



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

**ASS-80-2016**  
**30-06-2016**

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en cumplimiento al Plan Anual Operativo 2016, del Área de Servicios de Salud de la Auditoría Interna.

La evaluación evidenció la relevancia de cumplir con las políticas de calidad y seguridad del paciente, con el fin de evitar riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Se concluye la importancia que tiene el conocimiento y aplicación integral de las normas relacionadas al tema de calidad y seguridad, de manera que se facilite y se cultive una actitud de protección y resguardo de la integridad de los usuarios así como del personal del centro hospitalario.

Por otra parte, el estudio permite concluir, que es necesaria la participación activa de la Dirección Médica del Hospital San Vicente de Paúl en el seguimiento y supervisión de los productos generados por la Unidad de Epidemiología y la Comisión de Calidad y Seguridad del Usuario, así como el registro, control y seguimiento de los eventos adversos ocurridos en el centro de salud.

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda a la Dirección Médica del Hospital San Vicente de Paúl, implementar un sistema que registre los eventos adversos, a fin de facilitar el aprendizaje y mejorar la calidad y seguridad de la prestación de los servicios de Salud, así como establecer los responsables de generar dichos reportes.

De igual forma se solicita a la Dirección Médica del centro de salud, realizar un abordaje del incumplimiento a las normas y políticas de calidad y seguridad por parte de los funcionarios, con el fin de establecer las acciones necesarias para modificar las conductas que generen riesgos a los usuarios por una inadecuada observancia de las normas.





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

ASS-80-2016  
30-06-2016

## ÁREA SERVICIOS DE SALUD

### INFORME SOBRE IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL (U.P. 2208)

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se fundamenta en el Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud, 2016, en el apartado de Proyectos Específicos.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las disposiciones y lineamientos institucionales relacionados con la calidad y seguridad del paciente en el Hospital San Vicente de Paul.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar los mecanismos de supervisión con los que dispone el Centro de Salud para el cumplimiento de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Evaluar las estrategias planteadas por las autoridades del Hospital San Vicente de Paúl, a fin de cumplir con las políticas relacionadas con calidad y seguridad del paciente.
- Verificar las acciones realizadas por el Servicio de Epidemiología y la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente, del Centro de Salud relacionadas con el estudio.

#### ALCANCE

El estudio comprendió la revisión y análisis de las acciones y actividades desarrolladas en el Hospital San Vicente de Paúl para cumplir con las políticas de calidad y seguridad del paciente, así como las acciones ejercidas por las distintas instancias del Hospital a fin de fortalecer las actividades de control, prevención y atención de los eventos adversos.

El periodo evaluado comprende el año 2015, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 2 de 24

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



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



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

El estudio se realizó de conformidad con lo establecido en Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (M-2-2006-CO-DFOE).

## METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Solicitud, revisión y análisis de la información proporcionada por la Unidad de Epidemiología del Hospital San Vicente de Paúl.
- Solicitud, revisión y análisis de la información proporcionada por la Comisión de Calidad y Seguridad al Paciente del Hospital San Vicente de Paúl.
- Solicitud, revisión y análisis de la información proporcionada por la Enfermera Educadora del Hospital San Vicente de Paúl.
- Solicitud, revisión y análisis de la información proporcionada por la Supervisora Administrativa de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl.
- Entrevistas a los siguientes funcionarios del Hospital San Vicente de Paul:
  - Dr. Mario Ruíz Cubillo, Sub Director
  - Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora Unidad de Epidemiología.
  - Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora de la Comisión de Calidad y Seguridad al Paciente.
  - Lic. Manuel Segura Vargas, Jefe Servicios Generales.
  - Dr. Carlos Alfaro Herrera, Encargado de Infecciones intrahospitalarias.
  - Dr. Steven Campos Sáenz, Encargado de Manejo de Desechos y Gestión Ambiental
  - Dra. Georgina Hernández Leitón, Supervisora Administrativa de Enfermería.
  - Dra. Alma Carrillo Montes, Enfermera Educadora

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Salud 5395.
- Ley General de Control Interno 8292.
- Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias 8239
- Decreto Ejecutivo N° 37306-S “Reglamento de Vigilancia de la Salud”<sup>1</sup>.
- Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República.
- Normas para el Manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud.

<sup>1</sup> Publicado en el Diario Oficial La Gaceta del 22 de octubre de 2012.





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

- Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, 2007.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente<sup>2</sup>.

## ASPECTOS QUE DEBEN SER OBSERVADOS POR LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA RESPECTO A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

Esta Auditoría, informa y previene al Jерarca 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. (...).”*

### ASPECTOS GENERALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003 propuso estandarizar la información relacionada con la seguridad del paciente, a fin de formular una clasificación sobre los eventos adversos que permitiría un aprendizaje local, regional, nacional e internacional; siendo que en el 2005, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS reunió a un grupo de expertos para desarrollar la estructura conceptual de la “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)”, por lo que en el 2007 se publicó la primera versión de dicha clasificación; señalando que los establecimientos de salud deben brindar una seguridad al usuario que cuente con un sistema de notificación de eventos adversos, un sistema organizado de datos que permita identificar los problemas más frecuentes y analizarlos, permitiendo por último un aprendizaje que debe ser compartido por el personal de salud.

Además, para contar con una implementación para las notificaciones y aprendizajes de eventos adversos, es necesario que los centros de salud dispongan al menos de los siguientes elementos:

1. Una dependencia encargada y empoderada en temas de calidad y seguridad a nivel nacional, instancias intermedias y establecimientos de salud.
2. Normas de calidad y seguridad para los establecimientos de salud públicos y privados.

<sup>2</sup> Aprobado por Junta Directiva, Sesión 8139, Artículo 2, 22 de marzo 2007.



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

3. Clasificación para el adecuado registro de los eventos adversos.
4. Indicadores de seguridad que midan el impacto de la intervención.
5. Documentos de gestión clínica: consentimiento informado, guías práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales.
6. Implementar las buenas prácticas de atención y monitorear su cumplimiento.
7. Implementar un sistema de notificación, aprendizaje y de los eventos adversos e incidentes.
8. Analizar y retroalimentar con enfoque de sistema utilizando herramientas de calidad y seguridad.<sup>3</sup>

#### a. Sobre la Política de Calidad y Seguridad del Paciente en la Caja Costarricense de Seguro Social

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el artículo 2 de la sesión 8139 del 22 de marzo del 2007, aprobó la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, misma que complementa la Política Institucional de Seguridad Hospitalaria, aprobada en 2006.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente señala:

*“Calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes”*

*“Seguridad del Paciente: Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos de la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos y las inyecciones; hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución, así como la difusión de su resultados”*

Dicha Política establece que la Caja Costarricense de Seguro Social en aras de preservar la calidad de la atención y seguridad de los pacientes, ha puesto en marcha acciones para el mejoramiento continuo, lo cual ha permitido mantener la mortalidad hospitalaria en el 1.94%, sin embargo existe un rango entre 0.11% y 13.13% entre sus hospitales, por lo que esta variabilidad amerita ser estudiada.

Por último, dicha política se basa en 7 lineamientos, a saber:

1. Una atención limpia es una atención segura.
2. Investigación y análisis de los eventos adversos.
3. Prácticas de la Salud Basada en la evidencia

<sup>3</sup> Sistema de notificación de incidentes en América Latina, OMS, 2013.





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

4. Atención domiciliar y comunitaria para la prevención de eventos adversos.
5. Cirugía segura salva vidas.
6. Los insumos seguros aseguran la atención.
7. Laboratorio y Bancos de Sangre Seguros.

En la Sesión 8150 del 10 de mayo 2007, la Junta Directiva de la Institución aprueba el documento “Una Caja renovada hacia el 2025, el cual establece en la estrategia sétima:

*“(...) 7. Garantizar la seguridad y calidad de todos los servicios de salud y demás prestaciones sociales que brinde la Institución.*

*La C.C.S.S. definirá políticas e implementará estrategias y sistemas de trabajo para que la calidad sea un elemento esencial y no casual en la gestión de todos los procesos institucionales; estos últimos, a su vez, estarán alineados en términos de una efectiva respuesta a las necesidades de los usuarios, cuya atención se realizará con diligencia y humanismo. Igualmente, la seguridad de los servicios e instalaciones de la C.C.S.S. estará regida por altos estándares de cumplimiento obligatorio (...)*

#### **b. Sobre la Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente en el Hospital San Vicente de Paúl**

El Hospital San Vicente de Paúl, dispone de una Comisión de la Calidad y Seguridad del Usuario, formalmente nombrada, misma que es integrada por la Dra. Marcela Garita de Epidemiología; las enfermeras Dra. Lizbeth Granados Camacho, Dra. Yesica Vargas Pereira, Dra. Maricela Aguilar Araya, Dr. Carlos Alfaro Herrera; Arq. Flory Arias Sánchez, de la Comisión de Emergencias, Licda. Fiorella Burgos González, Trabajadora Social, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector Médico, Msc. Rosario Segura Esquivel, Asistente Administrativa y la Dra. Marny Ramos de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos como Coordinadora de la Comisión de Calidad.

La Unidad de Epidemiología, coordinada por la Dra. Marcela Garita Acuña, se encarga de las actividades y procedimientos sobre enfermedades, muertes y síndromes sujetos a vigilancia epidemiológica y a la notificación obligatoria que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, con el fin de lograr el control inmediato de los eventos, realiza auditorías semestrales relacionadas a las infecciones asociadas a la atención de la salud, capacitaciones periódicas sobre el lavado de manos y cirugía seguras, así como manejo correcto de desechos hospitalarios. Dicha unidad se encuentra conformada por la Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora, Dra. María Victoria Benavidez médico epidemiología, Dr. Carlos Alfaro Herrera, enfermero



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

de infecciones asociadas a la atención de la salud, y el Dr. Steven Campos Sáenz, enfermero Coordinador de la Comisión de Desechos Hospitalarios y Gestión Ambiental.

Son estas dos unidades las encargadas de verificar el cumplimiento de las Políticas de Calidad y Seguridad del Usuario en el citado nosocomio.

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LAS AUTORIDADES DEL CENTRO A LOS INFORMES RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se determinó que la Dirección Médica del Hospital San Vicente de Paúl, no realiza acciones de seguimiento y control a la atención de los informes y/o reportes realizados tanto por la Unidad de Epidemiología como por la Comisión de la Calidad y Seguridad del Usuario, a fin de determinar las faltas y servicios reincidentes en el quebranto de la norma y establecer las medidas correctivas y sancionatorias correspondientes.

Dentro de los reportes realizados, el 19 de mayo 2015, la Unidad de Epidemiología emitió el informe HSVP-VE-063-2015 "Auditoria de Infecciones asociadas a la atención de la salud aplicada el Servicio de medicina" documento dirigido al Dr. Eduardo Chávez, en su condición de Jefatura de Medicina, Dra. Sulay Picado Arguedas, de Medicina Interna y Supervisores de Servicio, con copia al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Director Médico, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector Médico, Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería, MSC. Oscar Montero Arias, Administrador General y el Lic. Víctor Ramírez Villalobos de Control Interno; en el cual se evidencian inconsistencias tanto en el Servicio de Medicina de Hombres como el de Mujeres, citando entre otras:

- El personal no realiza la higiene de manos según 5 momentos
- El personal no utiliza el EPP<sup>4</sup>.
- No se cuenta con EPP según aislamiento, ubicado al alcance del personal.
- No se almacenan paquetes estériles de acuerdo a la norma.
- No se utilizan carros cerrados e identificados para el transporte de ropa sucia.
- En los servicios desconocen cada cuanto tiempo y qué días se lavan los basureros.
- No se realiza higiene diaria a todo paciente con catéter uretral.
- Existe una mala segregación de los residuos a nivel de los cuartos de los pacientes y el cuarto de exploración médica, encontrando desechos comunes en bolsa rojas y desechos biopeligrosos en bolsas negras.

---

<sup>4</sup> Equipo de protección personal.



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

En el informe HSVP-VE-063-2015 “Auditoría de Infecciones asociadas a la atención de la salud aplicada al Servicio de Dermatología y Oftalmología Sala de Procedimientos” fechado 19 de mayo 2015 y dirigido a la Dra. Liza Vázquez Umaña, Jefatura de Consulta Externa, Dr. Felipe Centeno, Jefatura de Oftalmología, Dra. Eloísa Cascante, Supervisora de Enfermería de Consulta Externa, con copia al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Director Médico, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector Médico, Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería, MSC. Oscar Montero Arias, Administrador General y el Lic. Víctor Ramírez Villalobos de Control Interno, se señalan entre otras inconsistencias encontradas:

- El personal no realiza la higiene de manos según 5 momentos.
- Se encuentra personal con las uñas pintadas y largas cuando brinda atención al usuario.
- El personal no utiliza el EPP.
- No se utiliza recipientes para envasar las disoluciones exclusivas para uso hospitalario.
- No existe adecuado almacenamiento de los desinfectantes según la normativa.
- No se realiza las disoluciones en un área específica (no en los salones)
- Almacenamiento de ropa limpia no se realiza según norma.
- No se utiliza medidas de bioseguridad durante la manipulación de la ropa sucia. (ausencia de cuarto séptico)
- No se cuenta con recipiente cerrado, lavable y hermético para el transporte de muestras.
- No se encuentran basureros rotulados en el servicio.

Situación similar ocurre en el informe HSVP-VE-064-2015 “Auditoría de Infecciones asociadas a la atención de la salud aplicada al Servicio de Terapia Respiratoria” fechado 19 de mayo 2015 y dirigido al Dr. Eduardo Chávez, Jefatura de Terapia Respiratoria y Lic. Melissa Guzmán Garita, Coordinadora de Terapia Respiratoria con copia al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Director Médico, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector Médico, Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería, MSC. Oscar Montero Arias, Administrador General y el Lic. Víctor Ramírez Villalobos de Control Interno, en el cual se señalan entre otras inconsistencias las siguientes:

- El personal no realiza la higiene de manos según 5 momentos.
- El transporte de los materiales sucios no se realiza en carritos adecuados desde los servicios hasta el centro de lavado y desinfección utilizando las medidas de bioseguridad.
- En los equipos de Terapia Respiratoria que requieren desinfección de alto nivel, en algunos casos no se realiza el procedimiento acatando la recomendación de la casa fabricante.
- El personal que realiza los procedimientos de terapia respiratoria desconoce la Norma de Control de IASS.
- El personal que realiza terapia respiratoria tiene los esquemas de vacunación incompletos indicados por la Institución.

Por su parte el informe HSVP-VE-066-2015 “Auditoría de Infecciones asociadas a la atención de la salud aplicada al Servicio de Emergencias” fechado 19 de mayo 2015 y dirigido al Dr. José Soto Roldán, Jefe de





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

Emergencias y a la Dra. Lucía Navarrete, Supervisora de Servicio con copia al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Director Médico, Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector Médico, Dr. Isaac Ortiz Morales, Director de Enfermería, MSC. Oscar Montero Arias, Administrador General y el Lic. Víctor Ramírez Villalobos de Control Interno, se refieren entre otras inconsistencias encontradas las siguientes:

- El personal no realiza la higiene de manos según 5 momentos.
- Se encuentra basurero dañado en el área de cuidados especiales.
- Los basureros se encuentran a más de sus tres terceras partes de lleno, lo cual incumple con la normativa.
- El personal desconoce cada cuanto tiempo y qué días se lavan los basureros de este servicio.
- Existe una muy mala segregación de los residuos, encontrando desechos comunes en bolsas rojas y desechos biopeligrosos en bolsas negras.

La Ley General de Control Interno en el Capítulo III “La Administración Activa”, dispone en el artículo 12.- “Deberes del jerarca y de los titulares subordinados”:

*“(…) b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades (…)”*

El numeral 14, de dicho cuerpo normativo, en relación a la “Valoración del riesgo”, indica que es responsabilidad del jerarca y de los titulares subordinados:

*“(…) b. Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos (…)*  
*d. Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar (…)”*

Por otra parte, las Normas de Control Interno para el Sector Público<sup>5</sup> disponen en la Norma 1.2:

*“(…) Objetivos del SCI:*

*El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:*

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

*La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente establece como lineamientos:*

- *Una atención limpia es una atención segura.*
- *Investigación y análisis de los eventos adversos.*

<sup>5</sup> Aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contralora N° 2-2009-CO-DFOE, publicadas en La Gaceta N° 20 del 6 de febrero 2009.



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

- *Prácticas de salud basadas en la evidencia.*
- *Atención domiciliar y comunitaria para la prevención de eventos adversos.*
- *Cirugía segura salva vidas.*
- *Los insumos seguros aseguran la atención.*

La Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora de la Unidad de Epidemiología, ante la consulta de las acciones ejecutadas por las autoridades del Centro Médico en razón de los informes realizados por la Unidad a su cargo manifestó:

*“(...) el fin es buscar colaboración y apoyo por parte de los Servicios y de la Dirección Médica para poder ejercer acciones de mejora o soluciones al inconveniente encontrado y de prevención de transmisión en el caso de las patologías (...) A veces la Dirección Médica manda un recordatorio a los Servicios en razón del informe realizado por nosotros. **Sin embargo no se ven acciones concretas para corregir inconsistencias encontradas reiteradamente** como el uso de ropa verde fuera de salas de cirugía, uso de celulares en salas, uso adecuado del equipo de protección personal en los momentos precisos, cabellos recogidos, uñas pintadas; adecuada disposición de desechos biopeligrosos, tenemos muchos accidentes por punzo cortantes a nivel de personal de aseo por la mala disposición de los desechos (...)”*<sup>6</sup>-la negrita no es del original-

En entrevista realizada por esta Auditoría al Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector del Hospital San Vicente de Paúl, ante la consulta sobre las acciones realizadas en razón de los supra citados reportes manifiesta:

*“(...) Se mandan recordatorios sobre el cumplimiento de las normas. No sé si el Doctor Cervantes ha emitido acciones sancionatorias en razón de incumplimientos reiterativos de los Servicios, ya que esos temas los maneja la Dirección directamente en coordinación con el departamento legal (...)”*<sup>7</sup>

Si bien es cierto, en el Hospital San Vicente de Paul, se cuenta con un Comité de Calidad y Seguridad al Usuario, y la Unidad de Epidemiología, realizando ambas acciones que pretenden verificar el cumplimiento de las normas relacionadas con las infecciones intrahospitalarias y bioseguridad, no se evidencian acciones concretas por parte de la Dirección, a fin de establecer responsabilidades a las Jefaturas y funcionarios responsables de los servicios que presentan los aspectos reincidentes encontradas por estas dos Unidades en sus diferentes informes.

Lo señalado reviste importancia, al no permitir un empoderamiento por parte de la Unidad de Epidemiología y la Comisión de Calidad y Seguridad al Usuario, ya que pese a los reportes generados, los servicios referidos en los informes correspondientes siguen contraviniendo las normas institucionales de

<sup>6</sup> Entrevista realizada por esta Auditoría el 17 de marzo 2016.

<sup>7</sup> Entrevista realizada por esta Auditoría el 17 de marzo 2016.



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

Calidad y Seguridad al no tener consecuencias ante los reincidentes incumplimientos, sin que se vea el valor agregado de las actividades realizadas por estas dos unidades propiciando acciones a fin de fortalecer la calidad y seguridad en las actividades del Centro de Salud.

La carencia de seguimiento de estas acciones, implica que los esfuerzos no generan los resultados esperados en lo referente a la calidad y seguridad en los procesos de atención, con el consecuente riesgo para los usuarios de los servicios de salud, de exponerse a la transmisión de enfermedades o accidentes en el centro médico.

## 2. SOBRE EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

Se determinó que en el Hospital San Vicente no se dispone de un sistema de información manual o automatizado, que permita el reporte, consolidación, análisis y seguimiento a los eventos adversos ocurridos en el nosocomio, con el fin de identificar la frecuencia y su impacto.

En entrevista realizada al Dr. Mario Ruiz Cubillo, Subdirector del Hospital San Vicente de Paúl, sobre un sistema y/o herramienta que reporte eventos adversos manifestó:

*“(...) No existe a nivel médico un reporte de eventos adversos (...)”<sup>8</sup>*

Ante el mismo cuestionamiento, la Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora de la Unidad de Epidemiología indicó:

*“(...) Por parte de la Comisión de IAAS, lo único que se tiene es la vigilancia propiamente de las infecciones asociadas a procedimientos invasivos como CVC, SONDA FOLEY, VMA y los procesos quirúrgicos, que se les presta mayor atención a los solicitados por vigilar del nivel central (...)”<sup>9</sup>*

La Dra. Georgina Hernández Leitón, Supervisora Administrativa de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, manifestó que dentro de sus funciones está el mantener el reporte de eventos adversos en lo que a la disciplina de Enfermería corresponde, mediante la entrega de reportes trimestrales, siendo responsable el encargado de cada Servicio de completar la fórmula de los eventos adversos y, dependiendo del evento, se reporta al médico tratante y se anota en el expediente del paciente. Este reporte trimestral se traslada al director de enfermería Dr. Isaac Ortiz Morales, quien lo remite a las Supervisoras de Enfermería para realizar el plan remedial; agrega además que a nivel local no existe una normativa específica que indique qué debe reportarse como evento adverso.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Entrevista realizada por esta Auditoría el 17 de marzo 2016.

<sup>9</sup> Entrevista realizada por esta Auditoría el 17 de marzo 2016.

<sup>10</sup> Cédula narrativa del 2 de marzo 2016.



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

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, en el Lineamiento 2, referente a la Investigación y Análisis de los Eventos Adversos establece:

**“(...) Estrategia 2.1**

SISTEMATIZAR LA RECOLECCION Y ANÁLISIS DE DATOS REFERIDOS A LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTAN EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN.

**Resultado esperados**

- ✓ Personal capacitado en todo el país para la investigación, análisis y el reporte de eventos adversos.
- ✓ Sistema Nacional de Indicadores de Eventos Adversos, que propician acciones correctivas.
- ✓ Proyectos permanentes de investigación y análisis de los eventos adversos en los establecimientos de salud.
- ✓ Sistema de reporte de eventos adversos funcionando en todos los establecimientos de la CCSS.
- ✓ Establecimientos de salud reportan los eventos adversos.

**Estrategia 2.2**

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS.

**Resultado esperados**

- ✓ Reportes de eventos adversos, confiables y de calidad.
- ✓ Análisis sistemático de la información recopilada.
- ✓ Planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

**Estrategia 2.3**

INCORPORACION DE CRITERIOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE INCORPORADOS EN LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN.

**Resultado esperado**

- ✓ Compromisos de gestión con indicadores de calidad y de seguridad del paciente incorporados.
- ✓ Establecimientos de la CCSS utilizan los indicadores para gestionar incentivos.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República<sup>11</sup> establece como objetivos del Sistema del Sistema de Control Interno, exigir la confiabilidad y oportunidad de la información, indicando en el apartado 1.2, inciso b:

*“(...) El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo*

<sup>11</sup> Aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contralora N° 2-2009-CO-DFOE, publicadas en La Gaceta N° 20 del 6 de febrero 2009.



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

*ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales (...)"*

Por su parte, dichas Normas, en el Capítulo V de Sistemas de Información establece:

*"(...) 5.1. Sistemas de información. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas (...)"*

Esta falta de control, registro, seguimiento y análisis a los eventos adversos del Hospital San Vicente de Paúl, son consecuencia de la carencia de instrucciones y directrices concretas por parte de la autoridades del Centro de Salud, en la cual se establezca cómo debe ser llevado el control de los eventos adversos, su documentación, responsables de estos procesos y su respectivo reporte ante la Dirección Médica y en caso de ser procedente, ante el Ministerio de Salud.

El no contar con un sistema de información que registre y facilite identificar los eventos adversos más frecuentes, los servicios recurrentes, así como la clasificación de los mismos, no permite determinar el impacto de los eventos adversos en la prestación de los servicios de salud, ni efectuar un aprendizaje sobre éstos permitiendo reducir los riesgos y los eventos en las futuras acciones del personal en salud a fin de contribuir en el fortalecimiento de las actividades asociadas a la prevención, atención y control de los mismos.

### **3. CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CENTRO HOSPITALARIO**

Se determinaron incumplimientos por parte del personal del Hospital San Vicente de Paúl, de las normas relacionadas con la segregación de los desechos bioinfecciosos, uso del equipo de protección personal y prevención de transmisión de infecciones en el área quirúrgica y post quirúrgica, en los diferentes Servicios del centro de salud.

En los recorridos realizados por esta Auditoría <sup>12</sup> se evidenciaron los siguientes aspectos que incumplen las normas de bioseguridad:

---

<sup>12</sup> Actas de recorrido del 12 de febrero y 1 y 2 de marzo 2016.



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

- **Centro de Acopio:**  
Sin puerta.  
Autoclave con fallas en el compresor.  
Materiales de desecho común en las afueras del centro.
- **Baños de los Salones de los Servicios de Cirugía de Hombres, Medicina de Hombres y Medicina de Mujeres:**  
Sucios.  
Duchas con moho.  
Hisopos y escobas colocados entre las divisiones de los baños.  
Sillas de tela en mal estado dentro de los baños.  
Gradas para pacientes acumuladas tras las puertas.
- **Cuarto de curaciones:**  
Utilizados como bodegas.
- **Cuartos de aislamiento de los Servicios:**  
Estantes con materiales no incluidos en la lista autorizada por la Dirección del Hospital.
- **Servicios Cirugía de Hombres:**  
Internos sentados sobre camilla.  
Basura mal segregada.
- **Servicio Medicina Hombres:**  
Basura mal segregada.  
Personal desconoce programa de reciclaje
- **Servicio Medicina Mujeres:**  
Basura mal segregada.  
Enfermeros y estudiantes atendiendo pacientes sin tener el cabello recogido.  
Funcionario sin portar identificación.  
Asistente de pacientes acostado sobre ropa limpia en el cuarto de ropa.
- **Servicio de Emergencias:**  
Basura mal segregada.  
Personal no verifica llenado de basureros.  
Basureros con fecha de lavado superior a ocho días.  
Recipiente de punzocortantes con contenido mayor a su capacidad.



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

- **Salas de Cirugía:**  
Médicos sin lentes de seguridad realizando cirugías.  
Médicos con cubre bocas sin cubrir la nariz.  
Médicos con teléfono celular dentro de las salas de cirugías.
- **Sala de pre-anestesia:**  
Basura mal segregada.
- **Sala de recuperación hospitalaria:**  
Basura mal segregada

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, en el Lineamiento 1, referente Una Atención Limpia es una Atención Segura y el Lineamiento 5 sobre Cirugía Segura Salva Vidas, establecen:

**“(...) Estrategia 1.2**

APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA (MÉDICA Y QUIRÚRGICA) EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

**Resultado esperados**

- ✓ Personal profesional y técnico aplica en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado directo del usuario (a).
- ✓ Programas de Educación Continua de Enfermería de la CCSS con eje temático sobre principios de asepsia (técnica aséptica medica (sic) y quirúrgica), incorporado.
- ✓ Programas de formación de profesionales del área de la salud, con eje temático sobre principios de asepsia, incorporado tanto en el curriculum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS.

**Estrategia 1.3**

MANEJO ADECUADO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS.

**Resultado esperados**

- ✓ Trabajadores de salud cumplen con la normativa institucional sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud
- ✓ Programa de Educación Continua de Enfermería, con eje temático sobre el manejo de de desechos peligrosos en establecimientos de salud, incorporado.
- ✓ Programas de las carreras del área de salud con eje temático sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud, incorporado tanto en el curriculum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimiento de la CCSS
- ✓ Personal de salud de la CCSS realiza eficientemente el manejo de desechos.

**Estrategia 1.4**

PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD.

**Resultado esperados**

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





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

- ✓ Programa de Educación Continua de Enfermería de la CCSS con eje temático sobre normativa institucional de la Ley sobre Salud Ocupacional en establecimientos de salud, incorporado.
- ✓ Programas de las carreras del área de salud con eje temático sobre salud ocupacional incorporado tanto en el currículo como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS

### **Estrategia 1.5**

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

#### **Resultado esperados**

- ✓ Personal de salud de la CCSS realiza eficientemente acciones de prevención y control de las infecciones hospitalarias.
- ✓ Hospitales de la CCSS cuentan con Comité de Infecciones Hospitalarias.
- ✓ Personal de salud de la CCSS cumple con la normativa institucional sobre prevención y control de las infecciones hospitalarias.
- ✓ Programa de educación continua de Enfermería de la CCSS con eje temático incorporado sobre prevención y control de infecciones hospitalarias.
- ✓ Programas de las carreras del área de salud con eje temático sobre el control de infecciones hospitalarias incorporado tanto en el currículo como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS.
- ✓ Población colabora en la prevención y control de las infecciones hospitalarias (...)

### **LINEAMIENTO 5: CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS**

#### **(...) Estrategia 5.2**

GARANTIZAR LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD ESTABLECIDOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

#### **Resultado esperados**

- ✓ Equipo e instrumental quirúrgico y sala de operaciones, en condiciones óptimas para realizar la cirugía.
- ✓ Sala de operaciones, con personal idóneo y la protección necesaria y adecuada para la cirugía.
- ✓ Técnicas de asepsia médico quirúrgicas, se cumplen en todas las salas de operaciones antes de la cirugía.
- ✓ Eventos adversos, detectados antes de que ocurran y efectos del error clínico minimizados (...)"

Las Normas de control interno para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República disponen en el apartado 4.5.1 lo siguiente:

#### **4.5.1 "Supervisión constante"**

*"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las*





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

*regulaciones atinentes al Sistema de Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos”.*

Las Normas para el manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud, establecen sobre el manejo de residuos infecciosos, que estos desechos contienen agentes patógenos con suficiente concentración, o cantidad para transmitir enfermedades víricas bacterianas o parasitarias y micóticas a las personas o animales expuestos a ellos. Se incluyen los residuos que sin ser infecciosos por ellos mismos hayan estado en contacto o son descartados conjuntamente, indica además en el apartado 2, sobre el manejo en el lugar de generación que:

*“(…) Deberán ser colocadas directamente en bolsas especiales, en el momento de su generación, por lo tanto éstas deben ser llevadas al lugar donde se ha brindar la atención”*

Por su parte en oficio HSVP-VE-047-14, del 26 de marzo 2015, la Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora de la Unidad de Epidemiología, le indica a la Dra. Dixie Zúñiga Díaz, Supervisora de Sala de Operaciones del Hospital San Vicente de Paúl, entre otros aspectos, lo siguiente:

*“(…) Prevención de transmisión de infecciones en el área quirúrgica y post operatoria (patologías infectocontagiosas):*

- *A nivel general, el riesgo de transmisión se minimiza con la adecuada práctica de la técnica quirúrgica óptima, un medio limpio en el quirófano con entrada restringida del personal, ropa apropiada, equipo estéril, preparación adecuada del paciente antes de la operación, uso apropiado de profilaxis preoperatoria con antimicrobianos y conocimiento de las tasas y prevalencia de microorganismos a cada cirujano.*
- *Todas las personas que participen en el procedimiento operatorio deben proceder a la desinfección de las manos para intervenciones quirúrgicas.*
- *El personal quirúrgico debe usar guantes estériles, se aconseja usar simultáneamente dos pares de guantes para procedimientos con un alto riesgo de perforación y cuando se intervenga a pacientes con infección comprobada por agentes patógenos transmitidos por la sangre, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B o hepatitis C.*
- *Se deben de cambiar los guantes de inmediato después de cualquier perforación accidental, y seguir de inmediato el protocolo de accidente ocupacional por punzocortantes.*
- *Todas las personas que entren al quirófano deben llevar ropa quirúrgica, cuyo uso se limita únicamente a la zona quirúrgica donde se encuentra el paciente.*
- *Cualquier persona que entre al quirófano debe tener completamente cubiertas la boca y la nariz con una mascarilla quirúrgica.*



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

- *Todas las personas que participen directamente en la operación deben usar batas quirúrgicas estériles. Se deben usar batas o delantales impermeables para procedimientos con alto riesgo de contaminación por sangre.*
- *Es necesario reducir al mínimo el número de personas que entran al quirófano durante la operación.*
- *Se deben limpiar sin demora los derrames de material infeccioso.*
- *Se deben desechar, desinfectar o esterilizar después de cada uso, el equipo empleado para el cuidado de los pacientes, los suministros y la ropa de cama contaminados con material infeccioso. (...)*

En oficio HSVP-VE-074-14 del 26 de mayo del 2014, la Dra. Marcela Garita Acuña, Coordinadora de la Unidad de Epidemiología, indica a los médicos internos:

*“(...) Con el fin de hacer de sus conocimientos las normativas institucionales, para su cumplimiento les remitimos lo siguiente:*

- 1. El uso de la ropa verde es de uso exclusivo para las salas de operaciones y partos, por lo que está prohibido salir de dichas áreas con trajes quirúrgicos o cualquier elemento cuyo uso esté reservado para éstas zonas.*
- 2. Las uñas deben de emplearse cortas y sin esmalte.*
- 3. Al momento de la atención del usuario, el cabello debe estar recogido.*
- 4. Las corbatas deben de utilizarse “pinzadas”, con el fin de evitar contacto con los usuarios al momento de la atención.*
- 5. Se deben evitar las bufandas o accesorios que puedan ser vehículos de infección por el contacto directo con el paciente.*
- 6. No se deben de sentar en las camas de los pacientes.*
- 7. No se deben ingerir alimentos en los salones de hospitalización ni en los cuartos utilizados para la realización de examen físico e historia clínica.*
- 8. Se deben de cumplir los cinco momentos para la higiene de manos con cada paciente.*
- 9. Para la adecuada higiene de manos, es indispensable retirarse las joyas y accesorios que se están utilizando.*
- 10. Se deben utilizar sin excepción los Equipos de Protección Personal al momento de ingresar a los Aislamientos.*
- 11. Se debe de utilizar el equipo completo y de forma correcta el equipo requerido para cada procedimiento aséptico.*
- 12. Los cuartos de descanso, se deben de mantener limpios y ordenados.*



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

*13. Se debe de mantener una adecuada segregación de desechos comunes y biopeligrosos. El incumplimiento de dicha normativa, expone a los usuarios y a los funcionarios a una infección asociada a la atención de la salud, por lo cual agradecemos la colaboración y cumplimiento de los criterios anteriores (...)"*

Lo evidenciado demuestra que no existe un adecuado compromiso por parte del personal en salud, mismo que pese a tener constante capacitación y recordatorios sobre la normativa relacionada a la calidad y seguridad del usuario, hace caso omiso de la misma.

Los incumplimientos de las políticas y normas de calidad y seguridad del usuario, generan riesgos para la salud de los pacientes y el personal hospitalario exponiendo a transmisión de infecciones por el inadecuado uso de los dispositivos de protección personal, ingreso de agentes infecciosos a los quirófanos y peligro del contagio debido a la inadecuada segregación de desechos. Además, la incorrecta segregación de desechos implica un uso ineficiente de los equipos de esterilización, con el consecuente impacto en los costos de operación asociados a estos procesos.

#### **4. SOBRE LA SUPERVISIÓN A LAS ACTIVIDADES DE ASEO EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL**

Se evidencia una inadecuada fiscalización por parte de la jefatura de Servicios Generales del Hospital San Vicente de Paúl, en la ejecución del contrato de los Servicios de Limpieza suscrito entre la empresa Servicios Integrales de Limpieza VMA (Vargas Mejías y Asociados) y el Hospital.

Esta Auditoría realizó recorridos por diferentes Servicios del Hospital, los días 12 y 16 de febrero y 1 y 2 de marzo 2016, en los cuales se evidenció lo siguiente:

- Baños sucios.
- Hisopos y escobas entre las divisiones de los baños.
- Basureros con fechas de lavado superior a los 8 días establecidos.
- Basurero machado de sangre y sin fecha de lavado.
- Personal de la empresa Servicios Integrales de Limpieza VMA sin capacitación sobre el manejo de desechos bioinfecciosos.

El contrato N° 00007-2011 por "Suministro de Servicios Profesionales en Limpieza para el Hospital San Vicente de Paúl", se establece en la cláusula Cuarta: De las Condiciones Específicas:

*"(...) Los procedimientos a seguir en materia de limpieza, desinfección, como los insumos a utilizar son los establecidos o contemplados en el Manual de Normas y Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Superficies Ambientales en Establecimientos de Salud de la CCSS (...)"*



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

Dicho contrato, establece como obligaciones del contratista en la cláusula séptima:

*“(...) a) Una vez adjudicada la compra el contratista proporcionará a la Administración del hospital un detalle del personal que se va a asignar para su análisis y aprobación, previa firma del contrato.*

*b) Cada vez que el contratista requiera de un funcionario nuevo sustituto presentará a la Administración los datos del futuro empleado para su análisis y aprobación (...)*

*d) El contratista está obligado a sustituir oportunamente al personal en todas sus ausencias, a fin de que no se ocasionen disminuciones en la prestación de los servicios contratados para cada área.*

***El personal sustituto debe reunir todos los requisitos del personal titular (...)***

*r) El contratista presentará la acreditación de que cada funcionario que ingrese a prestar los servicios en el Hospital posea un adecuado adiestramiento en técnicas de limpieza, desechos e infecciones intra hospitalarias para lo cual deberá presentar constancia escrita previa firma del contrato. (...)” –el resaltado es del original-*

Las Normas para el Manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud, define en el apartado 3 a los residuos infecciosos como:

*“(...) todos los tipos de desechos que contienen agentes patógenos con suficiente concentración, o cantidad para transmitir enfermedades víricas bacterianas o parasitarias y micóticas a las personas o animales expuestos a ellos. Se incluyen los residuos que sin ser infecciosos por ellos mismo hayan estado en contacto o son descartados conjuntamente (...)*

Dicha Norma señala en el apartado 3. 2 sobre el manejo de los desechos infecciosos en el lugar de generación que:

*“(...) 2.1 Deberán ser colocadas directamente en bolsas especiales, en el momento de su generación, por lo tanto éstas deben ser llevadas al lugar donde se ha de brindar la atención (...)*

*(...) 2.1.2 La bolsa debe ser colocada dentro de un recipiente cubriendo completamente el borde del mismo con un doblez de la bolsa por lo menos de 10 cms de longitud (...)*

*(...) 2.1.4 La bolsa no debe ser llenada en toda su capacidad, sino hasta 2/3, o en el límite señalado por el fabricante.*

*2.1.5. Las bolsas se llenarán o amarrarán y serán depositadas, en otro recipiente, con las mismas características señaladas en el punto anterior, con las mismas características señaladas en el punto anterior y de mayor tamaño. Con un manubrio que facilite su desplazamiento, con rodines, estable (con el mínimo riesgo de vuelco) y silencioso)*

*2.1.6 Este depósito debe estar identificado con el nombre de los residuos que contiene, ubicado en el cuarto o área séptica de los servicios de atención.*

*2.1.7 Debe tener impreso el símbolo internacional de desechos bio-peligrosos y permanecer tapado.*



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

*2.1.8 debe ser retirado, de preferencia dos veces al día, o al menos diariamente, si lo anterior no es posible.*

*2.1.9 Cuando los residuos infecciosos son líquidos, deben depositarse en recipientes rígidos con tapa hermética antes de ser depositados en la bolsa.*

*2.1.10 Para el depósito de yesos contaminados, se deberá contar con bolsas de las mismas especificaciones, pero de mayor tamaño (...)"*

Sobre el Transporte de los desechos bio-peligrosos las Normas para el Manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud en el apartado 4 establece en lo que nos interesa:

*"(...) 4.1 Los recipientes mencionados en el punto anterior deberán ser trasladados hasta el lugar de tratamiento designado en cada establecimiento de salud.*

*4.2 Los residuos que contiene no deben ser transferidos a otro recipiente o carro.*

*4.3 Debe tener bolsas de repuesto, para introducir la rota, sin dejar restos en el piso, cuando suceda la rotura por accidente.*

*4.4 El personal encargado de su recolección deberá tomar las siguientes medidas.*

- Estar vacunado contra hepatitis B y tétano y cualquier otra enfermedad prevalente para la cual exista vacuna.*
- Utilizar el equipo de protección básico:
  - Guardapolvo o mameluco de manga larga.*
  - Guantes.*
  - Botas de hule.*
  - Mascarilla.*
  - Gorro o turbante**

*4.5 Los guantes deben ser reforzado en la palma y los dedos, para evitar cortes y punzadas. Estos deben colocarse por encima de la manga del mameluco.*

*4.6 Debe sujetarse el cabello y cubrirlo con el gorro.*

*4.7 Debe colocar los extremos inferiores del pantalón dentro de las botas.*

*4.8 Debe desechar de inmediato los guantes, en caso de rotura.*

*4.9 Debe lavar los recipientes en el lugar de su descarga con agua abundante y jabón, desinfectarlos con hipoclorito de sodio según la Norma de Comisión de Infecciones, antes de llevarlos de nuevo al servicio de atención correspondiente. Debe lavar y desinfectar, el equipo de protección personal, los guantes y botas.*

*4.10 Depositar los mamelucos y gorros en el lugar asignado para su lavado. Si usted cuenta con ropa desechable, en el establecimiento, utilice de preferencia.*

*3.11 Descarte la mascarilla.*

*4.12 debe bañarse dentro del centro de trabajo, antes de salir del mismo (...)"*



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

En entrevista realizada por esta Auditoría, el Lic. Manuel Segura Vargas, Jefe de Servicios Generales del Hospital San Vicente de Paúl<sup>13</sup> manifestó entre otros aspectos que el centro de salud no solicita certificaciones al personal de aseo en lo referente al manejo de desechos bioinfecciosos, siendo que el Hospital brindó una charla a los trabajadores de la empresa contratada. Indica que el personal sustituto de la empresa Servicios Integrales de Limpieza VMA, debe tener los mismo requisitos que el personal titular, siendo que cuando se trata de una sustitución permanente, la empresa comunica de forma verbal dicho cambio, mientras que las incapacidades son manejadas por las supervisoras de la empresa, existiendo una supervisora por turno, sin tener el Hospital ningún mecanismo establecido para verificar los requisitos de los trabajadores de la empresa, sin embargo cuando se corrobora que uno de ellos no cumple con los requisitos, se traslada a un área administrativa a fin que no tenga contacto con desechos bioinfecciosos.

Lo descrito evidencia que la Jefatura de Servicios Generales, ha omitido el uso de mecanismos de control al proveedor de Servicios Integrales de Limpieza VMA (Vargas Mejías y Asociados), para garantizar el cumplimiento del contrato suscrito, en lo referente a las actividades relacionadas con la bioseguridad y la idoneidad del personal de aseo cuya participación en la asepsia y medidas de seguridad es de impacto en los resultados que se obtengan al aplicar la política de seguridad y calidad considerada en la presente evaluación.

Lo anterior, es una limitación para garantizar que en las actividades que están a cargo del personal de aseo, se cumpla con lo establecido en la política de seguridad y calidad objeto de estudio; además de no favorecerse la correcta ejecución del contrato suscrito entre la empresa Servicios Integrales de Limpieza VMA (Vargas Mejías y Asociados) y el Hospital San Vicente de Paúl, con la eventual afectación en el desarrollo de los servicios adquiridos y en la posición de la administración para un eventual reclamo al proveedor ocasionado por incumplimientos.

## CONCLUSIÓN

La revisión efectuada por parte de esta Auditoría, evidenció que se deben fortalecer las acciones de control y seguimiento en cuanto a la participación de las autoridades Dirección del Hospital San Vicente de Paúl acerca de los resultados obtenidos en las evaluaciones e informes emitidos por la Comisión de Calidad y Seguridad del Usuario y de la Unidad de Epidemiología, relacionados con el cumplimiento integral de las Políticas Institucionales de Calidad y Seguridad del Paciente.

Se determinó además, la necesidad de contar con un sistema que permita llevar un registro, control y seguimiento de los eventos adversos que suceden en el hospital a fin de minimizar los riesgos para los usuarios, determinar cuáles son los efectos más frecuentes, los servicios más expuestos y tener un respaldo de lecciones aprendidas que permitan mejorar la atención en la prestación de los servicios.

<sup>13</sup> Entrevista realizada el 18 de marzo 2016.



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

Además se concluye que el compromiso de los funcionarios del centro de salud no es el óptimo, en lo referente al cumplimiento de las normas de bioseguridad (uso adecuado de los equipos e implementos de protección personal y segregación de los desechos comunes y bioinfecciosos).

Por último, se evidencia una insuficiente fiscalización al cumplimiento del contrato de limpieza entre la empresa Servicios Integrales de Limpieza VMA (Vargas Mejías y Asociados) y el Hospital San Vicente de Paúl, ya que el responsable del contrato por parte de la Institución no verifica que la empresa entregue los atestados de los trabajadores para la aprobación previa por parte del Hospital a fin de verificar que los trabajadores cumplan con los requisitos solicitados en el contrato, y que el personal cuente efectivamente con los conocimientos en desechos bioinfecciosos; de igual forma no existen controles sobre el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte de los empleados de la empresa VMA.

## RECOMENDACIONES

### AL Dr. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL O QUIEN OCUPE SU CARGO

1. Establecer un mecanismo de seguimiento a los resultados de los informes emitidos por Comité de Calidad y Seguridad al Usuario y/o la Unidad de Epidemiología, así como de las recomendaciones contempladas en los mismos, con el fin de garantizar la corrección de las desviaciones detectadas y cumplir efectivamente las normas relacionadas con la calidad y seguridad al usuario, infecciones intrahospitalarias y bioseguridad.

#### **PLAZO: Seis meses a partir de recibido el presente informe**

2. Elaborar un mecanismo de control que facilite el registro y estadística de eventos adversos (infecciones intrahospitalarias, reacciones a medicamentos, infecciones de herida quirúrgica, complicaciones técnicas y riesgos de bioseguridad entre otros), contemplando el Servicio en el cual ocurre el evento y el funcionario responsable de reportarlo, con el fin de disponer de insumos para el análisis de los diferentes eventos y riesgos asociados a esta temática.

#### **PLAZO: Seis meses a partir de recibido el presente informe**

3. Ejecutar las acciones que correspondan para garantizar que el personal del centro de salud, cumpla con la normativa referente a la segregación correcta de los desechos, uso del equipo de protección personal y prevención de transmisión de infecciones en el área quirúrgica y post quirúrgica, responsabilizando a las Jefaturas y coordinadores sobre la verificación de estas acciones, quienes deben rendir informes periódicos a esa Dirección General.

#### **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: Seis meses a partir de recibido el presente informe**

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 23 de 24

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



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



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

**AL MSC. OSCAR MONTERO SÁNCHEZ DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL O QUIEN OCUPE SU CARGO**

4. Implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante el cumplimiento de las cláusulas contractuales suscritas entre el proveedor de servicios de limpieza y aseo, en lo referente al cumplimiento de requisitos del personal y la ejecución de labores de éstos, relacionadas con el manejo de desechos bio-infecciosos, limpieza de basureros, utilización de insumos de limpieza y demás estipuladas en el contrato y establecidas por el Hospital San Vicente de Paúl.

**PLAZO: Seis meses a partir de recibido el presente informe**

**COMENTARIO DEL INFORME**

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, se convocó a la Dirección Médica del Hospital San Vicente de Paúl, al comunicado de los resultados del presente estudio, mismo que se realizó el 17 de junio del 2016, en presencia del Dr. Mario Felipe Ruiz Cubillo, Director General a.i., Dra. Priscilla Balmaceda Chaves, Subdirectora a/c; Dra. Marisabel García Rojas, Asistente Médica Dirección General; Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Comisión Calidad y Seguridad del Usuario; MSc. Rosario Segura Esquivel, Asistente Administrativa Dirección General, MSc. Alma Carrillo Montes, Educación en Servicio; Dra. Patricia Rojas Venegas, Dirección de Enfermería, Lic. Carlos Alfaro García, Unidad de Epidemiología; Arq. Flory Arias Sánchez Equipo Calidad y Seguridad del Usuario; Dra. Victoria Benavidez Arguello, Coordinadora a/c Unidad de Epidemiología, Lic. Manuel Segura Vargas, Jefe de Servicios Generales.

**ÁREA SERVICIOS DE SALUD**

Licda. Laura Rodríguez Araya  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Miguel A. Salvatierra Rojas  
**JEFE SUB ÁREA**

Lic. Edgar Avendaño Marchena  
**JEFE ÁREA**

EAM/MASR/LRA/wnq

