



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

ASS-001-2016  
06-01-2016

## 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.

El Servicio de Farmacia presenta en términos generales condiciones adecuadas para su funcionamiento, a excepción del Almacén Local de Medicamentos, cuya ubicación, diseño y dimensiones no cumplen con los requerimientos establecidos en la normativa ni permiten garantizar el almacenamiento de los medicamentos de manera segura y confiable, en virtud que el espacio es insuficiente, se ubica contiguo a instalaciones del INCOFER, el ingreso y salida no es de fácil acceso ni está protegido de cambios climáticos, carece de pila, lavamanos y ducha, lo que ha ocasionado incluso la emisión de una orden sanitaria por el Ministerio de Salud en mayo del 2015.

Así también se determinaron oportunidades de mejora en el sistema de control interno, en lo referente al inventario de psicotrópicos y estupefacientes y se encuentran pendientes tres investigaciones en curso por denuncias de robos y pérdidas de medicamentos y objetos personales, lo que requiere de una atención oportuna por parte de las autoridades del Hospital, a fin de minimizar el riesgo de una afectación al patrimonio institucional.

En relación con el Laboratorio Clínico, se determinaron diferencias entre la planificación y los resultados obtenidos de la evaluación de las metas del I semestre del 2015, específicamente en la programación de exámenes por Consulta Externa, exámenes por egreso, exámenes por medicina de empresa, que obedece a la omisión de las modificaciones solicitadas por la jefatura a la programación original definida en el Plan-Presupuesto 2015. Sobre el cumplimiento de la programación, el número de exámenes en consulta de Medicina de Empresa no alcanzó la cantidad programada y se logró obtener un 79.45% de cumplimiento, siendo el parámetro institucional aceptable de un 80 %.

El Ministerio de Salud emitió una orden sanitaria por las condiciones de la infraestructura del Laboratorio Clínico y otras áreas de este centro médico, dada la existencia de espacios reducidos e incómodos que conllevan al hacinamiento y malestar tanto para el personal que labora en el Servicio como a los pacientes que acuden al mismo; esta situación podría eventualmente poner en riesgo la seguridad y la salud de los usuarios internos y externos de este servicio. No obstante, no se observa la inclusión dentro del "Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2015-2019", de ningún proyecto concreto encauzado a solucionar la problemática de infraestructura de este centro de salud.



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

En lo referente al Servicio de Radiología, se determinó que el manual administrativo se encuentra desactualizado y carece de un detalle de las funciones y actividades según el perfil del puesto y horario de trabajo, lo que podría limitar el establecimiento claro de responsabilidades en el Servicio.

Adicionalmente, se determinaron debilidades en los controles de producción del personal técnico, por cuanto no existe un registro de producción diaria, lo que aunado a la falta de claridad encontrada en las funciones realizadas en los turnos de trabajo, así como la realización de tiempo extraordinario para el lavado de las reveladoras, incluso por un lapso mayor a lo establecido en el contrato de mantenimiento, podrían estar reflejando la necesidad de fortalecer los procesos de supervisión de este servicio, en aras de optimizar el aprovechamiento de los recursos y garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.

En relación con los controles sobre la producción de los médicos especialistas, se determinó la existencia de un registro diario de los procedimientos realizados, no obstante, esta información no es analizada y por ende no genera información para la toma de decisiones. Así también, los especialistas han definido parámetros para regular la producción, no obstante, ha sido de manera arbitraria, en virtud de la ausencia de parámetros a nivel institucional. Tampoco se dispone de roles de trabajo mensuales para los especialistas; en las citas programadas de ultrasonidos se presentan horas semanales donde no se programan pacientes y se evidenció un incumplimiento en los horarios de trabajo por estos funcionarios, situaciones que podrían estar afectando negativamente la prestación de servicios de salud, ya que no es posible garantizar el aprovechamiento de este recurso, lo que se agrava aún más considerando la situación crítica en cuanto a la lista de espera de mamografías y ultrasonidos en el centro hospitalario.

En octubre del 2015 se encontraba pendiente la lectura de 3.604 mamografías, tanto de las realizadas por el grupo itinerante de la Unidad Técnica de Listas de Espera, como de las jornadas habitual y vespertina del servicio, que no fue posible leer en la jornada ordinaria de los médicos. Sin embargo, llama la atención que en atención al proyecto de pago por lectura de mamografía aprobado por la Junta Directiva, en el cual se cancelan 4.500 colones por mamografía interpretada, reportada, impresa y firmada, fue posible efectuar la lectura de 961 mamografías en 11 días naturales por parte de los tres especialistas de la unidad, fuera de la jornada ordinaria. Finalmente, se determinó la existencia de equipo médico en el inventario del servicio que se encuentra fuera de uso, así como un microondas y máquina de hacer café para uso en las instalaciones de la unidad, lo que podría representar un riesgo en el cumplimiento de la normativa institucional para estos efectos.

En virtud de los resultados del informe, se ha recomendado a la Gerencia Médica desarrollar las gestiones correspondientes para regular la producción de médicos especialistas y técnicos en los Servicios de Radiología a nivel institucional. Además, a las Gerencias Médica y de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la formulación de un estudio y análisis que defina de manera precisa las gestiones que deberán desarrollarse para subsanar la problemática actual de infraestructura del Servicio de Laboratorio Clínico y a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la revisión y actualización del documento valores de referencia de la institución año 2012.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

Finalmente, se solicitó a la Dirección General del Hospital instruir y trasladar a las instancias administrativas pertinentes en tiempo y forma las modificaciones que son requeridas y solicitadas por los servicios médicos y administrativos sobre las metas programadas; incluir el proyecto para el nuevo Almacén Local de Medicamentos en el portafolio de proyectos del Hospital; analizar la situación actual sobre el robo de medicamentos y artículos personales en el Servicio de Farmacia; fortalecer el control de inventario de psicotrópicos y estupefacientes y efectuar las acciones que correspondan para la atención de las debilidades de control y supervisión evidenciadas en el Servicio de Radiología.



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

ASS-001-2016  
06-01-2016

## ÁREA SERVICIOS DE SALUD

### ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL SERVICIOS DE APOYO, FARMACIA, LABORATORIO CLÍNICO Y RADIOLOGÍA HOSPITAL DE LAS MUJERES DR. ADOLFO CARIT EVA U.P. 2105

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

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

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología, con la finalidad de verificar el sistema de control interno, 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 incluidos en la presente 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.
- Determinar la existencia de políticas, estrategias, lineamientos, directrices y o normas en el Servicio de Laboratorio Clínico, así como de su implementación. Verificar la producción de acuerdo a lo programada para el período de estudio.
- Determinar en el Laboratorio Clínico la disponibilidad del recurso humano profesional y técnico, verificar la existencia de programas de capacitación, roles de distribución de la jornada (ordinaria y extraordinaria).
- Establecer la verificación de la producción esperada en cuanto a cantidad de exámenes de laboratorio realizados y las metas alcanzadas en el primer semestre 2015.



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

## 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, estado de planta física y equipamiento.

El período evaluado comprende los meses de enero a diciembre del 2014, modificándose en aquellos aspectos 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; además de normativa legal y técnica atinente a la materia.

## METODOLOGÍA

- Solicitud de información a las Jefaturas de Servicio: Dra. Rosa Lilliam Méndez Alvarado, Jefe a.i., Servicio de Farmacia y Dra. Darlyn Castañedas López, Coordinadora a.i. Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.
- Recorrido por la planta física y equipo 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 equipo en el Servicio de Laboratorio Clínico.
- Revisión y análisis de la documentación que define la estructura organizacional y funcional del Servicio.
- Revisión y análisis de la producción realizada en concordancia con las metas establecidas, según la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Cuestionario de Control Interno para aplicar a las Jefaturas de los servicios evaluados.

## 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.



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

## 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:

*“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 determinó que el espacio del Almacén Local de Medicamentos es insuficiente y en términos generales, sus condiciones de infraestructura no son óptimas para el almacenamiento de los medicamentos. Los medicamentos deben estibarse cerca del cielo raso y hay poca ventilación entre los mismos; se ubica contiguo a instalaciones del Instituto Costarricense de Ferrocarriles (INCOFER); el área de ingreso y salida del transporte de medicamentos no es de fácil acceso, los pisos son irregulares, no se dispone de una rampa en la entrada ni está protegida de la lluvia; no se dispone de un área para la descarga de los pedidos, mientras se revisan y se registra su ingreso en el inventario ni de pila, lavamanos y ducha.

Se evidenció además la existencia de la orden sanitaria del Ministerio de Salud N° ARS-HMR-022-15, del 6 de mayo del 2015, en la cual se solicita presentar, en un plazo de 30 días hábiles, un plan remedial para la atención de aspectos relacionados con la entrada de la bodega principal (debe contar con rampa u otro sistema que permita ingresar de forma adecuada la carga que es trasladada por medio de perras) y los pasillos de esta área (deben contar con un ancho mínimo de 0,90 metros y la puerta debe abrir hacia afuera), entre otros.

En junio del 2015<sup>1</sup>, el Dr. José Miguel Villalobos Brenes, Director General del Hospital, entregó el Plan Remedial solicitado, sin embargo, informó que algunos aspectos no sería posible subsanarlos hasta que se disponga de una nueva infraestructura para el Almacén Local de Medicamentos.

<sup>1</sup> Oficio DG 1423.06.15, del 8 de junio del 2015.



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

Al respecto, la Dra. Rosa Lilliam Méndez Alvarado, Jefe Servicio de Farmacia, en mayo del 2014<sup>2</sup> presentó a la Dirección General del Hospital una propuesta de proyecto para un nuevo Almacén Local de Medicamentos. Una vez analizado por el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento<sup>3</sup>, se determinó que el proyecto se clasifica como de alta complejidad; no existe un espacio que pueda ser intervenido actualmente y que se ajuste a la función por desarrollar, por lo que se debe establecer un espacio dentro de la propiedad del Hospital donde eventualmente se construiría. Adicionalmente, deben sacarse los permisos, realizar estudios de suelo y desarrollar el juego de planos constructivos completos y establecerse un presupuesto, por lo tanto debe ser incluido en el portafolio de proyectos del Hospital, para obtener los recursos desde el área central.

En razón de lo anterior, la Dirección Administrativa Financiera solicitó<sup>4</sup> al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento el criterio técnico, considerando si lo planteado por el Servicio de Farmacia cumplía con los requisitos establecidos en la normativa, a efecto de elevarlo a la Gerencia Médica, así como su inclusión en el portafolio de proyectos del 2015 ante la Gerencia Médica.

No obstante lo anterior, se revisó el portafolio de proyectos 2015 del Hospital y no se encontró el proyecto del Almacén Local de Medicamentos ni fue posible encontrar documentación adicional que evidenciara gestiones para desarrollar el proyecto mencionado.

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 (...).”*

*13.10 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 (...)*

*14.13 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 (...).”*

<sup>2</sup> Oficio FA-176.05.14, del 6 de mayo del 2014.

<sup>3</sup> Oficio SIM-210-06-14, del 6 de junio del 2014.

<sup>4</sup> Oficio DAF-406.06.2014, del 17 de junio del 2014.



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

Los problemas de infraestructura del Almacén Local de Medicamentos se presentan desde hace ya varios años en el Servicio, no obstante, no ha sido posible concretar una solución viable y efectiva, en virtud que el Hospital carece de un espacio que pueda adecuarse a las necesidades actuales.

El almacenamiento de los medicamentos constituye un aspecto de trascendencia para mantener y garantizar la conservación de sus propiedades farmacológicas, por lo que disponer de la infraestructura y equipamiento acordes a las necesidades del servicio permite garantizar a los usuarios la calidad del producto que recibe.

Las condiciones de infraestructura del Almacén Local de Medicamentos representan actualmente un riesgo para la seguridad y calidad de éstos, por lo que deben tomarse medidas para minimizar los efectos que podrían ocasionar las mismas, máxime considerando la existencia de una orden sanitaria del ente rector en salud y que no se ha logrado ejecutar una solución efectiva y oportuna a esta problemática.

## 1.2. Control de inventario de medicamentos

Se evidenció que en el Almacén Local de Medicamentos se efectúan mensualmente dos inventarios generales por mes, uno de ellos por lotes y semanalmente se efectúa un inventario de sueros. En el despacho se realiza un inventario general por semana, se asignan productos para inventariar diariamente y se realiza en el tercer turno; no obstante, en algunos de los inventarios diarios revisados no se logra identificar la fecha, lugar ni responsable de efectuar el inventario.

Se efectuó un inventario de psicotrópicos y estupefacientes y se encontraron dos sobrantes, a saber, una ampolla de fenobarbital 50 mg y una ampolla de fentanyl 0.05mg.

Por otra parte, se identificaron una serie de oficios mediante los cuales desde marzo del 2014<sup>5</sup>, la Dra. Méndez Alvarado ha denunciado a la Dirección General del Hospital la desaparición de objetos y medicamentos en el Servicio de Farmacia, así como el daño en el filtro de la cámara de parenterales. Al respecto, se determinó la existencia de tres investigaciones en curso (dos sobre la desaparición de objetos y medicamentos en la Farmacia y otra realizada por la Licda. Margarita Barboza Calvo, Subárea de Investigación, Área de Investigación y Seguridad Institucional, sobre daño en el filtro de la cámara de parenterales). No obstante, no fue posible conocer el estado en que se encuentran las mismas.

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 (...)”*

<sup>5</sup> Oficios FA-080.03.14, del 4 de marzo del 2014, FA-101.03.14, del 17 de marzo del 2014, FA-223.06.15, del 23 de junio del 2015





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.

En relación con los sobrantes encontrados en el inventario practicado por esta Auditoría, la Dra. Méndez Alvarado indicó que se efectúa un inventario físico en cada turno de trabajo (3 veces al día: I, II y III turno), sin embargo, en este procedimiento se verifica que lo anotado en la hoja de control coincida con la existencia física, no así que ésta coincida con la existencia del sistema SIFA, por lo que estos sobrantes es probable que se vinieran arrastrando desde hace mucho tiempo. Además, indicó que se modificaría la hoja de control, para que la verificación de las cantidades se realice en los 3 puntos: hoja de control, existencia física y existencia en el sistema.

Los sobrantes en el inventario de psicotrópicos reflejan la necesidad de fortalecer el mecanismo de control implementado para las existencias de estos productos y evidencian que existe un riesgo de pérdida, ya sea por hurto o mal uso, lo que además de ser contrario a lo establecido en la Ley General de Salud, podría incluso implicar una afectación a la salud de las personas, considerando que estos medicamentos (psicotrópicos y estupefacientes) son de uso restringido, por sus propiedades farmacológicas y efectos sobre las personas que los utilicen.

## 2. SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

### 2.1. Manual de Organización y Funcionamiento del servicio

Analizada y revisada la información contenida en los documentos aportados por la Dirección del Laboratorio Clínico, los cuales definen la organización y los procedimientos que se desarrollan, así como otros aspectos relacionados con distintos procesos administrativos y técnicos que guardan relación con sistemas de control interno, puede señalarse que se dispone en este servicio de apoyo de un Manual de Organización que se le denomina "*Sistema de Gestión del Laboratorio Clínico para la Calidad y Mejora Continua*", mismo que incorpora:

- Política de Calidad.
- Política de Manejo de la Información Confidencial.
- Descripción de la Organización.
- Funciones y responsabilidades de la Dirección y de cada uno de los funcionarios que se encuentran dentro de la estructura organizacional.
- Alcance del sistema de gestión del laboratorio y su estructura documental.

### 2.2. Sobre la programación de análisis clínicos (I semestre 2015)

Se ejecuta la revisión de los documentos que registran la programación (proceso de planificación) del número de exámenes de laboratorio clínico que serán realizados durante el I Semestre del 2015,



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

determinándose diferencia en los datos registrados en los siguientes 2 documentos:

- Plan-Presupuesto 2014-2015, (Hospitales 2014-2015, Consolidado)
- Evaluación de Metas del primero y Segundo Trimestre 2015

El siguiente cuadro registra las diferencias localizadas:

**CUADRO N°1**  
**DIFERENCIAS ENTRE PLAN-PRESUPUESTO Y AVANCE DE METAS**  
**LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE LAS MUJERES, ADOLFO CARIT EVA**  
**I- SEMESTRE – 2015**

Servicios de apoyo y lugar de prescripción	Programación I Semestre (Plan Presupuesto)	Programación I Semestre (Avance Metas)	Diferencia
Exámenes por Consulta Externa	90,180	87,750	2,430
Exámenes por Urgencias	10,482	10,482	0
Exámenes Méd. Empresa (*)	5,202	5,211	-9
Exámenes por Egreso	73,662	75,111	-1,449
<b>Totales</b>	<b>179,526</b>	<b>178,554</b>	<b>972</b>

Fuente: Plan Presupuesto 2014-2015 y Evaluación de Metas (I semestre 2015)

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en el en el capítulo IV, numeral 4.4, *Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información, refiere:*

*“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 comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas (...).”*

Asimismo ese mismo cuerpo normativo en el numera 4.4.1 *Documentación y registro de la gestión institucional.*

*“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”.*



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

La diferencia localizada entre la información con las modificaciones solicitadas por la jefatura del Laboratorio Clínico y el documento de "Seguimiento y Evaluación mensual de la Producción" es producto de la omisión del registro de las modificaciones presentadas, según lo señalado en el oficio 118-03-15LC del 02 de marzo del 2015, emitido por la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, gestión que es responsabilidad de la Dirección General (nivel que otorga el aval de la modificación) de dicho centro y el Área de Estadísticas en Salud, para proceder a ejecutar las modificaciones pertinentes en el documento original del Plan-Presupuesto 2015.

Referente a la diferencia localizada entre el Plan-Presupuesto y la programación modificada, refiere la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, Directora:

*"(...) debido a que se realizaron ajustes posteriores a la fecha de presentación de la evaluación del Plan Presupuesto a nivel central y que éstos no fueron considerados, los porcentajes variaron. Por lo anterior estos ajustes a la producción del último trimestre son los siguientes."*

**CUADRO N° 2**  
**HOJA PARA EL REGISTRO DE MODIFICACIONES**  
**LABORATORIO CLÍNICO HOMACE**

Servicio	Meta vigente (Plan Presupuesto)	Meta modificada 2015
Consulta Externa	180.360	175.772
Hospitalización	147.324	151.931
Médico Empresa	10.404	10.555
Urgencias	5.241	No modificación

*Fuente: Oficio 118-03-15LC, 02 de marzo de 2015.*

Esa diferencia localizada entre dos documentos que definen el proceso de planificación de exámenes a realizar en el Laboratorio Clínico incide en los parámetros de productividad, en consideración de los resultados absolutos y porcentuales, lo cual podría eventualmente distorsionar el proceso de planificación y la ejecución respectiva.

### **2.3. Sobre la producción de análisis clínicos y cumplimiento de metas (I semestre 2015)**

Se logra determinar en la proporción de cantidad de exámenes realizados según servicio de prescripción: Consulta Externa, Consulta de Urgencias o por Egreso hospitalario, lo siguiente:

- El resultado del promedio de exámenes realizados a pacientes atendidos en la Consulta Externa es de 3.7, siendo el valor de referencia de 2.7 con una desviación estándar entre (2.1-3.4), lo cual significa que la producción de análisis clínicos está por encima de lo establecido aun considerando este rango de desviación.



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

- b. En el caso del Servicio de Urgencias el resultado obtenido es de 0.7 exámenes por consulta y el indicador es de 1.4, lo cual significa que el resultado está por debajo del indicador y del rango de la desviación (1.1-1.9).
- c. En la relación y resultado obtenido de cantidad de exámenes por egreso, que es de 14.3 exámenes por egreso hospitalario, se mantiene este resultado por encima del indicador (12.0), sin embargo se encuentra dentro del rango de la desviación establecido, (6.9-17.1).

El siguiente cuadro resume lo indicado anteriormente:

**CUADRO 3**  
**DEMANDA DE EXÁMENES SEGÚN SERVICIOS DE ATENCIÓN**  
**LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE LAS MUJERES, ADOLFO CARIT EVA**  
**I- SEMESTRE - 2015**

<i>Servicio de Atención</i>	<i>Consultas y/o Egresos</i>	<i>Total Análisis Clínicos</i>	<i>Resultado</i>	<i>Norma y/o Indicador</i>
Consulta Externa (*)	22,677	83,939	3.7	2.7
Urgencias (**)	14,414	10,172	0.7	1.4
Egresos (***)	5,447	77,696	14.3	12.0
<b>Total</b>	<b>42,538</b>	<b>171,807</b>		

(\*): Incluye Medicina, medicina especializada, ginecología, obstetricia, neonatología,

(\*\*): Se consideran No urgencias (Cuadro- 17)

(\*\*\*): Se registran defunciones (Cuadro71-72)

**Fuente: Resumen Informe Estadístico, Cuadros 11; 17; 71**

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en el en el capítulo IV, numeral 4.4, *Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información:*

*“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 comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas (...)”*

Asimismo, ese mismo cuerpo normativo en el numera 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*



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

*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”.*

Por otra parte el indicador que ha definido la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, Servicios de Laboratorios, refiere:

**CUADRO 4**  
**VALORES REFERENCIA DE LA INSTITUCIÓN 2012**  
**ÍNDICE EXÁMENES POR CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y EGRESO HOSPITALARIO**  
**SEGÚN TIPO LABORATORIO**

Laboratorio tipo 3 (*)	Examen/cons. Ext.	Examen/Urgencias	Examen/Egreso
	promedio	promedio	promedio
	2.7	1.4	12.0
Desviación estándar	2,1-3,4	1,1-1,9	6,9-17,1

(\*). Laboratorio Hospital Especializado.

**Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, Servicios de Laboratorios.**

Sobre los resultados obtenidos, se realizó consulta<sup>6</sup> a la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, Directora del Laboratorio Clínico, quien refiere lo siguiente:

2. *“Con respecto a los valores de referencia obtenidos en la Consulta Externa y Urgencias, indico que el servicio trabaja a demanda, dando apoyo a los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización (egresos). Además es importante recalcar que el hospital no solamente es especializado; sino que cuenta con subespecialidades, que lo hace ser más complejo.*
3. *Consulta Externa (3.7 exámenes por consulta, valor que se encuentra del rango aceptable hacia arriba), como se mencionó en el párrafo anterior las consultas de Ginecología corresponden a sub-especialidades como: Unidad de embarazo de alto riesgo (pacientes embarazadas de la consulta de Medicina Reproductiva, Consulta de Urodinamia; Gineco-endocrinológica, Unidad de mamas, además las pacientes de Ginecología que van a ser intervenidas se realizan todos los exámenes por la consulta externa. El servicio de Neonatología genera exámenes en la Consulta de seguimiento y en la consulta de ictericia. Todo lo anterior infiere en un mayor de determinaciones por consulta.*
4. *Urgencias: El valor obtenido de 0.7 exámenes / consulta de urgencias, está fuera de rango hacia abajo. El HOMACE es un hospital especializado en gineco-obstetricia. La paciente que frecuenta este servicio es generalmente joven embarazada, sana, que no necesitan de muchos estudios,*

<sup>6</sup> Oficio AUDIT-ASS-LC-002-2015, del 26 de Octubre del 2015.



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

*atendida por especialistas y no por médicos generales, por lo que los diagnósticos están mejor orientados. Además, este servicio cuenta con solo cuatro camas de observación, por lo que si las pacientes necesitan ser estudiadas pasan a salón (hospitalización).”*

En razón de la cantidad de exámenes de Laboratorio realmente realizados, se determina que las cifras originadas de manera absoluta y porcentual se encuentran dentro de los parámetros establecidos por la Institución según lo define la circular P.E. 23.467-12 del 31 de mayo del 2012.

De lo señalado anteriormente hay que exceptuar la programación de exámenes programados y realizados en la Consulta de Medicina de Empresa (consulta de empleados), por cuanto no se alcanzó la cantidad programada y se logró obtener un 79.45% de cumplimiento, siendo el parámetro institucional aceptable de un 80 %. El siguiente cuadro muestra lo señalado:

**CUADRO 5**  
**PROGRAMACIÓN, PRODUCCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE METAS**  
**LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE LAS MUJERES, ADOLFO CARIT EVA**  
**I- SEMESTRE - 2015**

Servicios de apoyo y lugar de prescripción	Programación I Semestre 2015	Exámenes realizados	Diferencia	% cumplimiento
Exámenes por Consulta Externa	87,750	79,799	<b>7,951</b>	90.94%
Exámenes por Urgencias	10,482	10,172	<b>310</b>	97.04%
Exámenes Méd. Empresa (*)	5,211	4,140	<b>1,071</b>	79.45%
Exámenes por Egreso	75,111	77,696	<b>-2,585</b>	103.44%
<b>Totales</b>	<b>178,554</b>	<b>171,807</b>	<b>6,747</b>	<b>96.22%</b>

(\*\*): Medicina Empresa-(consulta de empleados)

*Fuente: Evaluación de metas, Laboratorio Clínico. Cuadro 32 Boletín Estadístico*

#### 2.4. Inventario físico selectivo de equipo

El 2 de noviembre de 2015 se realizó prueba selectiva de inventario del equipo asignado al Laboratorio, el resultado de la prueba se adjunta el Anexo 1 del presente informe. Los resultados se consideran satisfactorios en lo que se refiere a la localización de los activos.

Entre los equipos seleccionados en la prueba fueron localizadas dos autoclaves que presentan de manera general la siguiente situación:

- a. Autoclave marca Matachama, placa 559630.** Activo que ingresa al inventario<sup>7</sup> el 01 de febrero del 2003 y desde esa fecha no se ha puesto en funcionamiento. Actualmente se encuentra

<sup>7</sup> Sistema Contable de Bienes Muebles



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

ubicada en un pasillo de una de las bodegas del Laboratorio; es un equipo proveniente del Proyecto Español. Se han realizado gestiones para su instalación y funcionamiento, sin embargo tal situación no ha sido posible, se detallan algunas de las mismas:

- *Oficio 42-11-09LC del 24 de noviembre emitido por la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, el cual solicita al Máster Adrián Fernández Carvajal, Director Administrativo Financiero del Hospital la realización de un estudio técnico para la instalación del activo N° 559630, autoclave Matachama, de lo contrario –señala la Dra. Cordero- es mejor reubicarlo.*
- *Oficio 091-02-10LC del 25 febrero del 2010, recordatorio de la Dra. Cordero Orozco a la Dirección Administrativa sobre el oficio señalado anteriormente. ( se emite un tercer oficio<sup>8</sup> a la Dirección Administrativa, solicitando el estudio técnico)*
- *Oficio del 20 de junio del 2012, emitido por la Dra. María Cecilia Cordero Orozco donde solicita a la Ing. Roxiri Rodríguez Morera, Jefe de Ingeniería y Mantenimiento del Hospital de las Mujeres, un estudio de las líneas eléctricas del servicio en virtud de haberse identificado un peligro en el servicio.*
- *Oficio 292-06-12LC del 21 de junio del 2012, emitido por la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, le solicita al Ing. Pedro Quintero Chacón, Coordinador Sub-Área Gestión Tecnológica de Equipo Médico iniciar la gestión para el funcionamiento del activo 559630, autoclave Matachama.*
- *Oficio 639-12-14LC del 04 de diciembre del 2014 de la Dra. María Cecilia Cordero Orozco, donde solicita al Arquitecto Pablo Umaña Araya, Jefe a.i de Ingeniería y Mantenimiento del Hospital las gestiones realizadas para la instalación de la autoclave.*
- *El oficio 350-07-15LC del 09 de julio del 2015, la Dra. Sonia Patricia Morales Meza, Directora a.i. del Laboratorio Clínico le solicita al Dr. Moisés Fallas Corrales, Director General a.i. del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva la donación del activo 59630, Autoclave Matachama al Hospital de San Carlos. Explica la Dra. Morales Meza las razones:*
  - *Existe un compromiso de dotar de una autoclave nueva al Laboratorio*
  - *La Autoclave Matachama, nunca ha sido utilizada en el Servicio por problemas de la cometida de la instalación eléctrica.*
  - *Las gestiones para poner en funcionamiento conlleva a: definir proyecto de instalación de la autoclave, falta tubería para el tiraje, inclusión de un contrato de mantenimiento (garantía está vencida), se deben cambiar filtros y válvula solenoide por deterioro en el almacenaje, no existe garantía de que la autoclave –una vez realizados los cambios y ajustes- funcione y que sea necesario reemplazar otros repuestos; el equipo tiene más de 13 años de fabricación y la tecnología es obsoleta.*

---

<sup>8</sup> Oficio 221-05-10 del 12 de mayo del 2010.



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

En resumen, según lo descrito la Dirección del Laboratorio Clínico señala estar de acuerdo con realizar la donación de la autoclave al Hospital de San Carlos

Sobre lo expuesto con el Activo Placa 559630, Autoclave Matachama, será considerado en los resultados del Informe de Auditoría que se realiza de manera específica sobre Control de Activos en el Hospital de las Mujeres.

- b. **Autoclave Vertical Marca Rexall , placa 312594. Ubicada en la Sección de Esterilización. Este equipo según lo señalado por la Dra. Sonia Patricia Morales Meza, se encuentra en mal estado y fuera de funcionamiento por cuanto los empaques están en mal estado. Además no se ha podido realizar su reparación por la falta de repuestos, es un equipo viejo y obsoleto. Se adjuntan documentos para proceder a dar de baja al mismo.**

## 2.5. Infraestructura del Servicio

El recorrido realizado por las instalaciones del Laboratorio Clínico y sus bodegas, así como la documentación referida por las autoridades del Ministerio de Salud relacionadas con el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento, (Oficios Anexo 2) determinan que las condiciones de infraestructura de este Servicio de Apoyo, no son las óptimas y no cumplen con las disposiciones solicitadas por el ente rector en salvaguarda del interés público tutelado por el estado en beneficio de la salud de los usuarios que acuden al centro médico y propiamente al Laboratorio Clínico.

Se logró observar que los espacios son sumamente reducidos para las labores que se desarrollan en las diferentes secciones y para la atención de las pacientes también se determina cierto grado hacinamiento por cuanto se tienen espacios con pasillos reducidos e incómodos para transitar, tanto para el personal que labora en el Servicio como para los pacientes a los que se les toman las muestras para los análisis.

En cuanto al almacenamiento de insumos, equipos y otros, el laboratorio dispone de 3 áreas para bodegas en distintos lugares del hospital, las mismas igualmente no reúnen las condiciones óptimas para el almacenamiento de insumos como reactivos, utensilios de laboratorio para pruebas y otro tipo de materiales como papelería; una de las bodegas tiene un espacio de aproximadamente un metro de ancho por 4 metros de largo con estantería metálica para almacenar reactivos, sin ningún tipo de ventilación.

En términos generales se considera que la situación sobre la orden sanitaria emanada por el Ministerio de Salud y el impedimento para conceder el respectivo permiso de funcionamiento tiene sustento por cuanto no se observan unas instalaciones adecuadas y óptimas para brindar un servicio de calidad a los usuarios de este servicio.





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

Sobre el tema de la problemática de la infraestructura en el Hospital de las Mujeres, se han emitido oficios a nivel de la Administración Activa y las respectivas Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, (ver Anexo 2) sin embargo no se ha definido en concreto la incorporación del proyecto de remodelación o reestructuración en el Portafolio de Inversión en Infraestructura y tecnologías 2015-2016, según revisión del documento consultado, donde se observa<sup>9</sup> que dicho centro se encuentra entre las iniciativas de proyecto (segunda etapa) con un costo sin estimar.

Cabe señalar que la Auditoría sobre este particular ya había emitido sus respectivas consideraciones y recomendaciones en el Informe ASS-193-2010, sobre la “Gestión Gerencial del Director del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva”.

Entre la normativa vigente sobre las condiciones de infraestructura, se tiene:

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en el Capítulo IV: Normas sobre Actividades de Control, lo siguiente:

*“...**Protección y conservación del patrimonio.** 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. Lo anterior tomando en cuenta fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales pueden verse expuestos, así como los requisitos indicados en la norma 4.2”.*

El Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 61 indica:

*“La institución adoptará las precauciones necesarias para proteger eficazmente la vida, la salud y la moralidad de sus trabajadores.”*

Es evidente que las condiciones generales en la infraestructura de este centro médico en algunas de las áreas observadas, tal es el caso del Laboratorio Clínico no son óptimas y adecuadas para brindar una atención de calidad a las (os) demandantes de los servicios de salud, situación que podría eventualmente conllevar a riesgos derivado de situaciones que contravienen las disposiciones a nivel de seguridad y protección de la salud, más aún tratándose de un asunto de derecho a la salud e interés público el cual está tutelado por el estado.

---

<sup>9</sup> Portafolio Institucional de proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2015-2019, página 60.



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

### 3. SERVICIO DE RADIOLOGÍA

#### 3.1. Organización y funcionamiento del Servicio

Se determinó que el Servicio dispone de un Manual Administrativo. El documento fue elaborado en el 2011 e indica que se pretende facilitar el desarrollo de la gestión, al reforzar el accionar de las actividades administrativas y servir de guía y consulta para el personal; incluye apartados como misión, visión, objetivos, recurso humano, normas varias del Servicio, estructura y horario de atención, servicios que se atienden, exámenes que se realizan.

No obstante, estos aspectos no se ajustan a la realidad del Servicio ni se detallan las funciones y actividades específicas que deben realizarse según el perfil del puesto y el horario de trabajo (técnico de rayos X y de mamografía I turno, técnicos del segundo turno, técnico del tercer turno, secretaria, oficinista, médicos especialistas).

Asimismo, existe un Manual de Procedimientos, elaborado por la Bach. Mei San Lam Kok, responsable de Protección Radiológica; el documento se encuentra aprobado por el Director General, el Coordinador de Gestión Clínica, el Jefe de Servicio y el responsable de Protección Radiológica; no hace referencia a su fecha de elaboración, pero según informó ante consulta verbal la Dra. Castañedas López, fue elaborado en el 2010 y se encuentra en proceso de actualización.

Es un documento que describe de forma sencilla los procedimientos, con indicaciones aplicadas de acuerdo con el rendimiento y características de cada equipo y con medidas de radio protección. Incluye el objetivo general y objetivos específicos, así como los siguientes capítulos:

- Esquema de Organización de Servicio y Procedimiento de Operación.
- Procedimiento de Mantenimiento.
- Procedimientos de Protección Radiológica.

El Servicio de Radiología dispone de 2,5 médicos especialistas, 5 técnicos y dos funcionarios administrativos, además del apoyo de una enfermera. Desde setiembre del 2014, la coordinación del mismo se encuentra a cargo de la Dra. Darlyn Castañedas López, médico general que ocupa una plaza con perfil de médico evaluador 2. En el periodo de febrero a agosto 2014<sup>10</sup>, ésta fue asumida por el Dr. Juan Carlos Sánchez González, médico especialista en radiología, sin embargo, hizo entrega del informe final de labores, en razón de la falta de personal médico y a las muchas áreas que se deben cubrir, dado el crecimiento del servicio.

---

<sup>10</sup> Oficio RX-US-MMG-00287-09-14, del 3 de setiembre del 2014.



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

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. (...)*”

La ausencia de un manual de organización y funcionamiento actualizado y que incluya las funciones específicas según el perfil del puesto y el horario de trabajo podría estarse presentando por la problemática descrita respecto a la coordinación del Servicio, que implica la necesidad de un seguimiento y supervisión constantes, así como un mayor involucramiento en las actividades del mismo.

El Manual de Organización y Funcionamiento permite a una unidad documentar las funciones específicas que se realizan, así como objetivos, misión, visión, entre otros, además de establecer con claridad las líneas jerárquicas y de coordinación de los funcionarios. En virtud de lo anterior, este documento debe ser actualizado periódicamente, a fin de que la información incorporada en este documento se ajuste a la realidad del Servicio y pueda disponerse de un respaldo administrativo y legal en el funcionamiento del mismo.

### **3.2. Sobre los controles de producción, horarios y funciones del personal del Servicio**

#### **3.2.1. Ausencia de registro de producción por funcionario**

Se determinó la ausencia de un registro de producción por técnico en el Servicio de Radiología; en el caso del personal médico, se mantiene un libro de actas con los registros diarios de producción por cada médico (fecha, número de identificación, nombre del paciente y abreviatura del procedimiento), sin embargo, estos datos no son analizados periódicamente, lo que implica que no puede ser utilizado como un insumo para conocer la producción por funcionario y por ende favorecer el proceso de toma de decisiones.



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

### 3.2.2. Sobre los parámetros de producción en el Servicio de Radiología

Los médicos del Servicio de Radiología han establecido<sup>11</sup> parámetros para regular la producción de esa unidad, a saber, realización de cuatro ultrasonidos y cuatro mamografías por hora (los ultrasonidos doppler tardan 30 minutos), los cuales es importante analizar y valorar por las autoridades para determinar el mejor aprovechamiento de los recursos.

En relación con los reportes de estudios realizados, diariamente se asignan 90 minutos para la transcripción de los ultrasonidos; además, el parámetro por hora es de 10 lecturas de rayos X convencional, 4 mamografías y 2 tomografías (TAC). En el libro de actas donde se registra la producción de los médicos, cada renglón equivale a 15 minutos, de manera que los especialistas anotan la cantidad de procedimientos que se ajusten a la jornada ordinaria, por ejemplo, un ultrasonido se anota en una línea y el reporte de un TAC abarca dos.

En el caso de la realización de estudios especiales (biopsias, marcajes, pielogramas, histerosalpingografías), no existen parámetros que definan la cantidad en un determinado periodo.

Esta situación obedece a que la institución carece de parámetros que permitan regular la producción tanto de los médicos como de los técnicos en los servicios de radiología.

### 3.2.3. Sobre los roles de trabajo y funciones de los médicos del Servicio de Radiología

El personal médico del Servicio de Radiología carece de roles de trabajo mensuales, en los cuales se definan las funciones a realizar por cada uno durante los días a laborar. En los documentos aportados a esta Auditoría se entregaron los roles de enero a setiembre 2015, sin embargo, únicamente los meses de enero, febrero y marzo tienen asignación de funciones y de abril a setiembre el rol consiste en un cuadro donde se distribuye la función de pacientes de hospital. Además, las funciones no están definidas documentalmente.

Se evidenció el oficio RX-US-MMG-000034-01-2015, del 30 de enero del 2015, mediante el cual los médicos radiólogos informaron a la Dra. Darlyn Castañedas López, Coordinadora a.i. del Servicio, sobre el esquema de trabajo del Servicio (Ver Anexo 3), sin embargo, no se hace referencia a los responsables de cada función, sino que se indica que el horario y procedimientos serán asignados de forma rotativa semanalmente entre los médicos del Servicio.

---

<sup>11</sup> Oficio RX-US-MMG-000034-01-15, del 30 de enero del 2015, suscrito por los médicos radiólogos Juan Carlos Sánchez González, Melania Mirambell Sánchez y María Julia Argüello Hidalgo.



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

### **3.2.4. Sobre los roles de trabajo y funciones de los técnicos del Servicio de Radiología**

El Servicio de Radiología dispone de 5 técnicos distribuidos dos en el primer turno (6:00 am a 2:00 pm), dos en el segundo turno (2:00 a 10:00 pm) y uno en el tercer turno (10:00 pm a 6:00 am). Se determinó que las funciones no están definidas documentalmente y tampoco existe claridad en las mismas por parte de la Dra. Darlyn Castañedas López, Coordinadora a.i. del Servicio.

En el primer turno, uno de los técnicos realiza mamografías desde las 7:00 de mañana hasta las 2:00 de la tarde y el otro está asignado a la realización de radiografías convencionales de consulta externa, hospitalización y emergencias, así como estudios especiales a pacientes programados. Se evidenció que la producción de rayos X mensual en promedio<sup>12</sup> es de 630 estudios; si se consideran 30 días en un mes, la producción promedio diaria es de 21 estudios. Además, se analizaron los meses de mayo y junio 2015 y se determinó que la producción de consulta externa promedio es de 0,8 placas por hora y de 6,5 placas diarias.

En el segundo turno, uno de los técnicos realiza mamografías del programa vespertino, de 2:00 a 6:00 pm; no obstante, este programa dio inicio en julio 2015 y se evidencia en los roles de trabajo que hay dos técnicos asignados desde agosto 2015. Además, después de las 6:00 pm no se han definido las funciones a realizar.

La Sra. Glendy Campos Castillo, Coordinadora de Técnicos, manifestó que las funciones incluyen el acomodo de documentación (búsqueda de mamografías previas de los pacientes citados al día siguiente, búsqueda de consultas médicas previas en el caso de pacientes citados para rayos X al día siguiente, archivo de mamografías y rayos X del día). Además, limpieza de chasis del equipo de mamografía.

El otro técnico del segundo turno atiende las placas programadas de consulta externa de 2:00 a 4:00 pm (en mayo se programaron únicamente 5 placas y 6 en junio), más los rayos X de hospitalización y urgencias.

### **3.2.5. Sobre la realización de tiempo extraordinario por los técnicos del Servicio**

Se determinó que en el periodo de enero a setiembre del 2015, los técnicos del Servicio realizaron 2.889 horas de tiempo extraordinario, por un monto aproximado de 24,6 millones de colones, de las cuales el 69% corresponde a fines de semana y feriados y el restante 31% (897 horas; 7,6 millones de colones) para la realización de funciones en el Servicio, que incluyen lavado de reveladora, apoyo con gamma sonda en sala de operaciones, apoyo al personal médico para realización de biopsia por estereotaxia, apoyo en el programa UTLE y cubrir permisos con goce de salario.

---

<sup>12</sup> Promedio obtenido de la producción mensual de los meses de julio, agosto y setiembre del 2015.



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

En relación con el lavado de las dos reveladoras del Servicio, se cancelan 4 horas de tiempo extraordinario para realizar el procedimiento; en el periodo de mayo, junio y julio se efectuaron 108 horas (aproximadamente 1 millón de colones), para un promedio mensual de 36 horas (8 en mayo, 10 en junio y 9 en julio).

Según informó la Dra. Castañedas López, cada reveladora debe lavarse una vez a la semana y el procedimiento tarda 4 horas. Sin embargo, se evidenció la compra directa 2012CD-000078-2105, mantenimiento preventivo y correctivo a 17 equipos del Hospital, incluye la reveladora marca Kodak, modelo X-OMAT 2000, placa 738040. Se define un mantenimiento diario de duración 1 hora (limpieza general del equipo y comprobación de funcionamiento), un mantenimiento semanal de duración 2 horas (lavar sistemas de rodillos, tanques de los líquidos, utilizar "system cleaner" en rodillos y cambiar los filtros si aplica, secar derrames) y un procedimiento de mantenimiento mensual (medición de parámetros funcionales, limpieza y lubricación) de duración 3 horas.

La compra directa 2012CD-000076-2105, compra del servicio continuo cada 3 meses de mantenimiento preventivo y correctivo a reveladora placa 853616 marca Protec modelo Compact 2 establece en las rutinas de mantenimiento (anexo 5) que se debe realizar una limpieza diaria de duración una hora, un lavado semanal de duración 2 horas y una trimestral de duración 3 horas.

Si se considera que no existen funciones claras para uno de los técnicos del segundo turno después de las 6:00 pm, este procedimiento podría ser efectuado como parte de sus funciones ordinarias.

### **3.2.6. Sobre la programación de citas de ultrasonidos y estudios especiales**

En el análisis de las citas programadas de mayo y junio 2015 se constató que no se citan pacientes todos los días a las 12:00, los lunes en la tarde y los martes y viernes a las 7:00 de la mañana. Además, en las tardes no se citan 4 pacientes por hora, sino 3 pacientes a la 1:00 y 2:00 pm y 2 pacientes a las 3:00 pm. También existen horas durante los meses analizados que se cita 1 ó 2 pacientes únicamente.

Se determinó además que la programación de los estudios especiales se efectúa en una agenda manual, por lo que no es posible verificar su cumplimiento, así como hora de realización del procedimiento y duración del mismo, entre otros.

Al respecto, se consultó a la Dra. Castañedas López, Coordinadora a.i. del Servicio, quien indicó que según han informado los especialistas, los lunes de 10 a 12 hay sesión de mama y todos los especialistas asisten a la misma; los viernes de 7 a 8 am hay sesión del Hospital; además, los miércoles por la tarde, el Dr. Sánchez asiste a una reunión relacionada con compras. Se desconoce la justificación de los demás horarios.



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

### 3.2.7. Sobre el cumplimiento del horario por los médicos especialistas

El Servicio de Radiología dispone de 3 médicos especialistas, dos con jornada de 44 horas semanales y uno con jornada de 22 horas semanales, a saber, Dr. Juan Carlos Sánchez González, horario de lunes a jueves de 6:00 am a 3:00 pm, viernes de 6:00 am a 2:00 pm; Dra. Melania Mirambell Sánchez, horario de lunes a jueves de 7:00 am a 4:00 pm, viernes de 7:00 am a 3:00 pm; Dra. María Julia Argüello Hidalgo, horario de lunes a jueves de 11:00 am a 3:30 pm, viernes de 11:00 am a 3:00 pm.

En pruebas de cumplimiento efectuadas se determinó lo siguiente:

- 27 de octubre: la Dra. Melania Mirambell Sánchez no se encontraba presente a la hora de inicio de labores.
- 12 de noviembre: la Dra. Mirambell Sánchez no se encontraba presente a las 7:30 am, ingresó a laborar a las 7:43 a.m. No obstante, había pacientes citados para ultrasonido desde las 7:00 am.
- 17 de noviembre: no se encontraron presentes los médicos González Sánchez y Mirambell Sánchez a las 2:57 pm.

Sobre los incumplimientos de horario de la Dra. Mirambell Sánchez, el Dr. Juan Carlos Sánchez González, médico especialista, informó que ella dispone de un permiso discrecional permanente para entrar tarde y retirarse más temprano, otorgado por el Dr. Moisés Fallas Corrales, anterior Director General y actual Subdirector, debido a una situación personal con la salud del esposo.

Se revisó el expediente personal, sin que fuera posible encontrar un documento escrito que respalde lo externado por el Dr. Sánchez González; únicamente se encontró un permiso sin goce de salario por 3 meses cuando ingresó al hospital, en noviembre 2012 por el motivo citado y otro en marzo del 2014, con motivo de realizar un viaje familiar.

Se consultó además al Dr. Moisés Fallas Corrales, quien informó que en ese momento, en noviembre 2012, se otorgó a la Dra. Mirambell un permiso verbal debido a la situación de enfermedad de su esposo, sin embargo, considera que ha transcurrido ya mucho tiempo y que es criterio de la actual jefatura conceder o no de nuevo este permiso. En ese momento, debido a los problemas de recurso humano, se decidió autorizar el permiso, aún más considerando que la otra opción de la Dra. Mirambell era poner la renuncia.

La Dra. Castañeda López, Coordinadora del Servicio, manifestó en entrevista escrita que el permiso estaba otorgado cuando asumió la coordinación y que la Dra. Mirambell ha externado que si este permiso se suspende, es probable que deba renunciar porque le resulta imposible ingresar a laborar a las 7 de la mañana.



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

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:

*“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.”*

Las debilidades señaladas evidencian un débil sistema de control interno en el Servicio de Radiología, ocasionado por falta de involucramiento, seguimiento y supervisión a los procesos y actividades que se desarrollan en esa unidad y reflejan la necesidad urgente de tomar medidas para fortalecer y mejorar su funcionamiento.





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

La ausencia de controles sobre la producción de los funcionarios implica un riesgo en cuanto a la garantía de eficiencia y eficacia en las operaciones, en virtud que se ve limitada 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.

La definición de parámetros a nivel institucional sobre la producción de los servicios de radiología permite regular y controlar el funcionamiento de estas unidades, lo que a su vez implica un fortalecimiento de la gestión y mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofrecen a los usuarios.

La situación evidenciada en este informe, respecto a la ausencia de roles de trabajo para los médicos y definición clara y documentada de las funciones realizadas por el personal, representan un riesgo para la adecuada gestión del servicio y por ende implicaciones negativas para los usuarios, máxime si se considera que los procedimientos de diagnóstico de radiología son fundamentales para la prevención y tratamiento de patologías como cáncer, infertilidad, entre otras que se presentan con frecuencia en un hospital como el evaluado.

Por otra parte, según se describió en los puntos anteriores, no fue posible conocer la justificación para no programar citas de ultrasonidos en ciertos horarios durante la semana, lo que aunado a la ausencia de parámetros institucionales objetivos y realistas para controlar la producción, así como el hecho de que el personal técnico no tiene claramente definidas las funciones, específicamente en el segundo turno, podrían estar evidenciando una subutilización de los recursos disponibles; esto implica que hay pacientes que están dejando de ser atendidos por estos motivos e incrementa por ende las listas de espera del Servicio.

Además, el incumplimiento de horarios por parte de los médicos especialistas podría evidenciar que estos parámetros no se ajustan a la realidad, en virtud, que aunque no se está cumpliendo la jornada de trabajo, sí es posible atender la totalidad de las pacientes citadas.

Adicionalmente, lo evidenciado respecto a la realización de tiempo extraordinario para el lavado de las reveladoras refleja la necesidad nuevamente de fortalecer los procesos de supervisión y control sobre este servicio, además de que podría estarse dando un uso inadecuado de los recursos disponibles.



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

### 3.3. Gestión de listas de espera

La lista de espera del Servicio de Radiología, al 16 de octubre 2015, es la siguiente:

**CUADRO 6**  
**LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS RADIOLOGÍA**  
**HOSPITAL DE LAS MUJERES, 16 OCTUBRE 2015**

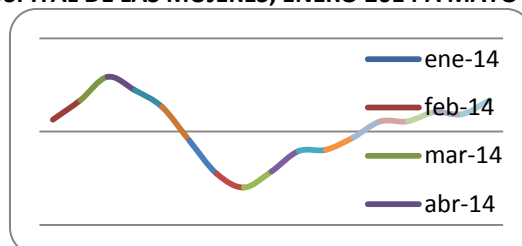
Tipo de procedimiento	Cantidad de citas pendientes	Fecha de última cita	Plazo máximo de espera en días	Plazo mínimo de espera en días	Plazo promedio de espera en días
Mamografía	4.247	02/11/2016	533	1	189
Ultrasonido	3.501	11/08/2016	386	1	245
Rayos X	105	18/02/2016	408	1	57

*Fuente: Lista de Espera de procedimientos, Coordinación Servicio de Radiología.*

Según se observa, al 16 de octubre del 2015 están pendientes 3.501 ultrasonidos, con un plazo máximo de espera de 386 días y el promedio de espera para este procedimiento es de 245 días.

En el caso de las mamografías, están pendientes un total de 4.247 procedimientos, a un plazo de 533 días; en promedio deben esperarse 189 días. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la lista de espera de enero del 2014 a mayo del 2015:

**GRÁFICO 1**  
**LISTA DE ESPERA MAMOGRAFÍAS**  
**HOSPITAL DE LAS MUJERES, ENERO 2014 A MAYO 2015**



*Fuente: Cuadro 21, Área Registros y Estadísticas de Salud.*

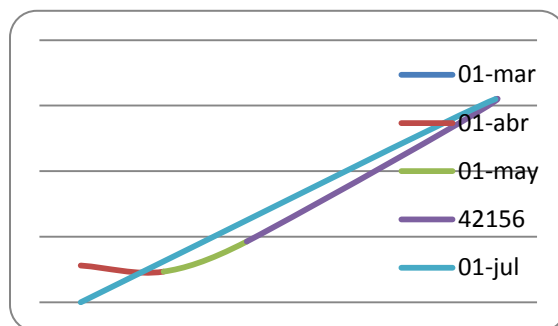
En el gráfico se observa que se presentó una disminución entre los meses de marzo a agosto 2014, en el cual la lista de citas pendientes llegó a ser de 803, posteriormente se dio un crecimiento permanente hasta mayo del 2015. En febrero del 2015, el grupo itinerante de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) realizó 1.070 mamografías, sin embargo, según se observa, no tuvo un impacto en disminuir la lista de espera.



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

Aunado a lo anterior, al 16 de octubre del 2015 se encontraban 3.604 mamografías pendientes de reportar por los médicos radiólogos. Según oficios analizados, en el periodo de abril a agosto del 2015 la lista de mamografías realizadas en la jornada habitual pendientes de lectura incrementó significativamente; debe considerarse que a partir de julio se implementó el programa de consulta vespertina de mamografía, lo que implica un aumento promedio de 18 mamografías por día en la producción del Servicio (360 mamografías por mes)<sup>13</sup>. El siguiente gráfico muestra lo descrito:

**GRÁFICO 2**  
**LISTA DE ESPERA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS**  
**HOSPITAL DE LAS MUJERES, MARZO A AGOSTO 2015**



Fuente: Oficios DG 651.03.15 DG 911-04-15, DG 1209.05.15 y DG 2194.08.15

Llama la atención de esta Auditoría que en el oficio DG 911-04-15, del 15 de abril del 2015, el Dr. José Miguel Villalobos Brenes, Director General del Hospital, solicitó a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, que se tomara en cuenta a ese centro de salud para el pago por lectura de mamografía interpretada, reportada, impresa y firmada, tanto para las mamografías de la UTLE como las de la jornada habitual del Servicio, considerando que dicha propuesta fue consultada a los radiólogos y estaban dispuestos a asumir la lectura de las mamografías pendientes.

Precisamente es después de esa fecha que el comportamiento de la lista de espera de lectura de estos procedimientos incrementó significativamente, siendo que anteriormente a esto el Servicio lograba satisfacer la demanda de la consulta habitual con el recurso disponible; incluso se verificó que se autorizó tiempo extraordinario a los especialistas en los meses de mayo a octubre del 2014 para estos reportes.

<sup>13</sup> Oficio DG 911-04-15, del 15 de abril del 2015.



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

Se determinó que el grupo gestor de listas de espera del Hospital realiza funciones exclusivamente de manejo de información estadística, siendo que es competencia de cada jefatura involucrada realizar las acciones pertinentes a fin de desarrollar los planes de mejora en el proceso de lista de espera.

Como parte de las estrategias que se han tratado de implementar por la Dirección General del Hospital y la Coordinación del Servicio para atender la lista de espera<sup>14</sup>, se instruyó a los médicos radiólogos del Hospital lo siguiente:

- El Dr. Juan Carlos González Sánchez, quien tiene horario de 6:00 am a 3:00 pm, realizará en el horario de 6 a 7 lecturas de mamografías de UTLE.
- Sólo asistirá un médico a la sesión de Ca de mama, turnándose y realizando sesiones cortar para comunicar al resto del equipo los casos que ameriten.
- Todo espacio disponible por ausencia de pacientes a las citas programadas será utilizado para lectura de mamografía.

No obstante lo anterior, la Dra. Castañeda López informó que estas instrucciones no fueron acatadas por los especialistas del Servicio.

El 24 de setiembre del 2015, en el artículo 13° de la sesión N° 8802, la Junta Directiva aprobó un segundo proyecto presentado por la Gerencia Médica para la atención de lectura de 26.000 mamografías en los centros de la CCSS que reportan mayor plazo de espera y número de citas pendientes, hasta por un periodo de seis meses; se estarían cancelando un total de ₡4.500 al radiólogo por cada mamografía reportada (reporte impreso y firmado).

Un primer proyecto, ejecutado en el 2014, establecía que no se podía hacer uso de recurso humano institucional ni de materiales para el reporte. El pago incluía la interpretación, impresión y entrega de los estudios leídos y reportados durante el tiempo fuera de la jornada ordinaria.

El informe de este primer proyecto refiere que en el caso del Hospital de las Mujeres se realizó lo siguiente:

**CUADRO 7**  
**PROYECTO LECTURA MAMOGRAFÍAS JUNTA DIRECTIVA**  
**HOSPITAL DE LAS MUJERES, 2014**

Funcionario	Total de reportes	Costo unitario	Total a pagar
Sánchez González Juan Carlos	1.809	₡3800	₡6.874.200,00
Arguello Hidalgo Julia	1.807	₡3800	₡6.866.600,00
Mirambell Sánchez Melania	2.239	₡3800	₡8.508.200,00

*Fuente: Proyecto para la atención de lectura de mamografías, 2014.*

<sup>14</sup> Oficio DG 2580.10.15, del 5 de octubre del 2015.



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

En relación con las lecturas de mamografías pendientes a octubre del 2015, se evidenció que el 22 de octubre fueron entregadas un total de 961, de la siguiente manera:

- Dra. María Julia Argüello: 319 mamografías.
- Dra. Melania Mirambell: 321 mamografías.
- Dr. Juan Carlos Sánchez: 321 mamografías.

Las 961 mamografías fueron devueltas el 2 de noviembre, es decir, fueron leídas en 11 días naturales (7 días hábiles). Lo anterior implica que, si se considera que se utilizaron 4 horas diarias durante los 11 días hábiles, las 320 mamografías en promedio de cada médico fueron leídas en 44 horas, es decir, a un promedio de 7,3 mamografías por hora, un dato que prácticamente duplica el parámetro establecido por los radiólogos del Servicio.

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.”*

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.”*

La situación descrita, respecto a la creciente lista de espera de mamografías y ultrasonidos, así como de lectura de mamografías podría estarse presentando en parte por una falta de optimización de los recursos disponibles, dado que según se ha comentado, existen debilidades de control y supervisión que no permiten garantizar de manera razonable el mejor aprovechamiento. Además, la ausencia de parámetros institucionales que regulen la producción de ultrasonidos y lectura de mamografías también podría influir en la lista de espera actual del Servicio.



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

Otra justificación del incremento en la lista de espera mencionada podría ser una insuficiente capacidad instalada por parte del Servicio, tanto en cuanto al recurso humano como al equipamiento disponible.

En relación con el recurso humano, se evidenció que el hospital dispone de dos plazas de Médico Asistente Especialista en Radiología, una con jornada diurna de 44 horas y otra de 22 horas, así como una de Médico Jefe 2, con jornada diurna de 44 horas, todas vacantes y sin nombramiento.

Según informó el Lic. Mario Lobo Alpízar, Jefe Recursos Humanos<sup>15</sup>, las gestiones realizadas por el Hospital no han logrado ocupar las plazas vacantes, ya que en la actualidad hay inopia de especialistas; se han publicado las plazas pero no hay oferentes interesados; se ha tramitado ante la Gerencia Médica la justificación para que se asignen médicos especialistas una vez finalizada la residencia. También informó que se ha publicado para la realización de tiempo extraordinario, sin embargo, tampoco ha habido respuesta.

Los procedimientos radiológicos de mamografía y ultrasonido constituyen herramientas indispensables para la prevención y diagnóstico de patologías como el cáncer, lo que implica que su realización y lectura por parte de los especialistas de manera oportuna representa un insumo prioritario no solo para el hospital sino también para la Institución.

La creciente lista de espera de ambos procedimientos constituye un riesgo para la oportuna y eficiente prestación de servicios y por ende para la salud e incluso la vida de las pacientes. De igual manera, la lectura oportuna de los resultados de las mamografías conviene realizarla en un tiempo razonable después de practicado el procedimiento, en virtud que existe el riesgo de casos de pacientes con alguna patología que requiera su atención lo antes posible.

No obstante, en el estudio se evidenció que no existe una garantía razonable del aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles, lo que implica que podrían estarse atendiendo más pacientes de ultrasonido y realizando una mayor cantidad de lecturas de mamografía durante la jornada ordinaria, considerando los incumplimientos de horario evidenciados, así como lo descrito respecto a los parámetros definidos localmente para lectura de mamografía y realización de ultrasonidos.

Considera esta Auditoría que deben analizarse las estrategias e implementar los controles y supervisión correspondientes a fin de hacer uso eficiente y adecuado de los recursos y fortalecer la gestión de la lista de espera por parte del Servicio de Radiología y las autoridades del Hospital, mejorando la productividad, el grado de satisfacción de los usuarios y de eficiencia en el Hospital y reduciendo los tiempos de espera, que constituyen uno de los mayores problemas de resolutiveza que enfrenta la institución.

---

<sup>15</sup> Oficio OGRH-0998-11-2015, del 6 de noviembre del 2015.



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

### 3.4. Condiciones de infraestructura y equipamiento

Se determinó que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas dispone en términos generales de condiciones adecuadas para la atención de los usuarios y los equipos se encuentran funcionando correctamente, a excepción del equipo de estereotaxia que se encuentra dañado y en proceso de compra de los repuestos correspondientes. La sala de espera tiene espacio insuficiente, en virtud que se comparte con otros servicios del Hospital, como Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y consultorios médicos.

Además, se localizó en el servicio un microondas y una máquina de hacer café y se observó que los funcionarios consumen alimentos en una mesa ubicada en la zona de archivo de placas.

Los certificados de buen funcionamiento están vigentes para los equipos de mamografía, equipo de rayos X convencional con fluoroscopia y dos equipos de rayos X portátil; sin embargo, uno de éstos certificados se encuentra vencido.

En relación con la vida útil del equipo médico, se determinó que de 22 equipos revisados, el 30% (7 equipos) tienen la vida útil vencida; el siguiente cuadro muestra el detalle:

**CUADRO 8**  
**VIDA ÚTIL EQUIPO SERVICIO RADIOLOGÍA**  
**HOSPITAL DE LAS MUJERES, OCTUBRE 2015**

Placa	Descripción del equipo	Vigencia	Ubicación y estado
287299	Equipo Rayos X	-13,5	En bodega fuera del Servicio. No se usa.
346087	Negatoscopio de 2 pantallas	-8,0	En el Servicio. No funciona bien.
409994	Máquina para procesar placas	-7,5	En el Servicio. No se usa.
499085	Negatoscopio un cuerpo	-4,1	En bodega fuera del Servicio. No se usa.
559662	Reveladora de placas automática	-6,0	En el Servicio. No se usa.
738040	Procesadora de películas fotográficas	-1,8	En el Servicio, en uso.
596105	Negatoscopio de 2 pantallas	-1,8	En el Servicio. No funciona bien.

*Fuente: Informe de activos, Sistema Contable de Bienes Muebles.*

Según se observa, los siete equipos encontrados con la vida útil vencida se encuentran fuera de uso, cinco de ellos ubicados en la unidad y dos en una bodega fuera del servicio.



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

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:*

- 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 (...)*”

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: (...)*





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

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

La Gerencia Médica emitió la Circular GM-19668-B-1, de fecha 6 de mayo del 2013, la cual indica:

*“4. Con respecto a la utilización de microondas particulares, propiedad de los funcionarios dentro de la Institución para el calentamiento de sus alimentos, deviene improcedente toda vez que es una obligación de la propia Institución habilitar áreas y equipos para el consumo de alimentos de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Normativa de Relaciones Laborales de Octubre 2010”.*

La existencia de equipo médico con la vida útil agotada y fuera de uso en el inventario del Servicio de Radiología, así como artefactos eléctricos para uso personal, se presenta ante la necesidad de fortalecer el proceso de supervisión y el sistema de control interno por parte de las autoridades del Hospital, considerando que no se ha gestionado oportunamente para mantener un inventario de activos actualizado, en coordinación con el Servicio de Mantenimiento del centro de salud.

La gestión tecnológica médica hospitalaria incluye un conjunto de actividades dentro de las que destacan los controles de obsolescencia del equipo médico que permitan establecer oportunamente planes de inversión. Lo descrito en este hallazgo implica un incumplimiento de la normativa aplicable y podría representar una limitante para garantizar la protección y conservación del patrimonio público contra una eventual pérdida o uso indebido de los activos.

Por otra parte, la existencia de microondas y máquina de hacer café en el Servicio representa un incumplimiento a las normas y disposiciones institucionales, que contribuye no sólo a un incremento del gasto hospitalario por concepto de servicios eléctricos, sino también constituye un riesgo para el Hospital.

## **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.

El Servicio de Farmacia presenta en términos generales condiciones adecuadas para su funcionamiento, a excepción del Almacén Local de Medicamentos, cuya ubicación, diseño y dimensiones no cumplen con los requerimientos establecidos en la normativa ni permiten garantizar el almacenamiento de los medicamentos de manera segura y confiable, en virtud que el espacio es insuficiente, se ubica contiguo a instalaciones del INCOFER, el ingreso y salida no es de fácil acceso ni está protegido de cambios



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

climáticos, carece de pila, lavamanos y ducha, lo que ha ocasionado incluso la emisión de una orden sanitaria por el Ministerio de Salud en mayo del presente año.

Así también se determinaron oportunidades de mejora en el sistema de control interno, en lo referente al inventario de psicotrópicos y estupefacientes y se encuentran pendientes tres investigaciones en curso por denuncias de robos y pérdidas de medicamentos y objetos personales, lo que requiere de una atención oportuna por parte de las autoridades del Hospital, a fin de minimizar el riesgo de una afectación al patrimonio institucional.

La evaluación llevada a cabo en el Laboratorio Clínico determina que en los aspectos de organización y definición de procedimientos se mantiene y se aplica un documento que da ordenamiento a los procesos administrativos y técnicos del servicio, lo cual fortalece el control interno en la actividad sustantiva del Servicio.

Referido a la evaluación que expresa la programación de previo establecida (proceso de planificación) y su comparación con los resultados obtenidos de la evaluación de las metas del I semestre del 2015, se determina diferencias en los datos registrados, específicamente en la programación de exámenes por Consulta Externa, exámenes por egreso, exámenes por medicina de empresa; tal situación obedece a la omisión de las modificaciones solicitadas por la jefatura del Servicio de Laboratorio Clínico a la programación original definida en el Plan-Presupuesto 2015.

Por otra parte, relacionado con los resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento de la programación modificada del I semestre 2015, se determinaron porcentajes de cumplimiento aceptables que se encuentran dentro de los rangos institucionales<sup>16</sup>, a excepción de la cantidad de exámenes programados y realizados en la consulta de Medicina de Empresa (consulta de empleados), por cuanto no se alcanzó la cantidad programada y se logró obtener un 79.45% de cumplimiento, siendo el parámetro institucional aceptable de un 80 %.

En cuanto a los resultados obtenidos y relacionados con la cantidad de pruebas que deben efectuarse según el Servicio de prescripción<sup>17</sup> se definió que en los casos de número de exámenes por Consulta externa y por el Servicio de Urgencias, los resultados están fuera del promedio señalado y no se encuentran dentro del rango de la desviación estándar. En el caso del promedio de exámenes por egreso, el resultado obtenido es satisfactorio, no obstante que el mismo está por encima del indicador.

Durante el proceso de evaluación llevado a cabo se determina que el Ministerio de Salud emitió una orden sanitaria por las condiciones de la infraestructura del Laboratorio Clínico y otras áreas de este centro médico, situación que es confirmada al observar durante el recorrido por las instalaciones, la existencia de espacios reducidos e incómodos que conllevan al hacinamiento y malestar tanto para el personal que labora en el Servicio como a los pacientes que acuden al mismo; esta situación podría

<sup>16</sup> Circular P.E.23.467 del 31 de mayo del 2012, Presidencia Ejecutiva

<sup>17</sup> Indicador del 2012 del Área de Regulación y sistematización de Laboratorios Clínicos, Dirección de Servicios de Salud



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

eventualmente poner en riesgo la seguridad y la salud de los usuarios internos y externos de este servicio.

No obstante lo anterior, se realizó consulta el “Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2015-2019”, no se observa la inclusión dentro del mismo ningún proyecto concreto encauzado a solucionar la problemática de infraestructura de este centro de salud.

Por último, las pruebas de inventario (selectivas) realizadas sobre los activos (equipos) e insumos utilizados para los análisis clínicos resultaron satisfactorias.

En relación con el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, se determinó que el manual administrativo se encuentra desactualizado y carece de un detalle de las funciones y actividades según el perfil del puesto y horario de trabajo, lo que podría limitar el establecimiento claro de responsabilidades en el Servicio.

Adicionalmente, se determinaron debilidades en los controles de producción del personal técnico, por cuanto no existe un registro de producción diaria, lo que aunado a la falta de claridad encontrada en cuanto a las funciones realizadas en los turnos de trabajo, así como la realización de tiempo extraordinario para el lavado de las reveladoras, incluso por un lapso mayor a lo establecido en el contrato de mantenimiento, podrían estar reflejando la necesidad de fortalecer los procesos de supervisión de este Servicio, en aras de optimizar el aprovechamiento de los recursos y garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.

En relación con los controles sobre la producción de los médicos especialistas, se determinó la existencia de un registro diario de los procedimientos realizados, no obstante, esta información no es analizada y por ende no genera información para la toma de decisiones. Así también, los especialistas han definido localmente según sus criterios, parámetros para regular la producción, en virtud de la ausencia de parámetros a nivel institucional.

Tampoco se dispone de roles de trabajo mensuales para los especialistas; se determinó en las citas otorgadas de ultrasonidos la existencia de horas semanales en las cuales no se programan pacientes y tampoco fue posible encontrar una justificación y se evidenció un incumplimiento en los horarios de trabajo por estos funcionarios, situaciones que podrían estar afectando la prestación de servicios de salud, ya que no es posible garantizar el aprovechamiento de este recurso, y se agrava aún más considerando la situación crítica en cuanto a la lista de espera de mamografías y ultrasonidos en el centro hospitalario.

Además, se verificó que en octubre del 2015 se encontraba pendiente la lectura de 3.604 mamografías, tanto de las realizadas por el grupo itinerante de la Unidad Técnica de Listas de Espera, como de las jornadas habitual y vespertina del servicio, que no fue posible leer en la jornada ordinaria de los médicos. Sin embargo, llama la atención que en proyecto de pago por lectura de mamografía aprobado



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

por la Junta Directiva, en el cual se cancelan 4.500 colones por mamografía interpretada, reportada, impresa y firmada, fue posible efectuar la lectura de 961 mamografías en 11 días naturales por parte de los tres especialistas de la unidad.

Finalmente, se determinó la existencia de equipo médico en el inventario del Servicio que se encuentra fuera de uso, así como un microondas y máquina de hacer café para uso en el Servicio, lo que podría representar un riesgo en el cumplimiento de la normativa institucional para estos efectos.

## RECOMENDACIONES

### GERENCIA MÉDICA

1. Desarrollar las gestiones correspondientes para regular la producción de médicos especialistas y técnicos en los Servicios de Radiología a nivel institucional, a través de la definición de parámetros objetivos tanto para la realización de procedimientos como para la lectura de los mismos. Para estos efectos, se deberá considerar el criterio técnico experto de especialistas en radiología de un organismo internacional que se estime pertinente.

Plazo de cumplimiento: 6 meses.

2. Considerando la situación observada sobre las condiciones de la infraestructura del Hospital de las Mujeres, y de manera concreta del Laboratorio Clínico, instruir a la Dirección General del Hospital de las Mujeres para que efectúe un estudio y análisis que defina de manera precisa las gestiones que deberán desarrollarse para subsanar la problemática actual que dicho inmueble presenta y que eventualmente podría conllevar a riesgos sobre la seguridad y la salud de los usuarios internos y externos de este nosocomio.

Para las gestiones que se implementen debe considerarse que en la actualidad se mantiene una orden sanitaria emitida por el Ministerio de Salud, situación que pone en riesgo el cierre de dicho centro médico en caso de no cumplirse con lo señalado por el órgano rector, así como el hecho de 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.

Posterior al análisis, deben efectuarse. Debe formularse de acuerdo a las regulaciones institucionales la incorporación en el Portafolio de inversiones, considerando la metodología de priorización, el proyecto y la asignación de recursos para dotar a dicho centro médico de la infraestructura necesaria y óptima para la prestación de los servicios de salud.

Plazo de cumplimiento: 12 meses.



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

### DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DE LAS MUJERES DR. ADOLFO CARIT EVA

3. En coordinación con las jefaturas de los servicios de farmacia y de Ingeniería y Mantenimiento, efectuar las acciones que correspondan para incluir el proyecto para el nuevo Almacén Local de Medicamentos en el portafolio de proyectos del Hospital, a fin de elevarlo a las autoridades institucionales según corresponde, en concordancia con lo indicado en el oficio DAF-406.06.2014, del 17 de junio del 2014.

Plazo de cumplimiento: 6 meses.

4. En conjunto con la Jefatura del Servicio de Farmacia, analizar la situación actual sobre el robo de medicamentos y artículos personales, a fin de definir una estrategia para fortalecer los controles existentes, para lo cual se deberá valorar la colocación de cámaras de seguridad, así como la modificación de horarios del personal.

Plazo de cumplimiento: 2 meses.

5. Instruir a la jefatura del Servicio de Farmacia implementar un control de inventario de psicotrópicos y estupefacientes que permita comparar las existencias físicas con las reportadas en el SIFA, con el propósito de fortalecer los mecanismos de custodia de estos fármacos.

Plazo de cumplimiento: 1 mes.

6. Considerando la relevancia del proceso de planificación, en cuanto a la programación de la producción de análisis de laboratorio clínico a cumplir en determinado período (trimestral-semestral o anual), debe proceder de manera inmediata a instruir y trasladar a las instancias administrativas pertinentes en tiempo y forma las modificaciones que son requeridas y solicitadas por los servicios médicos y administrativos del centro, situación que tienen su incidencia directa en la programación de las actividades y en los procesos de evaluación y control establecidos sobre este tipo de documentos.

La información registrada en el Plan-Presupuesto con sus modificaciones, deberá ser congruente y confiable de tal forma que sirva de indicador de la eficiencia y eficacia de la gestión encomendada.

7. Efectuar las acciones que correspondan para la atención de los siguientes aspectos:

- a) Actualizar y completar el manual administrativo del Servicio de Radiología, de manera que se definan claramente las funciones que debe desarrollar el personal del Servicio, de conformidad con el perfil del puesto y los horarios de trabajo, tanto para técnicos como para los médicos especialistas.



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

- b) Implementar un registro para la producción diaria de los técnicos e implementar un mecanismo documentado de revisión periódica de los datos de producción de médicos y técnicos, de manera que se fortalezca el sistema de control interno y se genere información útil para desarrollar acciones que favorezcan el aprovechamiento de los recursos disponibles y mejorar así la calidad de la prestación de los servicios a las usuarias.
- c) Elaborar roles mensuales de trabajo para los médicos especialistas en Radiología, que incluyan un detalle de las horas de trabajo y funciones asignadas a cada uno, a fin de lograr un mejoramiento en la organización del Servicio.
- d) Analizar lo descrito en el hallazgo 3.2.5 del presente informe, referente a la realización de tiempo extraordinario por los técnicos del Servicio de Radiología para el lavado de las reveladoras, considerando también lo señalado en el hallazgo 3.2.4, sobre la falta de claridad en las funciones desarrolladas por los técnicos del segundo turno.
- e) Establecer un control semanal sobre la programación de citas de ultrasonidos y estudios especiales, de manera que se verifique la utilización del tiempo disponible en estas funciones, así como el cumplimiento de la agenda programada.
- f) Establecer un control de horarios para los médicos especialistas del Servicio de Radiología, considerando los hallazgos encontrados por esta Auditoría sobre incumplimiento de los mismos, a fin de garantizar razonablemente la observancia por parte de estos funcionarios del contrato de trabajo.
- g) Analizar la situación particular de la Dra. Melania Mirambell Sánchez, en relación con el permiso discrecional otorgado por el Dr. Moisés Fallas Corrales, hace más de dos años, para una reducción de la jornada de trabajo por una situación personal. En caso de determinarse la necesidad de continuarlo, valorar la posibilidad de efectuar un ajuste a la jornada laboral.
- h) Efectuar una revisión de inventario de equipo médico del Servicio de Radiología y hacer las modificaciones que correspondan, a fin de que éste se ajuste a la realidad de esa unidad.

Plazo de cumplimiento: 6 meses.



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

## 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 17 de diciembre del 2015 con el Dr. José Miguel Villalobos Brenes, Director General y Dra. Darlyn Castañedas López, Coordinadora a.i. del Servicio de Radiología del Hospital de las Mujeres y el 2 de febrero con el Dr. Javier Céspedes Vargas, Asesor de la Gerencia Médica.

## ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dra. Silvia Elena Quesada Hernández  
**FARMACÉUTICA ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Rafael Ramírez Solano  
**JEFE**

RRS/SEQH/wnq



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

Apdo.: 10105

<b>ANEXO 1</b>				
<b>Hospital de las Mujeres, Adolfo Carit Eva, Laboratorio Clínico</b>				
<b>Inventario Selectivo Activos- 2015</b>				
<b>N Placa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Localización Inv. 2014</b>	<b>Ubicado</b>	
			<b>si</b>	<b>no</b>
106062	Contador de Células	Bacterias	X	
106114	Extractor de plasma	Banco de sangre	X	
286523	Microscopio Reichert	Bacterias (EMERG.)	X	
312594	Autoclave vertical, marca Rexall	Esterilización	<u>Ver nota</u> <u>1</u>	
315062	Centrífuga Combs	Banco Sangre	X	
320884	Balanza	Banco Sangre	X	
361151	Incubadora bacteriológica	Serología	X	
361196	Centrífuga refrigerada	Química Clínica	X	
362471	Rotador VDRL	Serología	X	
412097	Refrigeradora Cons. Sangre	Banco de sangre	X	
428603	Microscopio	Serología	X	
435117	Centrífuga de Micro	Hematología	X	
449578	Microscopio de Rutina	Bacteriología	X	
559616	Cámara Refrigeración	Sección Química	X	
559630	Autoclave	Cuarto Esterilización	<u>Ver nota</u> <u>2</u>	
559631	Cámara de flujo laminar	bacteriología	X	
589253	Balanza Electrónica	Banco de sangre	X	
666241	Mezclador Hematológico	Hematología	X	
666251	Microscopio	Serología	X	
758111	Microscopio	Hematología	X	
816637	Microscopio Fluorescencia	Hormonas	X	
973405	Cámara Refrigeración	Serología	X	
973488	Reloj de intervalos	Hematología	X	





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

<b>ANEXO 1</b>
<b>Hospital de las Mujeres, Adolfo Carit Eva, Laboratorio Clínico</b>
<b>Inventario Selectivo Activos- 2015</b>
<b>Firmamos de conformidad:</b>
<b>Por la unidad de Activos:</b>
<b>Por la Auditoria: Víctor MI Lindo Solano</b>
<b><u>Nota 1:</u></b> Autoclave Vertical, Activo 312594, equipo fuera de uso por estar en mal estado los empaques no sirven y no se encuentran repuestos. Se adjunta la documentación respectiva
<b><u>Nota 2:</u></b> Autoclave (matachama), activo 559630. Equipo sin uso desde su ingreso en el 2003, (proyecto español), se tiene el respaldo documental de porque no se ha puesto en funcionamiento. Se iba a donar al Hospital San Carlos sin embargo el Dr. Villalobos no estuvo de acuerdo con la donación. El equipo se encuentra ubicado en una de las bodegas del laboratorio, está deteriorado y golpeado y sin ninguna protección, se desconoce si todavía puede servir, por cuanto requiere de un voltaje especial. costo del equipo ¢

**Fuente: Prueba física selectiva de inventario**



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

**ANEXO 2**  
**OFICIOS RELACIONADOS CON INFRAESTRUCTURA**

<b>OFICIO</b>	<b>FECHA</b>	<b>EMITIDO POR</b>	<b>ASUNTO:</b>
DG-656-04-2014	03-abr-14	Dirección General Hospital de las Mujeres	Necesidad y priorización de proyectos en infraestructura (actualización)
GM-ADM-8808-14	07-may-14	Gerencia Médica	Elaboración de plan Maestro para priorizar proyectos de obras requeridas.
GM-AUD-9287-14	12/05/2014	Gerencia Médica	Solicitud a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología para elaboración de plan Maestro Hospital de las Mujeres.
DG-971-04-15	24/04/2015	Dirección General Hospital de las Mujeres	Solicitud de Incorporación de proyecto al Portafolio Institucional de Inversiones en Infraestructura y Tecnologías.





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

**ANEXO 3**

**FUNCIONES SEMANALES DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA  
 HOSPITAL DE LAS MUJERES, ENERO 2015**

Día	Hora	Ultrasonidos	Estudios Especiales y reporte de MMG, Rx convencionales y TAC	
Lunes	7:00 a 7:30	Consulta ordinaria	Reportes	
	7:30 a 8:00			
	8:00 a 8:30		No indica	
	8:30 a 9:00		Pielogramas Histerosalpingografías	
	9:00 a 9:30			
	9:30 a 10:00			
	10:00 a 10:30			
	10:30 a 12:00		Sesión Clínica-académica de mama	No indica
	12:30 a 3 pm		BAAF y TRUCUT (biopsias guiadas por ultrasonidos).	No indica
	Martes		7:00 a 7:30	BAAF y TRUCUT
		7:30 a 8:00		
8:00 a 8:30				
8:30 a 9:00				
9:00 a 9:30		Consulta ordinaria	Pielogramas Histerosalpingografías	
9:30 a 10:00				
10:00				





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

Día	Hora	Ultrasonidos	Estudios Especiales y reporte de MMG, Rx convencionales y TAC		
	10:00 a 10:30		Reportes		
	10:30 a 12:00				
	12:30 a 3 pm				
Miércoles	7:00 a 7:30	Consulta ordinaria	Biopsia estereotáxica		
	7:30 a 8:00				
	8:00 a 8:30				
	8:30 a 9:00				
	9:00 a 9:30				
	9:30 a 10:00				
	10:00 a 12:00				
	12:30 a 3 pm				
					Reportes
	Jueves			7:00 a 7:30	Consulta ordinaria
7:30 a 8:00					
8:00 a 8:30					
8:30 a 9:00					
9:00 a 9:30					
9:30 a 10:00		Pielogramas Histerosalpingografías			
10:30 a 12:00					
12:30 a 3 pm					
			Reportes		





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

Día	Hora	Ultrasonidos	Estudios Especiales y reporte de MMG, Rx convencionales y TAC	
Viernes	7:00 a	Sesión general del Hospital	Reportes	
	7:30 a			
	8:00 a			
	8:00 a	Consulta ordinaria		Pielogramas Histerosalpingografías Reportes
	8:30 a			
	9:00 a			
	9:00 a			
	9:30 a			
	10:00 a			
	10:00 a	Reportes		
	12:00			
	12:30 a 3 pm			

Fuente: Oficio RX-US-MMG-000034-01-15, del 30 de enero del 2015.