm (L-J) / 6am-2pm (V)
Ching Zamora Alexander	Técnico Graduado Disección	Rotativo (6am-2pm / 2pm-10pm)
González Cubero Paula	Técnico Diplomado Histología	6am-3 pm (L-J) / 6am-2pm (V)
González Matarrita Henry	Asistente en Tecnologías de la Salud	7am-4 pm (L-J) / 7am-3pm (V)
Mora Villalobos Eileen	Técnico Graduado Disección	Rotativo (6am-2pm / 2pm-10pm)
Morales Palomino Tatiana	Secretaria	7am-4 pm (L-J) / 7am-3pm (V)
Sanabria Monney Oscar	Médico Especialista	7am-4 pm (L-J) / 7am-3pm (V)

Fuente: Servicio de Patología HTFC

HALLAZGOS

1. DEL PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO.

1.1 APROBACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE TIEMPO EXTRAORDINARIO.

Se identificó que la comisión delegada para la aprobación de tiempo extraordinario en el hospital Dr. Tony Facio Castro, autoriza las peticiones basadas únicamente en los argumentos presentados por los servicios y un histórico de comportamiento de horas utilizadas, sin considerar elementos como productividad o agentes del entorno que pudieran modificar los supuestos propuestos.

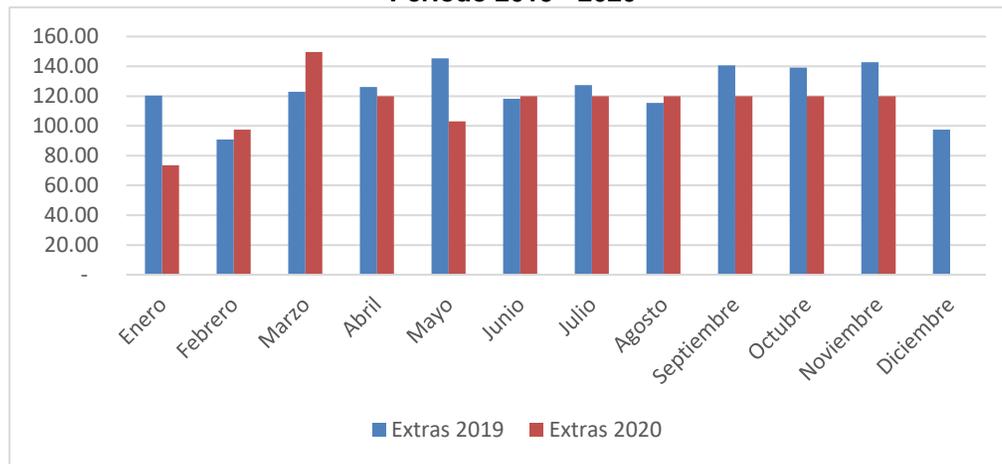


Lo anterior, por cuanto durante el periodo 2020 el servicio de patología presentó en sus solicitudes de tiempo extraordinario del personal médico, técnico y asistencial¹, la misma justificación basados en una demanda estimada de 800 biopsias mensuales; sin embargo, según el boletín estadístico elaborado por el centro de salud esa cantidad fueron realizadas únicamente en el primer trimestre 2020.

1.2 CONTINUIDAD EN EL PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO

Se determinó que a pesar de que las actividades de las técnicas de histología y apoyo secretarial se vieron reducidas por la emergencia nacional por COVID-19 en un 40% aproximadamente², el comportamiento del gasto de tiempo extraordinario ha sido permanente, según se muestra a continuación:

Gráfica 1
Tiempo Extraordinario – Técnicas Histología
Servicio de Patología hosp. Dr. Tony Facio Castro
Periodo 2019 - 2020



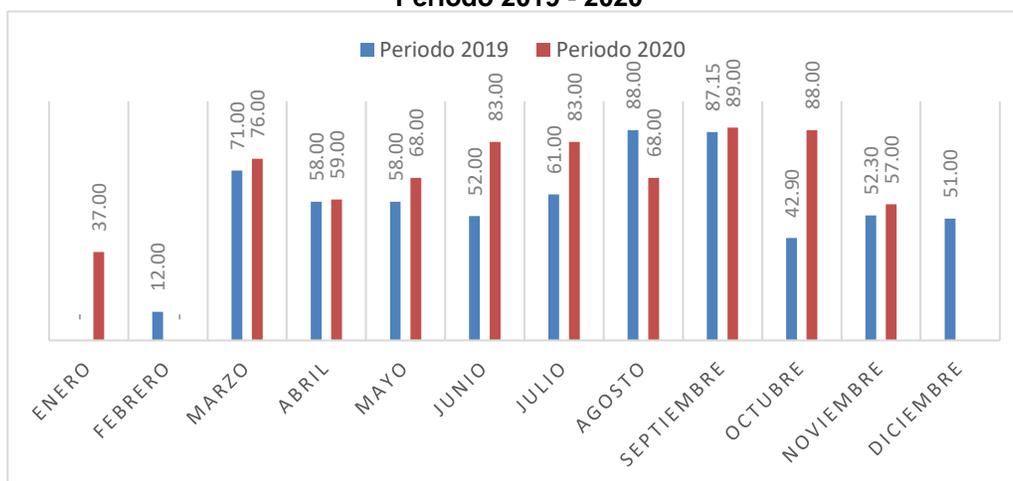
Fuente – Diseño a partir de información de RRHH³

¹ Este considera secretaria y asistente en salud.

² En función del análisis de la producción efectuada durante el periodo 2019, en comparación con el 2020 que detalla en el hallazgo 2.1

³ No se dispone de información del mes de diciembre siendo que al momento de entregar la información no se contaba con el registro actualizado por parte de la oficina de RRHH.

Gráfica 2
Tiempo extraordinario – secretaria
Servicio de Patología hosp. Dr. Tony Facio Castro
Periodo 2019 - 2020



Fuente – Diseño a partir de información de RRHH

En la Ley de Control Interno, se describe en el artículo 8 correspondiente al concepto de sistema de control interno, que este tiene como objetivo el “Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. De igual manera, en el apartado c) de ese mismo artículo se detalla que debe garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones.

De igual manera, Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 1.2 y en consecuencia con lo definido en la Ley de Control Interno adiciona “...El SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo...”, de igual manera continua en el punto c) del citado apartado “...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...”.

Así mismo, en la “Política Presupuestaria 2020-2021 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones”, en el lineamiento 6 concerniente a “Recursos Presupuestarios para Servicios Personales”, se detalla en el punto c) que para contener el crecimiento de tiempo extraordinario “... es necesario reducir el pago de tiempo extraordinario en los servicios, convirtiendo este concepto en plazas nuevas para II y III turno, especialmente...”; así mismo, en el punto d) se menciona que las subpartidas de tiempo extraordinario no podrán contemplar el financiamiento de actividades permanentes.

La Gerencia General en conjunto con la Gerencia Financiera, a través de los oficios GG-3836-2020 y GF-6302-2020 del 17 de diciembre 2020, suscritos por los Gerentes Dr. Roberto Cervantes Barrantes y Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, comunicaron las “Medidas para mitigar el impacto financiero de la Pandemia del Covid-19, para los años 2021-2022”, misma en la cual se detalló que “...Las unidades ejecutoras que disponen de tiempos extraordinarios deberán eliminar los pagos a aquellos programas y/o servicios no esenciales para la continuidad de la prestación, con el propósito de orientar los recursos hacia la atención del Covid-19 y/o de necesidades prioritarias...”.



Del análisis de la información presentada se identificó que la comisión de tiempo extraordinario está conformada por la Licda. Katia Villegas Calderón, jefatura de recursos humanos y el Dr. Guillermo Kivers Brunell, asistente de Dirección General, ambos funcionarios del hospital Dr. Tony Facio Castro. Así también que las solicitudes de tiempo extraordinario presentadas por los servicios únicamente disponen de la firma de un único miembro de la comisión y en estas no contemplan análisis de los planteamientos propuestos.

El Lic. Edwin García Lobo, Jefe Área Financiera Contable de ese centro de salud, manifestó⁴ que las solicitudes de tiempo extraordinario del servicio de patología han sido constantes que no presentan aumentos o disminuciones.

Es por ello, que es consideración que la Dirección General y la Dirección Administrativa Financiera ha omitido el cumplir con las actividades necesarias para garantizar el uso eficiente de los recursos institucionales, esto delegando ante un grupo colegiado que carece de un plan de rendición de cuentas por la autorización de tiempos extraordinarios; para los cuales, no se efectúa un razonamiento integral que considere tanto aspectos técnicos, financieros, impacto en el cumplimiento del plan presupuesto o condiciones del entorno, que permitan validar o discutir los planteamientos presentados por cada uno de los servicios.

La ausencia de mecanismos de análisis integrales, oportunos y satisfactorios, condicionan que los recursos institucionales sean invertidos de manera debida según la naturaleza de su necesidad; así como, el garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones. De igual manera, la falta de mecanismos de rendición de cuentas limita la oportunidad de crear mecanismos de control objetivos y confiables, que permitan el desarrollar nuevas políticas internas o propuestas de atención a la demanda continua de este tipo de recursos.

2. DE LOS CONTROLES EN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO

Fueron identificadas oportunidades de mejora en la inclusión al sistema de información disponible para el registro de la actividad del servicio de Patología del hospital Dr. Tony Facio Castro, según se detalla a continuación:

2.1 DE LA DISTRIBUCIÓN DE CARGAS DE TRABAJO ORDINARIO Y EXTRAORDINARIO, PARA ATENDER LA DEMANDA DE BIOPSIAS

Se evidenció que cada funcionario del Servicio de Patología es responsable del ingreso de la información en el EDUS-ARCA Patología⁵ correspondiente a la carga de trabajo diaria y propia, en la jornada ordinaria, extraordinaria, actividades administrativas y otras. Asimismo, durante el periodo 2020 se identificó en la bitácora de actividades disponible en el servicio, la existencia de nuevas actividades del personal técnico de histología que anteriormente no se consideraban en los registros, las cuales corresponden a “Adm. de procesadora de Tejidos, Revisión cargas de trabajo, Validación cargas de trabajo, cotejo de capsulas post procesamiento, cotejo y selección de capsulas marco, extendidos citológicos-preparación de bloques, procesamiento, Tinción de los BAAF”⁶.

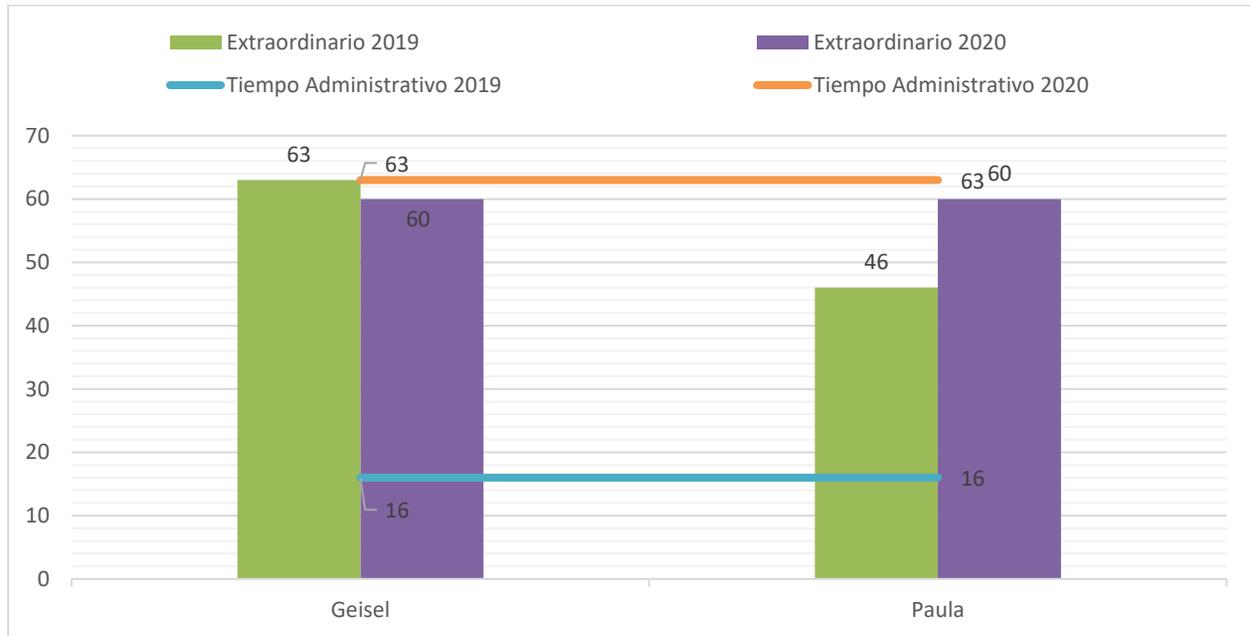
⁴ Entrevista efectuada el 4 de febrero 2021

⁵ Expediente Digital Único en Salud.

⁶ Nombres así indicados en los reportes de producción diario

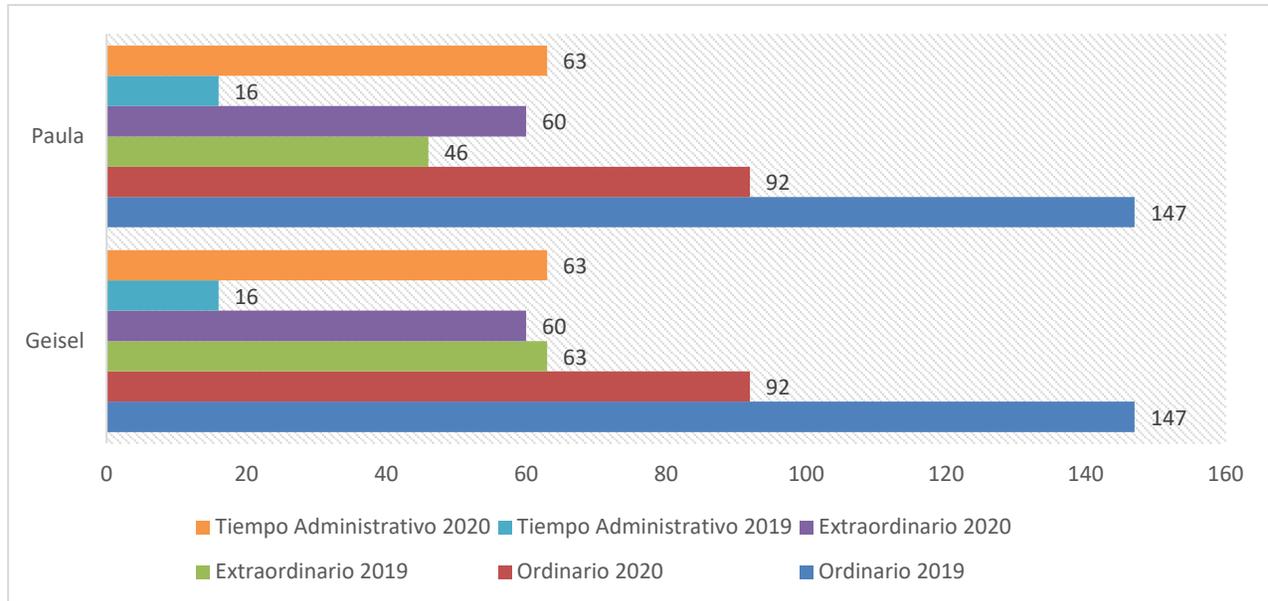
La programación de nuevas actividades administrativas en la jornada ordinaria implica una reducción en el tiempo asignado a labores sustantivas del cargo, situación que podría ocasionar que se deban trasladar actividades sustantivas a jornadas extraordinarias (**Ver anexo 1 y 2**), aspecto que se observa a continuación mediante una comparación de las actividades realizadas en noviembre 2019 y 2020:

Gráfica 3
Relación de Tiempo Extraordinario y Tiempo Ordinario – histotecnología
Servicio de Patología – Hospital Dr. Tony Facio Castro
Periodo noviembre 2019 – 2020



Fuente – Diseño a partir de información de reportes de roles ARCA-Patología

Gráfica 4
Detalle de actividades en horas según ARCA – histotecnología
Servicio de Patología – Hospital Dr. Tony Facio Castro
Periodo noviembre 2019 – 2020



Fuente – Diseño a partir de información de reportes de roles ARCA-Patología

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo V “Normas sobre sistemas de información”, detalla que el sistema de información deberá disponerle a los jefes y titulares los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales.

Así mismo, en el apartado 5.6.1 “Confiabilidad”, las citadas normas describen que la información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente. Además, en el inciso 5.7.4 menciona con relación a la seguridad que deben instaurarse los controles que aseguren que la información comunicada resguarde sus características propias de calidad, y sea trasladada bajo las condiciones de protección apropiadas, según su grado de sensibilidad y confidencialidad.

De igual manera y de manera consecuente detallan en el punto 5.8, “Control de sistema de información” que el jefe y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter.

Esta Auditoría consultó al Dr. Sanabria Monney la razón por la cual se presentó un incremento en las actividades administrativas durante la jornada ordinaria, manifestando⁷ que cada funcionario es responsable de la inclusión de la información correspondiente en el sistema

⁷ En entrevista del 9 de marzo 2021.



ARCA, ya que por la cantidad de recurso disponible en el servicio es imposible asignar a alguien que se encargue de efectuar la distribución para uno. Así mismo, que las cargas de trabajo son asignadas de acuerdo con la cantidad de especímenes que se reciben.

En virtud de lo anterior, se considera que la Dirección General en calidad de jefatura real y efectiva no ha establecido acciones suficientes para resguardar la confiabilidad de la información, la cual, es considerada para la supervisión de actividades y toma de decisiones del servicio. Esto a través de la fijación de un responsable que gestione las actividades individuales del personal técnico o profesional, y que disponga del criterio técnico para validar esas acciones.

La ausencia de una metodología de distribución de responsabilidades que considere aspectos tanto técnicos como administrativos repercute en la confiabilidad de la información que se pueda obtener de los sistemas de información disponibles. Es así, que la Administración Activa no dispone de la certeza necesaria sobre la condición real de la capacidad instalada presente en el servicio, repercutiendo en el uso eficiente de los recursos, la toma de decisiones operativas y estratégicas; así como, la oportunidad en la prestación de servicios.

2.2 DEL SISTEMA PARA EL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIAS

Se identificó, que la asignación de cargas de trabajo de los funcionarios del servicio de patología se efectúa a través de la metodología planteada por la Ing. Dinorah Garro de Lara en documento denominado Diagnóstico y Propuestas a los servicios de Patología en Tres Hospitales Nacionales de 1998, pese a existir la oficialización del uso del Sistema Inglés para el Análisis Histopatológico de Biopsias y Citologías.

Lo anterior, en razón que el servicio programa la distribución de actividades en jornada ordinaria de 2.5 biopsias⁸ por hora para el personal especializado y de 5 bloques por hora para el personal técnico de histología, en donde todo aquello que exceda esta capacidad se cancela como jornada extraordinaria.

Mediante oficio GM-MDA-43133-13 del 26 de setiembre de 2013, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica en ese momento, comunicó la oficialización de la utilización del sistema inglés para el análisis histopatológico de biopsias y citologías, en el cual detallan los siguientes acuerdos:

“(…)

1) *Se valida la implementación del Sistema Inglés (tercera edición, 2012) para la determinación de tiempo para corte macro y análisis microscópico de biopsias y citologías, en el cual se detallan las siguientes consideraciones:*

a. *Inmunohistoquímica Hemato Patológica.*

Se determina que el sistema de puntuación para este análisis se mantiene igual a la puntuación propuesta por el modelo inglés.

b. *Inmunohistoquímica para otras Áreas.*

En otras áreas donde se requiere este tipo de análisis se asignará cinco puntos más para diagnóstico, únicamente para el primer panel de anticuerpos independientemente del número de paneles que se soliciten posterior al primer panel.

En casos excepcionales donde se requiera más tiempo de análisis en ese tipo de pruebas el médico patólogo(a) asignado, deberá discutir (definir) con su jefatura la asignación de más puntos.

⁸ Correspondería a la revisión de 20 biopsias por hora en jornada de 8 horas.



- c. *Las biopsias que no tienen puntuación de corte macro, el límite de biopsias esperada será de veinte por hora.*
- d. *Biopsias por aspiración de aguja fina (BAFF)*
El tiempo considerado para el procedimiento físico de este tipo de pruebas será a una tasa de producción de tres (3) pacientes por hora y el tiempo que se utilice será independiente de los puntos asignados para diagnóstico.
- 2) *Los tiempos definidos serán utilizados para la programación de trabajo, tanto en jornada ordinaria como extraordinaria.*
- 3) *Los tiempos definidos deben ser aplicados a la producción que se realizan en los hospitales Nacionales y Regionales (...)*”.

En narrativa efectuada al Dr. Daver Vidal Romero, Director General y al Dr. Oscar Sanabria Monney, médico especialista en anatomía patológica, ambos funcionarios manifestaron⁹:

“(...) que los tiempos extraordinarios solicitados por el servicio, correspondan o se encuentren acordes a las actividades productivas, están sujetas a los mecanismos de medición establecido para los servicios de patología, el cual, consiste en la distribución de cargas a través del sistema institucional por el estudio efectuado por la Ing. Dinorah Garro en su momento, es por ello que de esta manera al disponer de una demanda superior a la capacidad máxima del servicio se hace la distribución entre tiempo extraordinario y ordinario (...)”.

Así mismo, detallaron que el mecanismo de supervisión efectuado para determinar las cargas de trabajo del personal del Servicio es a través de los reportes del sistema ARCA-Patología, sin embargo, estos reportes son basados en información ingresada por cada funcionario sin la verificación técnica y administrativa de un superior jerárquico.

Es consideración de este órgano fiscalizador, que la Dirección General ha omitido la implementación efectiva de los instrumentos actualizados institucionales instruidos por parte de la Gerencia Médica para la medición de cargas de trabajo ordinario y extraordinario en el personal profesional y técnico del servicio de patología.

Por tanto, la desactualización en las metodologías de supervisión y control debilita el sistema de control interno repercutiendo en el uso racional de los recursos institucionales; así como, la garantía de la eficiencia de las operaciones y la confiabilidad de la información disponible.

3 SOBRE LAS CONDICIONES ERGÓNICAS EN LAS QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO

Se determinó que existen aspectos de mejora relacionados con la seguridad y salud ocupacional para el personal que desarrolla labores en el servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro, según se detalla a continuación:

3.1 DEL TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS.

Se evidenció que en el hospital Dr. Tony Facio Castro no se ha establecido un procedimiento para el tratamiento y disposición de desechos químicos; así como, de los envases que contenían estos productos. Lo anterior, por cuanto se identificó que el descarte de químicos como formalina, alcohol o xilol se realiza a través de la tubería de aguas del centro de salud y que posteriormente

⁹ Actividad desarrollada el 9 de marzo 2021



desagua al mar; además, se observaron envases que contenían estos desechos en áreas de pasillos, bodega o áreas de trabajo (ver anexo 2, fotografías 1 y 2).

La Ley N° 8839 “Para la Gestión Integral de Residuos”, define en su artículo 6 como activos peligrosos a aquellos que, por su reactividad química y sus características tóxicas, explosivas, corrosivas, radioactivas, biológicas, bioinfecciosas e inflamables, o que por su tiempo de exposición puedan causar daños a la salud y al ambiente.

Además, en el artículo 43, correspondiente al capítulo IV de los residuos peligrosos detalla:

“Las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que generen residuos peligrosos tienen la responsabilidad por los daños que esos residuos ocasionen a la vida, la salud, el ambiente o los derechos de terceros, durante todo el ciclo de vida de dichos residuos.

A pesar de que un generador transfiera sus residuos a un gestor autorizado, debe asegurarse por medio de contratos y manifiestos de entrega-transporte-recepción el manejo ambientalmente adecuado de estos y evitar que ocasionen daños a la salud y el ambiente. En caso de incumplimiento de esta obligación podrá ser considerado como responsable solidario de los daños al ambiente y la salud que pueda ocasionar dicha empresa por el manejo inadecuado de estos y las sanciones que resulten aplicables”.

Con relación a las obligaciones de los generadores de residuos peligrosos, en el artículo 44 se define:

“(…)

a) *Separar adecuadamente y no mezclar los residuos peligrosos, evitando particularmente las mezclas que supongan un aumento de su peligrosidad o dificulten su gestión.*

d) *Suministrar a los gestores autorizados para llevar a cabo la gestión de residuos la información necesaria para su adecuada manipulación, trasiego, transporte, tratamiento y disposición final.*

g) *Contratar únicamente gestores autorizados para gestionar residuos peligrosos.*

h) *Contar con áreas de almacenamiento temporales, cuya ubicación, diseño, construcción y operación cumplan la reglamentación vigente en la materia (...).”.*

El Reglamento General para la Clasificación y Manejo de Residuos Peligrosos, N° 37788-S-MINAE, define como tales a:

“(…)

S116 - *Colorantes (pigmento y sustancia colorantes)*

Y1 - *Desechos clínicos resultantes de la atención médica prestada en hospitales, centros médicos y clínicas (...).”.*

En el mismo Reglamento, se detalla en el artículo 7, correspondiente a las obligaciones y responsabilidades del generador:

“(…)

1-*Obligaciones generales: El generador de residuos peligrosos, así como los gestores de éstos, serán responsables de garantizar el manejo integral según condiciones exigidas en el*



presente Reglamento. Para ello deberá contar con Permiso Sanitario de Funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud, de conformidad con el artículo 1° del Decreto Ejecutivo N° 34728-S de 28 de mayo del 2008, "Reglamento para el Otorgamiento de Permiso Sanitario de Funcionamiento del Ministerio de Salud", y deberán cumplir con las siguientes indicaciones:

- a) Realizar el manejo integral de los residuos peligrosos que genera.
- c) Identificar el origen, cantidad y características de peligrosidad, según el presente artículo, de cada uno de los residuos peligrosos que genere, indicando tipo, composición, cantidad y destino de los desechos garantizando su completa trazabilidad.
- g) Contar con los servicios de almacenamiento, aprovechamiento, recuperación, valorización, transporte, tratamiento o disposición final, mediante instalaciones que cuenten con los permisos de funcionamiento (...).

La Ley General de Salud, en su artículo 263 establece:

"(...) Queda prohibida toda acción, práctica u operación que deteriore el medio ambiente natural o que alterando la composición o características intrínsecas de sus elementos básicos, especialmente el aire, el agua y el suelo, produzcan una disminución de su calidad y estética, ...

Toda persona queda obligada a cumplir diligentemente las acciones, prácticas u obras establecidas en la ley y reglamentos destinados a eliminar o a controlar los elementos y factores del ambiente natural, físico o biológico y del ambiente artificial, perjudiciales para la salud humanan (...)"

El Dr. Vidal Romero, refirió¹⁰ desconocer el proceso de desechos químicos; sin embargo, recalcó que se habían realizado trabajos en coordinación con la Municipalidad para que las aguas no drenaran directamente hacia al mar; por su parte el Dr. Sanabria Monney complementó mencionando¹¹ que el servicio de patología realizó gestiones para efectuar una contratación para la disposición de los recipientes que contenían químicos; sin embargo, este no logró fructificar a causa de la falta de un permiso de funcionamiento por parte del Ministerio de Salud para el servicio de patología.

En virtud de lo identificado relacionado con el desagüe de químicos en las piletas, el Ing. Erick Montoya Ramírez, jefe de Ingeniería y Mantenimiento del hospital Dr. Tony Facio Castro, indicó mediante correo electrónico del 25 de febrero del 2021 que el drenaje de las tuberías del servicio de patología; así como, todas las del centro de salud van hacia el sistema de bombeo de aguas residuales del hospital, y que este sistema se encuentra conectado con el sistema de alcantarillado público, que a su vez se conecta con el emisario submarino que desagua en el mar caribe, flujo que fue identificado por esta Auditoría Interna en el informe AGO-182-2015, concerniente a "Evaluación sobre las acciones dirigidas al tratamiento de aguas residuales del Hospital Dr. Tony Facio Castro".

La oficina de salud ocupacional del centro hospitalario, evidenció en informe de inspección del servicio de patología efectuado el 18 de abril de 2021 "gran cantidad de botellas de vidrio de residuos de xilol, formalina, alcohol entre otros para desechar"; además advirtieron que el xilol de acuerdo con el diamante de NFPA tiene un punto de inflamación entre 20°C y 32°C, aspecto

¹⁰ Actividad desarrollada el 9 de marzo 2021

¹¹ Entrevista del 9 de marzo 2021



que es relevante ser considerado debido a que la temperatura ambiente del cantón central de Limón oscila entre una máxima de 30° y una mínima de 22° en promedio¹².

Se considera que los aspectos evidenciados en la gestión para el tratamiento y disposición de desechos químicos y sus recipientes, obedecen a la insuficiente gestión por parte de las autoridades del centro hospitalario, en lo referente a la atención de los riesgos ambientales y de seguridad generados por el manejo de los desechos resultantes de los procesos de patología.

La ausencia de medidas seguras para atender los riesgos asociados al tratamiento y disposición de este tipo de residuos peligrosos, compromete la integridad física de personal, dadas las propiedades inflamables de los productos y la exposición a la emisión de gases, los cuales se manipulan y almacenan sin adecuado control y resguardo.

3.2 DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA.

Se identificó que el servicio de Patología del hospital Dr. Tony Facio no dispone de condiciones ergonómicas adecuadas para el desarrollo de las actividades del personal en general ubicado en las áreas corte de biopsias, histología y morgue. Lo anterior, siendo que fue identificado que carece de ventilación, controles de temperatura y ambiente, que permitan regular las condiciones de toxicidad del aire en el lugar de trabajo.

Lo anterior, en concordancia con el criterio técnico externado en el informe OSO-007-2021 del 18 de febrero, en el cual la Licda. Salazar Alvarez, encargada de salud ocupacional y la Dra. Danisha Sterling Smith, Especialista de medicina laboral ambas funcionarias del centro de salud, realizaron una inspección en la cual describieron la prevalencia de fuertes olores provocados por la evaporación de los químicos utilizados en el servicio de patología, tales como alcohol, xilol o formaldehído (formalina).

En concordancia, estos productos químicos mencionados además de ser altamente contaminantes producen condiciones graves de salud en el tiempo. Es por ello que la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LIXX¹³, mencionó en su publicación que la concentración máxima permitida a nivel ambiental según la A.C.G.I.H. por sus siglas en inglés¹⁴ corresponden a 0.3 p.p.m.¹⁵, y que según N.I.O.S.H por sus siglas en inglés¹⁶ como riesgo inminente para la vida o la salud una concentración del 20 p.p.m. Así también, la Revista de Salud Pública Costarricense en su publicación¹⁷ presentaba lo así estimado por N.I.O.S.H. el cual definía que la exposición promedio durante un turno laboral de 8 horas es de 0.75 ppm y un límite máximo de 2 ppm que no debe exceder periodos superiores de 15 minutos. Sin embargo, el hospital Dr. Tony Facio Castro no dispone de una medida que permita determinar los niveles de concentración que existan en el ambiente, aspecto que no permite conocer el riesgo que podría estarse ocasionando a la salud a los funcionarios.

No obstante, la Licda. Salazar Álvarez, mediante correo electrónico del 8 de marzo de 2021, indicó que en el oficio OSO-15-2016 del 22 de julio de 2016, presentó ante las autoridades del centro de salud la necesidad de realizar una medición ambiental, dado el riesgo en la que se

¹² Según el Instituto Meteorológico Nacional

¹³ Álvarez HL, Sánchez CJC. Formalina: características y mecanismos de control ante la exposición del personal en los servicios de anatomía patológica a nivel hospitalario. Rev Med Cos Cen. 2012;69(602):235-239.

¹⁴ American Conference of Governmental Industrial Hygienists

¹⁵ Partículas por millón

¹⁶ National Institute for Occupational Safety and Health

¹⁷ Idrobo E, Vásquez J y Vargas R. La Exposición ocupacional al formol y la nueva tabla de enfermedad laborales, Rev. Salud Pública 19 (3): 382-385, 2017



encontraban expuestos los trabajadores, sin embargo, hasta la fecha de aplicación del trabajo de campo de esta Auditoría no se obtuvo respuesta a este requerimiento.

La Norma Técnica del Seguro de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional, detalla en el punto 5.2 “Adopción de medidas en materia de prevención de riesgos laborales”:

“Todo patrono asegurado público o privado, con apego a lo establecido en el Título IV del Código de Trabajo, está en la obligación de adoptar medidas de prevención apropiadas a las características de su organización, tipo de actividad, riesgos existentes y volumen de operaciones. En general debe cumplir con lo siguiente:

a) Desarrollar y fortalecer una gestión preventiva funcional y permanente, que de conformidad con lo establecido en el "Reglamento sobre Oficinas o Departamentos de Salud Ocupacional", Decreto Ejecutivo N° 27434-MTS.

b) Ejercer el control de los riesgos en todas las operaciones y/o centros de trabajo, implementar sistemas de apoyo para la gestión de la prevención, en apego a la reglamentación existente. En complemento o en ausencia de ésta, mediante la referencia proporcionada por las Normas Técnicas de Salud Ocupacional y las Normas Sistemas de Gestión Preventiva de los Riesgos Laborales (...).”

El Decreto N° 39321-MTSS define “La Política Nacional de Salud Ocupacional”, la cual en su artículo 2 describe:

Todas las dependencias públicas e Instituciones del Estado, por su misma condición, están obligadas a implementar las medidas para garantizar la salud ocupacional de las personas trabajadoras

Con relación al área de corte de biopsias, el Ing. Maikol Morris Brown, ingeniero de equipo médico del centro de salud, indicó¹⁸ que al momento de considerar la compra del equipo mesa de trabajo (equipo de corte de biopsias), este validó que el área contaba con las condiciones adecuadas para su operación y por ello no requirió la compra de un sistema de ductos para extracción; sino únicamente, el equipo podía contar con filtros reemplazables de formaldehído.

Lo anterior, pese a que en verificación efectuada en el servicio se identificó que el área donde se ubica el equipo únicamente dispone de un ventilador de pared en malas condiciones y un aire acondicionado que se encuentra dañado. Aspectos que también fueron evidenciados en informe del servicio de patología OSO-007-2021 del 18 de febrero 2021 de la Licda. Salazar Álvarez.

El Dr. Sanabria Monney indicó¹⁹ que el servicio “no dispone de medidores de formaldehído en ambiente o líquidos”. Al respecto, Dr. Daver Vidal Romero recalcó que se han desatendido las necesidades del servicio de patología, en consecuencia, de la gran demanda de necesidades que presenta el centro de salud y la limitación de recursos presupuestarios.

Así lo expuesto, es consideración de este órgano fiscalizador que la Dirección General y la Dirección Administrativa Financiera no han realizado acciones efectivas que permitan garantizar el resguardo de la integridad del equipo de trabajo del servicio de patología, ocasionando que el

¹⁸ En entrevista del 12 de febrero de 2021

¹⁹ En entrevista del 12 de febrero de 2021



personal se exponga a una eventual concentración de químicos, debido a la carencia de espacios de trabajo idóneos y condiciones ambientales adecuadas.

3.3 DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS.

Se identificó que el servicio de mantenimiento e ingeniería no dispone de programas de mantenimiento y correctivo, para atender la demanda de activos de alta y mediana complejidad tales como cuarto frío (cámara de cuerpos fallecidos), sistema de aire acondicionado de ductos, camilla de transporte de cadáveres, camilla de autopsia, mesa de trabajo (corte de biopsias). Ver Anexo 2 conjunto de fotografías 3.

En lo correspondiente a la gestión del equipamiento y planta física, el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional, en su artículo 44 sobre la elaboración del programa de mantenimiento, indica:

“El funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento en el ámbito local o regional, debe elaborar el Programa de Mantenimiento, en el que se consigne un diagnóstico de la gestión de mantenimiento, los objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo establecidas. Este programa, será un insumo para el Plan Anual Operativo de mantenimiento en lo que se refiere a las metas de corto plazo. El Programa de Mantenimiento se elaborará de acuerdo con los lineamientos institucionales que emita la Dirección de Mantenimiento Institucional y deberá incluir los indicadores pertinentes para conocer la eficiencia de la gestión y la eficacia en el cumplimiento de los objetivos del Programa”.

Así también el artículo 51 “Programas de mantenimiento del recurso físico”, establece que:

c) De la formulación del programa de mantenimiento

La formulación del programa de mantenimiento compete al funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento local o regional, según corresponda. Estos documentos deben ser validados por el Administrador o responsable administrativo y autorizados por el funcionario de máxima Jerarquía.

Ese mismo marco normativo, en el artículo 57, “Del control de la gestión de mantenimiento”, indica lo siguiente:

“...Corresponde al funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento local o regional, controlar la gestión de mantenimiento. Para llevar a cabo esta labor, deberá generar todos aquellos mecanismos que considere necesarios para ese fin y/o implementar los lineamientos que se establezcan a nivel institucional por la autoridad competente. Este control debe realimentar en forma permanente la gestión que se realiza...”.

De igual manera, El Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles, detalla en su capítulo XIV “Responsabilidad del Mantenimiento y/o reparaciones del activo”, lo siguiente:

“El superior del centro y del servicio donde se utiliza el activo, son los responsables de formular y ver que se ejecuten los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos, además:



84.1 Coordina el mantenimiento y/o reparaciones, con los servicios creados para este fin utilizando la documentación respectiva.

84.2 Cuando el equipo de cómputo requiera ser revisado o diagnosticado y reparado, las unidades ejecutoras podrán recurrir a los talleres particulares especializados siempre y cuando cuenten con la asignación presupuestaria.

84.3 Tipos de mantenimiento:

a) Mantenimiento correctivo, que corrige los defectos o averías observados.

b) Mantenimiento preventivo, estimado a garantizar la fiabilidad de los activos en funcionamiento antes de que pueda producirse un accidente o avería por deterioro.

c) Mantenimiento programado, como el que se realiza por programa de revisiones, por tiempo de funcionamiento, kilometraje entre otros”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 4.3.1 “Regulaciones para la Administración de Activos”, establece lo siguiente:

“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:

a. *La programación de las necesidades de determinados activos, tanto para efectos de coordinación con las instancias usuarias, como para la previsión de sustituciones, reparaciones y otros eventos.*

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

g. *El tratamiento de activos obsoletos, en desuso o que requieran reparaciones costosas.*

Con relación a la condición de los equipos el Dr. Vidal Romero detalló que las necesidades de estos son responsabilidad de la Dirección Administrativa Financiera y el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento.

Por su parte, el Ing. Montoya Ramírez mencionó en entrevista del 12 de febrero de 2021, que desconocía la razón por la cual los técnicos de refrigeración del centro de salud no habían brindado mantenimiento al cuarto frío; así también, resaltó que durante el 2020 se atendió toda la demanda presentada por el servicio. Sin embargo, esta Auditoría verificó que, de los equipos mencionados en el presente estudio, únicamente el aire acondicionado fue valorado en las solicitudes mencionadas, mismo que se solicitó en 11 ocasiones y al cierre del estudio aún se encontraba fuera de servicio. Así mismo, el Ing. Montoya Ramírez presentó evidencia documental que se contaba con la cotización para compra de tarjeta electrónica que permitirá la reparación del sistema de enfriamiento; sin embargo, la compra aún no se encontraba en trámite.

El Ing. Morris Brown mencionó²⁰ que los restantes equipos del Servicio de Patología no reciben actividades de conservación y mantenimiento preventivas y que las camillas de transporte de cadáveres son responsabilidad del taller de metalurgia.

Es consideración de esta Auditoría Interna, que el Área de Ingeniería y Mantenimiento, no dispone de un análisis que permita identificar las condiciones actuales del equipamiento general del Servicio de Patología del hospital Dr. Tony Facio Castro. Ocasionando que no se disponga de programas de mantenimiento que permita atender la demanda de manera satisfactoria y de forma integral.

²⁰ Entrevista del 12 de febrero de 2021



La inadecuada gestión de los equipos disponibles podría ocasionar una afectación en la conservación del patrimonio institucional y podría ocasionar el fallo de algunos de ellos causando la interrupción de la prestación de servicios lo cual impactaría de manera directa en la calidad de vida de la población en general.

3.4 DISPONIBILIDAD DE RECURSOS MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

Se determinó que en el servicio evaluado existen oportunidades de mejora en la dotación de recursos materiales tales como instrumental y equipo para la automatización de procedimientos como el etiquetado de capsulas o la tinción de las láminas, para el servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro.

Lo anterior, en atención que se identificó la carencia de instrumental adecuado para el desarrollo de actividades para corte macroscópico o la realización de autopsias, tales como bisturís de diferentes medidas, pinzas de distintos tipos, tijeras quirúrgicas, cuchillos, etc. Así mismo la necesidad de equipos de mediana complejidad que permitiría la automatización de procedimientos que actualmente se realizan de manera mecánica (manual), como equipos de tinción automatizada, sistemas de rotulación de capsulas, etc.

En las Normas Técnicas de Presupuestos Públicos N-1-2012-DC-DFOE, en el punto 3.2 de “La planificación institucional como base para el proceso presupuestario”, se describe:

“El proceso presupuestario deberá apoyarse en la planificación de corto plazo, la cual comprende una serie de actividades administrativas que involucran al jerarca y titulares subordinados, y a otros niveles de la organización, quienes determinan los resultados que se esperan alcanzar en el término del ejercicio presupuestario, las acciones, los medios y los recursos necesarios para obtenerlos, considerando las orientaciones y regulaciones establecidas para el corto, mediano y largo plazo, de conformidad con la ciencia, la técnica y el marco jurídico y jurisprudencial aplicable”.

El Manual de Procedimientos para uso de las Unidades Facultadas y Autorizadas para Adquirir Bienes y Servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social, en el punto 2 correspondiente a las Áreas de Gestión de Bienes y Servicios y Sub Áreas, detalla:

“Una vez planteada la necesidad real del bien o servicio a contratar por parte de las Unidades Usuarias, el Área de Gestión de Bienes y Servicios es la dependencia encargada de la planificación, conducción, fiscalización del procedimiento de contratación, almacenamiento, control de inventarios y distribución de los insumos, materiales requeridos para la prestación efectiva de los servicios de salud, los cuales deben ser requeridos de manera oportuna y a un costo razonable, así como asegurar que los procedimientos sean óptimos, oportunos, estandarizados y cumplan con todos los requisitos establecidos en la normativa establecida y el ordenamiento jurídico vigente”.

El Dr. Sanabria Monney, evidenció mediante correos electrónicos del 17 de febrero de 2021, que desde el año 2017 fecha en la que ingresó al centro de salud, han planteado la necesidad de este tipo de materiales y equipos, pero no han sido atendidas; ya que en el proceso de priorización prevalecen los equipos que podrían afectar la continuidad para el diagnóstico y tratamiento.



La Licda. Kris Guillen Rojas, Jefatura de Área de Bienes y Servicios del hospital Dr. Tony Facio Castro, en correo electrónico del 11 de febrero de 2021, entregó el plan de compras para el 2021 donde se evidencia que los insumos indicados no se incluyen en la planificación.

La falta de dotación de los recursos suficientes para el desarrollo de actividades del servicio de patología, si bien para los periodos 2020 y 2021 ha mediado un factor de restricción del gasto a consecuencia de la emergencia nacional por el COVID-19, no corresponde a un elemento condicionante para la adquisición de instrumental y equipamiento para el servicio de patología; sino más bien, ha sido el resultado de una inadecuada planificación y presentación de necesidades en el tiempo por parte de la Dirección General, quien funge como jefatura del servicio y de la Dirección Administrativa Financiera en diseñar un plan integral en conjunto con el Área de Gestión de Bienes y Servicios, para satisfacer la demanda presentada.

Las limitaciones en cuanto a instrumental y equipamientos ocasiona que no se efectúe una actualización de métodos y técnicas de trabajo, lo cual podría afectar los tiempos de respuesta para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS A TRAVÉS DE LA RED DE REVICIOS DE SALUD

A partir del criterio externado por los Directores Médicos de seis Áreas de Salud de la región, se identificaron oportunidades de mejora en la operación de las actividades asociadas a la especialidad de anatomía patológica hacia la Red de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en aspectos como capacitación, comunicación y coordinación de defunciones por causas externas a condiciones de salud a los profesionales en medicina. Así como la implementación de técnicas con mayor especialidad (tinciones especiales) para la producción de biopsias.

La Ley de Control Interno, define como objetivos del sistema de control interno el:

“(…)

- c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) *Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.”*

De igual manera, en el artículo 10, de la “responsabilidad por el sistema de control interno”, se detalla:

“Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo II “Normas Sobre Ambiente de Control” en su apartado 2.1 define como responsabilidad del jerarca y titulares subordinados según sus competencias el mantenimiento del personal comprometido y con competencia profesional para el desarrollo de las actividades y contribuir a la operación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

En entrevistas desarrolladas con los Directores de las distintas Áreas de Salud²¹ de la región evidenció que estos tienen una percepción positiva del trabajo y los tiempos de respuesta

²¹ Dra. Katherine Mora Mora, Área de Salud Cariari, Dr. Jimmy Ampié Guzmán, Director a.i. Área de Salud Guácimo, Dr. Juan Orlando Gil Ng, Director Área de Salud Matina, Dr. Mauricio Solano Corella, Director Área de Salud Talamanca, Dr. Gonzalo Enrique Mena, Director Área de Salud Valle la Estrella, Dr. German Núñez Vanegas, Área de Salud Siquirres



realizados por el servicio de patología del hospital Dr. Tony Facio Castro; sin embargo, que podrían existir mejoras en el acercamiento a los profesionales que laboran en los centros de salud para brindar programas de educación asociados a la toma de muestras. De igual manera, los directores de los centros de salud detallaron que las unidades presentan dificultades cuando se presentan fallecidos en los centros de salud por situaciones asociadas a condiciones de salud.

Asimismo, el Dr. Sanabria Monney en narrativa del 9 de marzo de 2021 mencionó que el servicio dispone del talento humano necesario para efectuar procedimientos de mayor complejidad; sin embargo, no se tienen los recursos suficientes para poder implementarlos; de igual manera, enfatizó que los beneficios para la población limonense de la ejecución de estos, correspondería a la reducción en los tiempos de respuesta, principalmente para el diagnóstico oportuno de cáncer.

Es consideración de este órgano fiscalizador que la percepción de los Directores Médicos de las Áreas de Salud consultadas es que existe poca participación a nivel regional del servicio de patología en los procedimientos de educación y coordinación, a consecuencia de la falta de acciones efectivas de la Dirección de Red de Servicios de Salud Huetar Atlántica, a fin de que el primer nivel de atención sea vinculado en los programas de sesiones clínicas especializadas. Así como también, la ausencia de gestiones integrales por parte de la Dirección General del hospital Dr. Tony Facio Castro para la implementación de procedimientos de mayor complejidad, ocasionado principalmente por la carencia de recursos según lo indicado por el médico especialista del Servicio de Patología

El otorgar los recursos suficientes y de manera oportuna a los miembros del equipo de la Red de Servicios, permitirá el fortalecimiento del primer nivel de atención; así como, el garantizar la oportunidad, eficiencia y efectividad durante la prestación de servicios de salud.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente evaluación permiten concluir que los servicios de patología son pieza fundamental en el diagnóstico oportuno de la enfermedad, resultando un factor determinante en la calidad de vida de las personas o lograr su supervivencia.

Es por ello, que considera relevante esta Auditoría que la Dirección General en conjunto con la Dirección Administrativa Financiera del hospital Dr. Tony Facio Castro, realicen acciones efectivas que permitan atender las necesidades que presenta el servicio de anatomía patológica, relacionadas con la carencia de un procedimiento para el tratamiento y disposición de desechos químicos, condiciones ergonómicas adecuadas para el desarrollo de las actividades del personal en general ubicado en las áreas corte de biopsias, histología y morgue.

Además, se identificó la carencia de instrumental adecuado para el desarrollo de actividades para corte macroscópico o la realización de autopsias, tales como bisturís de diferentes medidas, pinzas de distintos tipos, tijeras quirúrgicas, cuchillos, etc. Así mismo la necesidad de equipos de mediana complejidad que permitiría la automatización de procedimientos que actualmente se realizan de manera mecánica (manual), como equipos de tinción automatizada, sistemas de rotulación de capsulas, etc.

Adicionalmente se evidenció que se deben fortalecer las actividades de control efectuadas por la Comisión de Tiempo Extraordinario, las cuales permitan que esta realice un análisis efectivo relacionado con las justificaciones presentadas por el Servicio de Patología, y no aprobar las solicitudes basados en comportamientos históricos.



En lo referente a la actividad de servicios a través de la Red, es importante que exista una retroalimentación de las actividades de todos los participantes, que permitan fortalecer los sistemas de control y las actividades desarrolladas, mediante el fortalecimiento de los procesos de capacitación en este tema.

RECOMENDACIONES

AL DR. WILMAN ROJAS MOLINA, DIRECTOR DE RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUETAR ATLANTICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1 - En función de lo indicado en el hallazgo 4, relacionado con la percepción de los Directores Médicos considerados en el presente informe, respecto a la atención brindada por el servicio de patología a la red, efectuar las siguientes acciones:

- a) Analizar, la pertinencia de crear un espacio de sesiones virtuales clínicas regionales del servicio de patología; en el cual, los profesionales del primer nivel de atención y del segundo nivel, puedan disponer de un espacio de educación permanente. De considerarlo factible, diseñar un programa que incluya responsables de la ejecución, periodicidad de las sesiones y la divulgación de dicha actividad a todos los participantes.
- b) Analizar, en conjunto con la Dirección General del hospital Dr. Tony Facio Castro, la pertinencia de la elaboración de un protocolo regional que permita brindar el apoyo técnico del profesional médico especialista en patología ante fallecimiento de usuarios por causas no asociadas a COVID-19 o muertes violentas (accidentes o producto de violencia). En caso de ser viable lo indicado, el documento deberá incluir aspectos como: definición de responsables, medios de comunicación, flujo de proceso, otros aspectos que así considere necesarios.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 6 meses deberá presentar evidencia documental que respalde el análisis solicitado en el punto a) y lo concerniente al punto b) presentar evidencia del resultado del análisis y si de concluir su viabilidad deberá presentar el protocolo efectuado.

AL DR. DAVER VIDAL ROMERO, DIRECTOR GENERAL Y LA MBA. MARTA ON CENTENO DIRECTORA ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO.

2 – Instruir a la Comisión de Tiempo Extraordinario de ese centro de salud, implementar un mecanismo de control que permita analizar las justificaciones presentadas por los servicios para la aprobación de tiempo extraordinario y garantizar que la jefatura del servicio haya vinculado dicha solicitud a un análisis de productividad. Los resultados de ese análisis deberán ser socializados a esas Direcciones en la periodicidad que consideren pertinentes a fin de cumplir con el proceso de rendición de cuentas; lo anterior, en atención a lo indicado en el hallazgo 1 referente a la aprobación de tiempos extraordinarios por parte de la Comisión de Tiempo Extraordinario.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 6 meses a partir del recibido del presente informe deberá suministrar evidencia documental del mecanismo de control implementado; así como, documentación relacionada con la socialización a la Dirección General



y Dirección Administrativa Financiera de los resultados de este análisis, en la periodicidad así establecida.

3 – Analizar la pertinencia técnica y legal, de conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 3.1 sobre el tratamiento y disposición de productos químicos utilizados en el servicio de patología, para que ese centro de salud disponga de un contrato de servicios para atender la necesidad presentada y en cumplimiento a la Ley N° 8839 “Para la Gestión Integral de Residuos” y criterios emitidos por la oficina Salud Ocupacional del centro de salud.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 6 meses deberá presentar resultado del análisis; así como, del avance del proceso de contratación de considerarse viable para la unidad.

4 - Efectuar las siguientes acciones para la atención de lo identificado en el hallazgo 3.2 de las condiciones de trabajo del servicio de patología:

- a) Instruir a la oficina de Salud Ocupacional del hospital Dr. Tony Facio Castro, el realizar las acciones pertinentes para que se efectúe un análisis de toxicológico de los espacios de trabajo del servicio de patología, además de la adquisición de medidores de formaldehído para ser distribuidos en el servicio de patología.
- b) Diseñar e implementar, en conjunto con el servicio de Ingeniería y Mantenimiento, la oficina de Salud Ocupacional y los funcionarios del servicio de patología, con base a los resultados obtenidos de las pruebas efectuadas en el punto a) y el resto de condiciones evidenciadas en el presente informe, una estrategia para atender las necesidades de planta física que puedan efectuarse con recursos locales, para lo cual deberá considerar, redistribución de espacio físico, aprovechamiento de espacio de bodega, sistema de control de flujo de aire, temperatura y gases, entre otras que se consideren pertinentes.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, ambas direcciones deberán presentar evidencia documental en el plazo de 8 meses a partir del recibido del presente informe lo siguiente. Para la atención del punto a) el resultado de las pruebas de toxicología efectuada y para el punto b) deberá presentar el plan estratégico el cual deberá considerar responsables, alcances, periodo de ejecución y avance de este; así como, la evidencia de su ejecución, para todos los efectos deberá presentar evidencia de la participación de todos los así descritos.

5 - Elaborar un plan de acción que permita atender los requerimientos planteados por el servicio de patología en cuanto a la automatización o actualización de equipamiento; así como, la dotación de instrumental necesario, para la prestación de servicios de salud y la implementación de nuevas técnicas de trabajo. Este deberá ser priorizado y ajustado a las necesidades y capacidades del nivel local; lo anterior, en atención a lo evidenciado en el hallazgo 3.4 relacionado con la necesidad de recursos materiales para la prestación de servicios

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 12 meses deberá presentar evidencia del plan de trabajo considerando aspectos como plazos, responsables, priorización, periodo de ejecución y otros elementos que sean considerados pertinentes.



AL DR. DAVER VIDAL ROMERO, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

6 - En atención a los hallazgos 1.2, 2.1 y 2.2 realizar las siguientes acciones:

- a) Implementar un mecanismo de control que permita garantizar que los tiempos extraordinarios del servicio de patología se encuentren sujetos a las políticas institucionales relacionadas con el uso eficiente de los recursos; así como, las necesidades del servicio. Lo anterior, según lo evidenciado en el hallazgo 1.2 de la continuidad del pago de tiempo extraordinario.
- b) Definir, en atención de lo identificado en hallazgo 2.1 referente a la distribución de cargas de trabajo para atender la demanda de biopsias, un responsable de la distribución, inclusión y asignación de actividades y cargas de trabajo, mismo que velará por la confiabilidad de la información y la supervisión continua de la ejecución de las actividades en tiempo y forma.
- c) Instruir, y con base a los resultados obtenido del hallazgo 2.2 correspondiente al sistema para análisis histopatológico de biopsias, a la persona designada en la recomendación 4, la implementación de lo así definido en el oficio GM-MDA-43133-13 del 26 de setiembre de 2013, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Medica en ese momento; el cual, oficializa la utilización del sistema inglés para el análisis histopatológico de biopsias y citologías, para la definición de cargas de trabajo de los médicos especialistas en patología.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 6 meses a partir de recibido el presente informe deberá presentar para el punto a) el mecanismo de control diseñado, para el punto b) evidencia documental de la designación del responsable considerando la asignación de responsabilidades y para el punto c) la instrucción; así como, la prueba documental de implementación de la metodología en la distribución de actividades.

A LA MBA. MARTA ON CENTENO, DIRECTORA ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL HOSPITAL DR. TONY FACIO CASTRO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

7 – Instruir a la jefatura de Ingeniería y Mantenimiento en función de lo evidenciado en el hallazgo 3.3 del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos del servicio de patología, un diagnóstico por complejidad de los equipos del servicio que requieran ser incluidos en un programa de mantenimiento; así mismo, deberá iniciar con los procesos correspondientes para su ejecución con recursos propios o iniciar los procesos de contratación necesarios.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado, en el plazo de 6 meses deberá presentar el diagnóstico con el plan de mantenimiento y la prueba documental de su ejecución (reportes o los procesos de contratación si así correspondiera).

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro social, los resultados del presente informe fueron comentados el 17 de mayo de 2021 con el Dr. Wilman Rojas Molina, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Región Huetar Atlántica, Dr. Daver Vidal Romero, Director General y la Mba. Marta On Centeno, Directora Administrativa Financiera,



ambos funcionarios del hospital Dr. Tony Facio Castro, quienes manifestaron entre otras las siguientes observaciones:

El Dr. Vidal Romero, solicitó una ampliación en el plazo de la recomendación número 6, para ser atendida en 6 meses, siendo que por la atención de la situación actual de emergencia nacional, se encuentran avocados en atender como prioridad las necesidades de las áreas COVID-19.

La Mba. On Centeno, indicó que para el cumplimiento de las recomendaciones 4 y 5 no se dispone de recursos financieros en la partida presupuestaria de instrumental (2219); así como tampoco en las partidas de equipamiento, siendo que solo se financió la partida de equipo médico (2320), esto considerando que se requiera comprar equipos como extractores de aire, aires acondicionados u otros. Así también indicó que en este momento están presentadas dificultades con la herramienta SICOP y el personal se encuentra enfocado en las compras necesarias para la readecuación del segundo piso para la atención COVID-19; por lo que solicita una ampliación del plazo a 12 meses en ambos casos.

Así mismo, menciona que el personal del servicio de Ingeniería y Mantenimiento se encuentra trabajando de lleno en las actividades asociadas a COVID-19 y siendo que es de su conocimiento que de los equipos de patología únicamente el cuarto frío no se encuentra en mantenimiento preventivo y correctivo, tienen limitaciones para atender el plazo indicado por lo que solicita una ampliación en la recomendación número 7 a 6 meses.

Al respecto, una vez valoradas las observaciones se ajusta el plazo de las recomendaciones número 6 y 7, el cual queda en seis meses a partir de la recepción del informe; por su parte, en la recomendación número 5 se amplía el tiempo a 12 meses para su atención. En lo referente a la recomendación número 8 se modifica el plazo original a 8 meses, considerando la relevancia de los riesgos expuestos en el presente informe.

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Rocky Calderón Rodríguez
Asistente de Auditoría

Licda. Ana Lizeth Garita Castrillo
Asistente de Auditoría

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas
Jefe de Sub Área

MASR/RCR/ALGC/fmr



Anexo 1
Tabla 1
Distribución de Cargas Ordinarias y Extraordinarias por horas
Noviembre 2019

Funcionaria	Horas en actividades ordinarias ²²		Horas en actividades extraordinarias ²³		Horas destinadas en actividades administrativas		Horas de alimentación		Total de horas producidas ²⁴	
	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula
1/11/2019	7	7	3	6	0	0	1	1	138%	175%
2/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4/11/2019	7	7	3	2	1	1	1	1	133%	122%
5/11/2019	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
6/11/2019	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
7/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
8/11/2019	7	7	3	0	0	0	1	1	138%	100%
9/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
12/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
13/11/2019	7	7	3	2	1	1	1	1	133%	122%
14/11/2019	7	7	3	6	1	1	1	1	133%	167%
15/11/2019	7	7	3	6	0	0	1	1	138%	175%
16/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
19/11/2019	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
20/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
21/11/2019	7	7	3	0	1	1	1	1	133%	100%
22/11/2019	7	7	3	0	0	0	1	1	138%	100%
23/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25/11/2019	7	7	3	2	1	1	1	1	133%	122%
26/11/2019	7	7	3	4	1	1	1	1	133%	144%
27/11/2019	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
28/11/2019	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
29/11/2019	7	7	3	3	0	0	1	1	138%	138%
30/11/2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	147	147	63	46	16	16	21	21	140%	131%

²² Las actividades ordinarias corresponden a procedimientos asociados a biopsias.

²³ Las actividades extraordinarias corresponden a procedimientos asociados a biopsias fuera de la jornada ordinaria.

²⁴ Relación de la suma de jornada total +diaria, en función del tiempo contratado diario.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr



Anexo 2
Tabla 2
Distribución de Cargas Ordinarias y Extraordinarias por horas
Noviembre 2020

Funcionaria	Ordinario		Extraordinario		Tiempo Administrativo		Alimentación y otros		Total Prod	
	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula	Geisel	Paula
1/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2/11/2020	5	5	3	3	3	3	1	1	133%	133%
3/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
4/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
5/11/2020	5	4	3	3	3	3	1	1	133%	122%
6/11/2020	4	4	3	3	3	3	1	1	138%	138%
7/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
10/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
11/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
12/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	150%
13/11/2020	3	3	3	3	4	4	1	1	138%	138%
14/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16/11/2020	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
17/11/2020	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
18/11/2020	6	7	3	3	1	1	1	1	122%	133%
19/11/2020	7	7	3	3	1	1	1	1	133%	133%
20/11/2020	3	3	3	3	4	4	1	1	138%	138%
21/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
24/11/2020	5	5	3	3	3	3	1	1	133%	133%
25/11/2020	5	5	3	3	3	3	1	1	133%	133%
26/11/2020	4	4	3	3	4	4	1	1	133%	133%
27/11/2020	3	3	3	3	4	4	1	1	138%	138%
28/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30/11/2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	92	92	60	60	63	63	20	20	140%	140%

Anexo 3

Fotografía 1

Envases en apariencia vacíos de materiales químicos



Fotografía 2

Pila de descarga de químicos



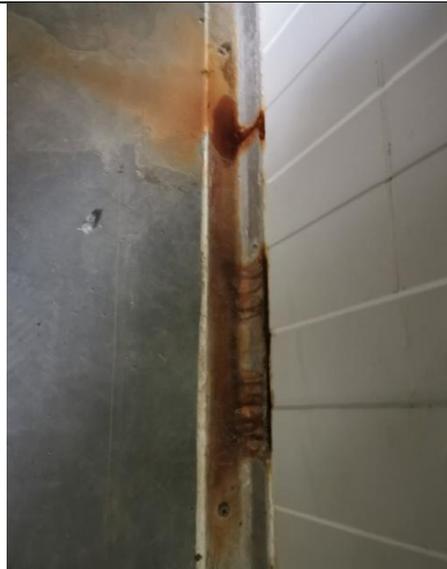
Conjunto de Fotografías 3



Mesa de trabajo (corte de biopsias)



Cuarto frío área externa (acercamiento)



Cuarto frío área interna



Cuarto frío puerta



Area de bodega (junto a ingreso morgue)



Laboratorio histología



Pasillos internos



Condición láminas de cieloraso

Fotografía 4
Instrumental de Autopsias

