



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacia

Teléfono: 2550-1937 / Fax: 2550-1829

Cartago, 13 de Setiembre de 2017
DF 668-2017

Dra. Krisia Díaz Valverde
Directora General
Hospital Maximiliano Peralta

Asunto: informe final de gestión

A. Presentación:

En cumplimiento de las Directrices que deben observar los funcionarios (as) obligados (as) a presentar el informe final de su gestión, según lo dispuesto en el inciso e) del Artículo 12 de la Ley General de Control Interno, se presenta el Informe Final de la Gestión de la Dra. Maureen Moulton Allen, como Directora del Servicio de Farmacia del Hospital Maximiliano Peralta Jiménez de Cartago, durante el período que comprende desde el año 1984 hasta Setiembre 2017.

En el presente informe se exponen los resultados de la gestión relativos a:

- 1- la labor sustantiva del servicio,
- 2- los cambios habidos en el entorno durante el periodo, que afectan el quehacer institucional,
- 3- el estado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno,
- 4- las acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno de la unidad,
- 5- los principales logros alcanzados durante la gestión de conformidad con la planificación del servicio,
- 6- el estado de los proyectos más relevantes, existentes al inicio de la gestión y de los que dejó pendientes de concluir,
- 7- la administración de los recursos financieros asignados,
- 8- sugerencias para la buena marcha del servicio,
- 9- las observaciones sobre otros asuntos que se enfrenta o debería aprovechar,
- 10- el estado actual del cumplimiento de las disposiciones giradas por la Contraloría General de la República,
- 11- el estado actual del cumplimiento de las disposiciones giradas por otros órganos de control externo y
- 12- el estado actual de cumplimiento de las recomendaciones de la Auditoría Interna.

B- RESULTADOS DE LA GESTIÓN:

1- Sobre la labor sustantiva del servicio:

El Servicio de Farmacia en la actualidad dispone de un despacho de recetas ambulatorias que dispensa un promedio de 28000 cupones al mes, se despachan en promedio 5000 cupones al mes como apoyo a la red (medicina mixta, ebais, áreas), se despachan 15000 cupones al mes para pacientes hospitalizados en las Farmacias satélites I y II, 24000 cupones de pacientes que acuden a los servicios de emergencias. La Farmacia satélite I, se mantiene laborando las 24 horas del día, los 365 días del año, despachando las recetas generadas por el Servicio de Emergencias después de las 4 p.m., sábados, domingos y feriados.

Se cuenta además con dos farmacias especializadas una para atender a los pacientes en el área de Quimioterapia, preparando y despachando un promedio de 1000 tratamientos al mes.

Otra para Soporte Nutricional, preparando y despachando un promedio de 250 preparaciones al mes.

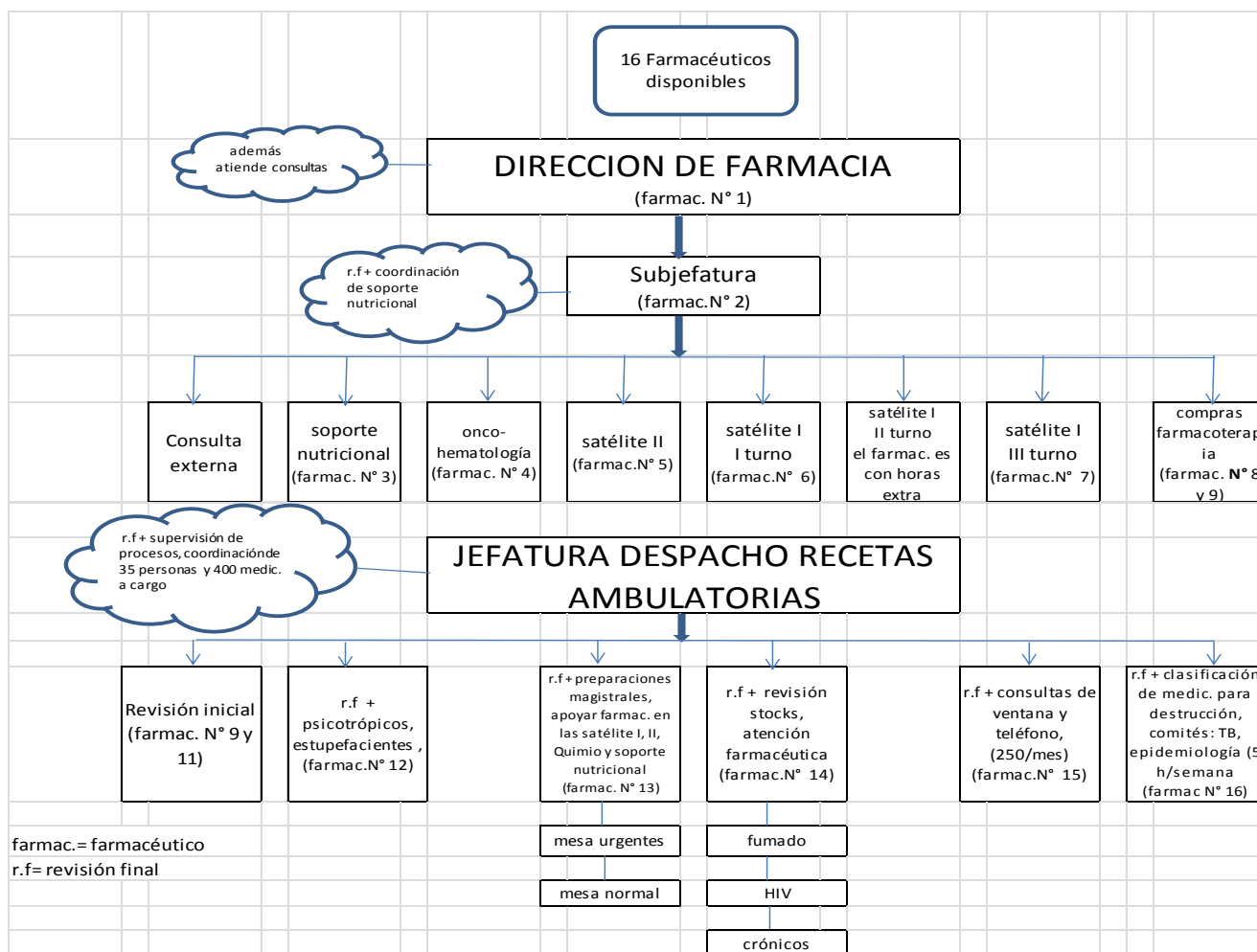
Se cuenta también con un área de preparaciones magistrales que realiza aproximadamente 600 procedimientos al mes.

El área de compras y farmacoterapia ha crecido en forma constante y en éste momento realiza aproximadamente 4000 trámites al mes.

Se cuenta con una bodega general, que está fuera del espacio físico del Hospital, desde donde se despachan todos los pedidos para todas las farmacias y los servicios con los que cuenta el Hospital y además debe atender los trámites y despachos de medicamentos para el Área de salud de Cartago, una bodega de paso que distribuye los medicamentos a la consulta externa y un cuarto frío para almacenar los medicamentos que necesitan de condiciones de conservación entre 2 y 8 °C.

La Farmacia cuenta con una oficina privada para la atención farmacéutica de los pacientes en programas o clínicas especiales como HIV, clínica de cesación de fumado, y pacientes crónicos con insuficiencia renal crónica, hipertensos, diabéticos, entre otros.

Actualmente el servicio cuenta con 16 plazas de farmacéutico y 46 de técnicos de farmacia, dos de las plazas de profesional son de medio tiempo. La cantidad de plazas no ha variado desde el año 2008, a pesar de que anualmente aumenta el número de los especialistas médicos que llegan al Hospital. La farmacia de consulta ambulatoria cuenta con siete farmacéuticos y veintidós técnicos. La distribución de las funciones de los profesionales se observa en el organigrama adjunto.



A continuación se detallan los indicadores, metas y cumplimiento de las mismas para el año 2016 y el primer semestre del año 2017:



Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
Servicio de Farmacia
Seguimiento Anual Plan Presupuesto 2016

SERVICIO DE FARMACIA		Meta Programada		Meta Lograda			% Cumplimiento		Observación	Análisis Anual de Cumplimiento de las metas programadas en el Plan Presupuesto 2016
		I Sem	II Sem	Anual	I Sem	II Sem	Anual	Anual 2016		
A3-79	Número de cupones de medicamentos por Consulta Externa	204,000	460,000	460,000	458,098	184,968	643,066	139.80%	Meta Cumplida Requiere Justificación Técnica	La meta disminuyó considerablemente en el segundo semestre con respecto al periodo anterior ya que en acatamiento a circular CNSF-SIFA 0217-07-15, se indica que no se deben tomar en cuenta los medicamentos reintegrados, por consiguiente el dato obtenido es menor al que anteriormente se reportaba. Cabe destacar que las recetas que se reintegran conllevan todo el trabajo de despacho al igual que las recetas retiradas, sin embargo en este dato no se están tomando en cuenta. En el segundo semestre se observa además una disminución debido que a partir del mes de octubre el área de salud trasladó las recetas que anteriormente se despachaban por el hospital para ser despachadas por un contrato por terceros. Por lo anterior la nueva meta ha establecido por semestre debe ser analizada de acuerdo a los nuevos parámetros de producción.
A3-80	Número de cupones de medicamentos por Servicio de Urgencias	148,000	130,000	130,000	119,553	130,363	249,916	192.24%	Meta Cumplida Requiere Justificación Técnica	Como se observa la meta programada para el primer semestre es de 148,000 y la del segundo es de 130,000, por lo que aparentemente se dio un error al indicar la meta anual, ya que esta se programa en 260,000 al año, por lo que con esta meta en realidad se obtuvo un 96%
A3-81	Número de cupones de medicamentos por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	240,000	250,000	250,000	225,881	133,008	358,889	143.56%	Meta Cumplida Requiere Justificación Técnica	Se observa una disminución de la producción en el segundo semestre debido que a partir del mes de octubre el área de Salud contrata servicios a terceros para el despacho de las recetas de esa área y ya no serán despachadas por el hospital. Se deben revisar los nuevos parámetros establecidos de acuerdo a la producción
A3-82	Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos por Consulta Externa (En Minutos)	240	480	480	240	480	720	150.00%	Meta Cumplida Requiere Justificación Técnica	A partir del primer trimestre del año 2017 se espera que el tiempo de entrega sea disminuya debido a la disminución en el número de cupones despachados. Lo anterior si las condiciones actuales se mantienen

Análisis de Metas el rubro A3-79 la meta obtenida fue menor a la programada debido al cambio en el registro de los datos en el cuadro 31 y al retiro de las recetas correspondientes al área de salud de Catago a partir del mes de octubre A3-80: La producción lograda no refleja la cantidad real de los cupones despachados, ya que tampoco contempla los cupones reintegrados por no retiro que son en promedio 3000 al mes, en total al semestre son 18000, sin embargo en acatamiento a la circular mencionada se trabaja de esta manera y se logra obtener la meta programada. En el cuadro 31 tampoco se muestran, estos cupones representan un porcentaje importante del total de recetas despachadas. A3-81: el número de cupones despachados ha tenido un descenso debido al traslado de las recetas despachadas por contrato a terceros por parte del área de salud de Catago. A3-82: El tiempo de despacho de las recetas se mantiene aunque la tendencia debido a la disminución del número de cupones despachados es que vaya disminuyendo. Aportes al desarrollo: Las metas e indicadores planteados por el Servicio de Farmacia contribuyen al bienestar integral de la población adscrita al Hospital Max Peralta, El despacho de las recetas el mismo día en que se reciben en un tiempo de máximo 2 horas, y dando prioridad a la población más vulnerable como los adultos mayores impacta positivamente en la salud del usuario, quien al tener siempre los medicamentos para tratar sus padecimientos, socialmente sigue siendo funcional, mantiene sus capacidades y habilidades para trabajar y desenvolverse de forma independiente, esto implica mayor desarrollo económico al poder la población mantenerse trabajando, el hecho de despachar las recetas, implica que los pacientes se pueden mantener estables y el número de hospitalizados no es mayor, lo que implicaría mayor uso de materiales como sueros, jeringas, insumos que afectan negativamente y desfavorecen al ambiente. El compromiso de la Farmacia es maximizar el recurso que se tiene para mantener y de ser posible mejorar las metas e indicadores de gestión, las actividades relacionadas directamente con el usuario son siempre nuestra prioridad.

SERVICIO DE FARMACIA		Meta Programada		Meta Lograda			% Cumplimiento		Observación	Análisis Anual de Cumplimiento de las metas programadas en el Plan Presupuesto 2016
		I Sem	II Sem	Anual	I Sem	II Sem	Anual	Anual 2016		
H3-77	Número de cupones de medicamentos por hospitalización	82,000	177,700	177,700	78,554	78,645	157,199	88.46%	Parcialmente Cumplida Requiere Plan de Mejora	Por error involuntario la meta del tercer y cuarto trimestre no se corrigió como se había hecho para los dos primeros trimestres en acatamiento a circular CNSF-SIFA 0217-07-15, en la que se considera que el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria que es el utilizado en los servicios de encamados, debe tomar todas las aplicaciones despachadas durante el periodo de hospitalización como una única cantidad, a pesar de que se despachen en repetidas ocasiones digitadas en el SIFA. Se va a fijar nueva meta de acuerdo a lo establecido en la circular.

H3-77 La meta real es de 41000 cupones por trimestre como se indicó para los dos primeros trimestres. Con este dato se observa que la meta se alcanzó en los dos últimos trimestres. Sin embargo cabe recalcar que en acatamiento a circular CNSF-SIFA 0217-07-15 no se están tomando todos los cupones despachados, sino que el dato se toma como uno sólo para cada producto entregado al paciente hospitalizado.

METAS I SEMESTRE 2017										
Código	Descripción del indicador	I Trim 17	Cumplimiento I Trim 2017	II Trim 17	Cumplimiento II Trim 2017	Meta programada I Semestre 2017	total de Cumplimiento I semestre 2017	Porcentaje alcanzado	Observación	Justificación Técnica en caso de que lo requiera
A3-79	Número de cupones de medicamentos por Consulta Externa	85,000	76,221	85,000	78,149	170,000	154,370	91%	FALSO	
A3-80	Número de cupones de medicamentos por Servicio de Urgencias	70,900	65,741	70,900	76,087	141,800	141,828	100%	Meta Cumplida	
A3-81	Número de cupones de medicamentos por apoyo a la red (Medicina de Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	112,000	9,934	110,000	10,763	222,000	20,697	9%	Meta Insuficiente Requiere Plan de Mejora	Las metas propuestas por el servicio de farmacia enviadas en correo del 1 de marzo de 2017 proponen una producción promedio de 14000 cupones para cada trimestre, sin embargo las metas presentadas en la matriz no corresponden con lo propuesto por Farmacia, por lo que los porcentajes varían considerablemente. La meta real de producción en este rubro es de 14000 cupones por trimestre.
A3-82	Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos por Consulta Externa (En Minutos)	120	120	120	120	240	240	100%	Meta Cumplida	
H3-77	Número de cupones de medicamentos por hospitalización	45,000	44,613	45,000	44,482	90,000	89,095	99%	Meta Aceptable	

2- Cambios habidos en el entorno durante el periodo que afectan el quehacer institucional:

Un cambio que sin duda se convirtió en un reto es el incremento sostenido de las compras locales de medicamentos y algunos insumos que se deben realizar en el servicio de Farmacia, los medicamentos de acuerdo a la necesidad planteada por los médicos y la autorización para su adquisición por parte del Comité Central de Farmacoterapia mediante claves por paciente. Para lograr éste objetivo ha sido necesario invertir tiempo y un enorme esfuerzo de los farmacéuticos y técnicos que llevan a cabo ésta actividad, dado lo complejo de la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento que es la normativa a aplicar.

Cabe destacar en éste punto que ahora se presenta muy frecuentemente que cuando el Comité Central de Farmacoterapia rechaza solicitudes de medicamentos crónicos no incluidos en la lista básica de medicamentos, los pacientes acuden a la sala IV y llegan los recursos de amparo, obligando al Hospital a comprar los tratamientos, esto significa para la Farmacia en la mayoría de los casos destinar muchos recursos humanos profesionales y técnicos y de presupuesto para atender de forma prioritaria éstos casos, por lo cual hay que posponer otras actividades ya planificadas en las áreas de trabajo.

Otro cambio es en referencia a la supervisiones que realizan la Áreas de salud rectoras en el Ministerio de Salud como requisito a cumplir para otorgar los permisos de funcionamiento, se aplica más recientemente un requisito legal, el Reglamento de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de medicamentos en droguerías, N° 37700-S, que rige desde el año 2013, esto implica que se detecten oportunidades de mejora que

obligan a realizar cambios y mejoras para obtener y mantener los permisos de funcionamiento y operación.

Otro cambio de gran impacto durante el periodo fue en principio la migración de las recetas de medicina de empresa y medicina mixta desde éste servicio a los Servicios por terceros contratados por la Institución, luego se trasladó el despacho de las recetas de algunos Ebais del Área de Salud de Cartago y más recientemente en Octubre 2016 se completó la migración, por lo que en éste momento se despachan las recetas generadas en éste hospital de la consulta ambulatoria especializada, las generadas en los servicios de encamados, las de pacientes con tratamiento de quimioterapia que llegan al Hospital cada día para las aplicaciones, las que se reciben como encomiendas de todas las unidades programáticas de Cartago, que son copias de medicamentos de especialista, y las generadas en el Servicio de emergencias y la consulta de choque (nueva modalidad de atención de los pacientes que se clasifican como no críticos en emergencias).

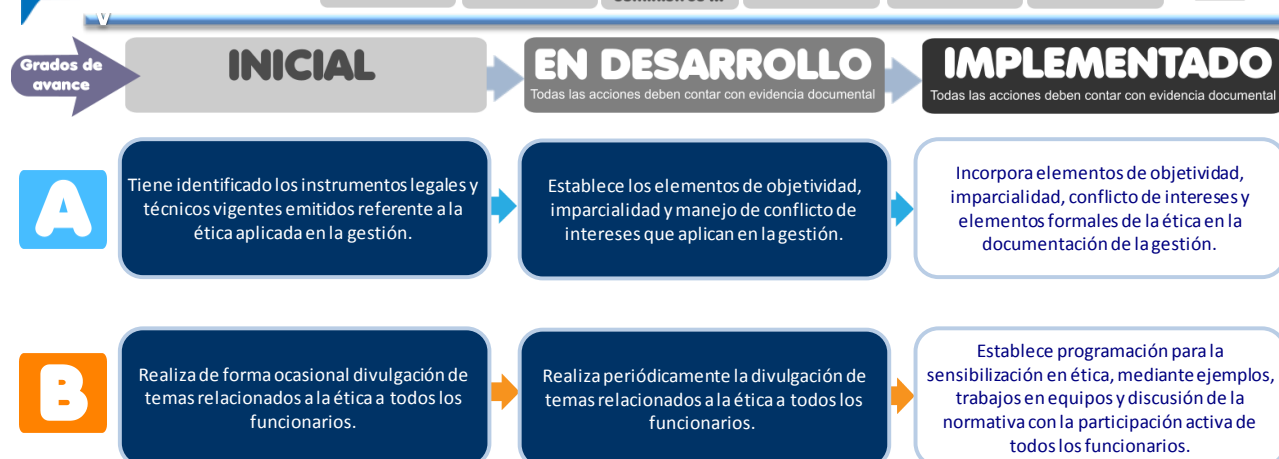
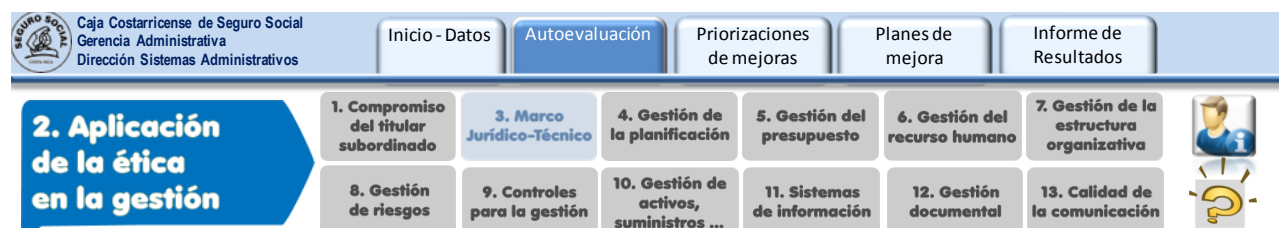
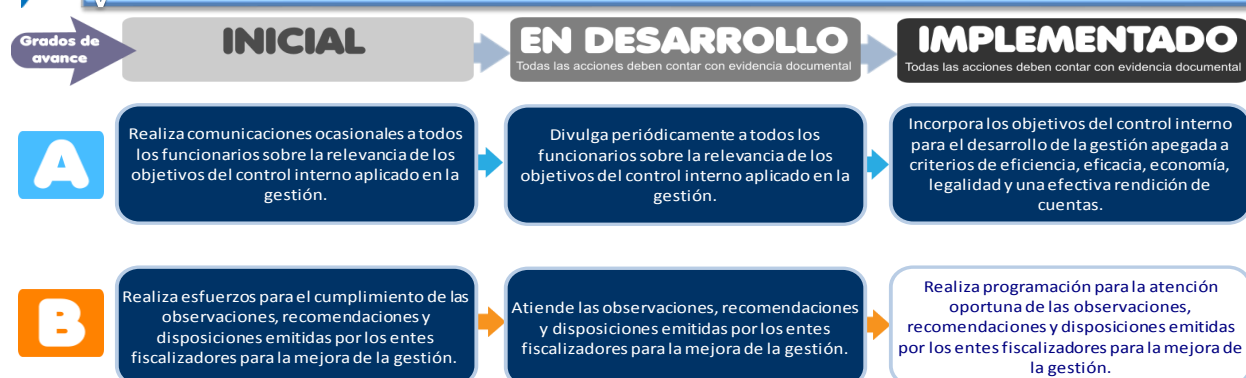
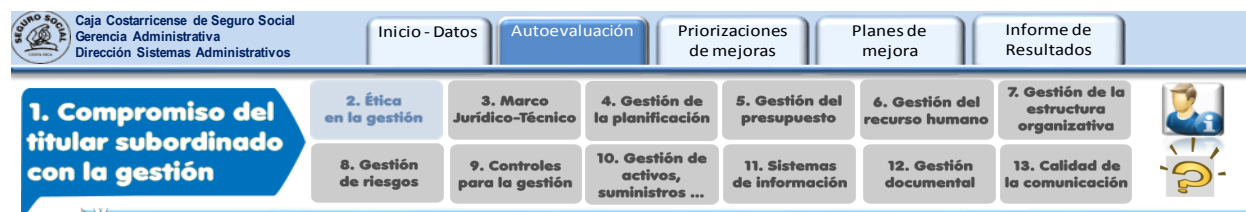
Otro cambio que hemos enfrentado y asumido con mucha responsabilidad se refiere al impulso de los servicios de Farmacia hacia la atención farmacéutica, éste ha tenido un desarrollo fundamental y poco a poco hemos logrado ir incluyendo al profesional farmacéutico en los diferentes comités y disciplinas con el objetivo de cumplir con la Política Institucional de Atención Farmacéutica (AF) que dice que es: *“la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”*

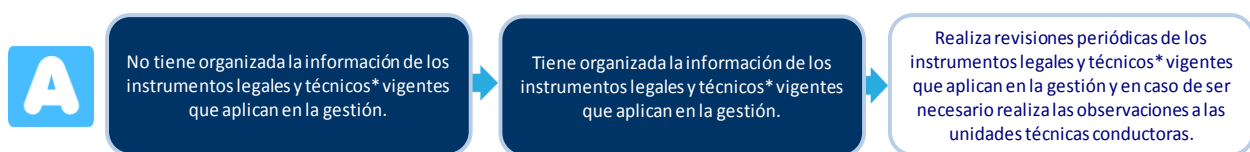
Indica además *“que esta práctica profesional, ha incorporado en su ejercicio profesional al individuo, la familia y la comunidad, sin dejar de lado la gestión del suministro de los medicamentos, pero visualizando al medicamento no como un fin en sí mismo sino como un medio que acompañado de educación e información al paciente y su red de apoyo, permita lograr los beneficios esperados con el uso de una determinada terapia farmacológica”*.

Todos estos cambios en el entorno han obligado a generar múltiples cambios en la Farmacia a través del tiempo siempre con el objetivo de dar cumplimiento y adaptar el Servicio a éstos cambios y mantener un servicio de calidad para el paciente.

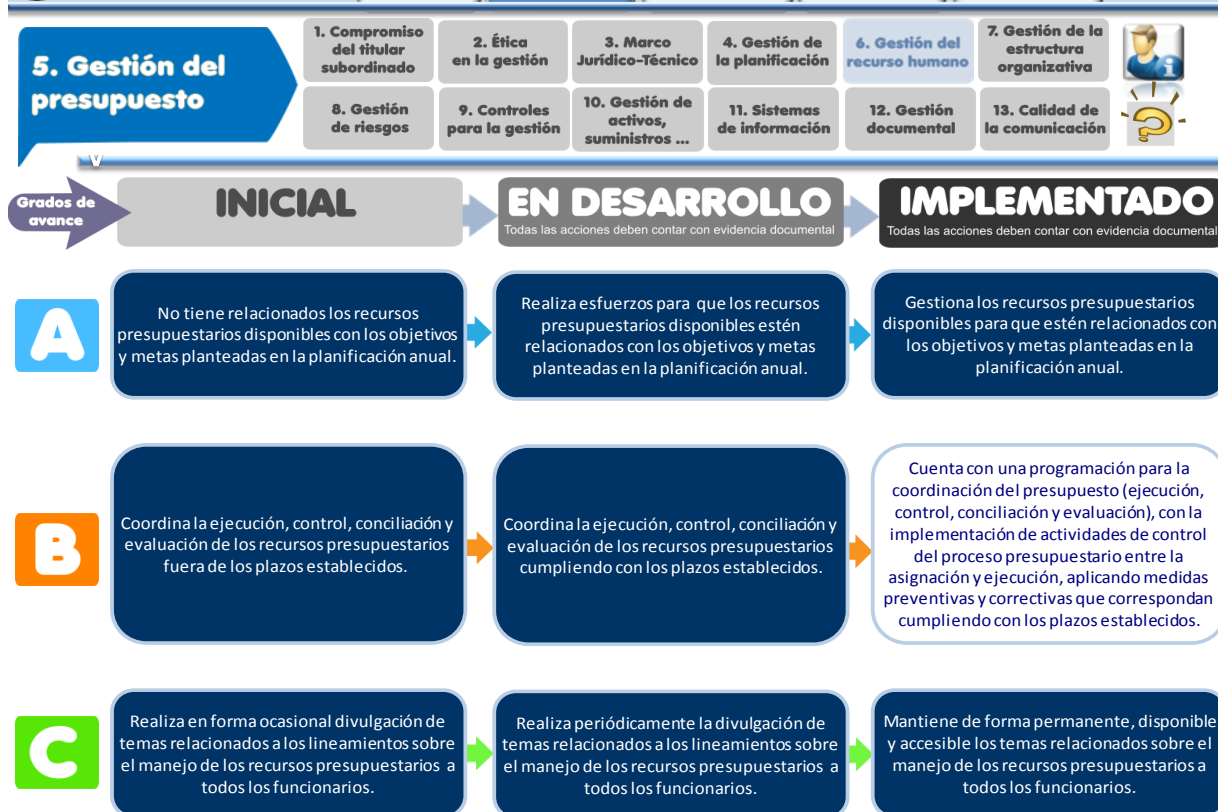
3- el estado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno:

Se presenta para el año 2016:





* Normativa relacionada: Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 3.3 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)



* Normativa relacionada: Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 4.4.3 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4), Política Presupuestaria 2014-2015.



* Normativa relacionada: Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 2.4 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)

7. Gestión de la estructura organizativa

1. Compromiso del titular subordinado	2. Ética en la gestión	3. Marco Jurídico-Técnico	4. Gestión de la planificación	5. Gestión del presupuesto	6. Gestión del recurso humano
8. Gestión de riesgos	9. Controles para la gestión	10. Gestión de activos, suministros ...	11. Sistemas de información	12. Gestión documental	13. Calidad de la comunicación



Grados de avance

INICIAL

EN DESARROLLO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

IMPLEMENTADO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

A

No ha definido en forma escrita las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad para las funciones desempeñadas por los funcionarios.

Ha definido en forma escrita las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad para las funciones desempeñadas por los funcionarios.

Establece programación para la revisión y actualización de las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad para las funciones desempeñadas por los funcionarios considerando los riesgos, la eficiencia, la eficacia y el cumplimiento del marco jurídico y técnico en la gestión.

B

No comunica de manera formal a todos los funcionarios y otros involucrados externos: las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad.

Comunica de manera formal a todos los funcionarios y otros involucrados externos: las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad.

Comunica periódicamente de manera formal a todos los funcionarios y otros involucrados externos: las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad.

C

No ha determinado de manera formal las funciones sensibles (registro, ejecución, autorización, y aprobación) en las actividades, operaciones y transacciones de la gestión.

Determina las funciones sensibles en las actividades, operaciones y transacciones efectuadas y ha evaluado la separación de funciones considerando la disponibilidad de los recursos, los riesgos, disposiciones jurídicas y técnicas y la eficiencia y eficacia en la gestión.

Implementa la separación de funciones sensibles considerando: la disponibilidad de recursos, la valoración de riesgos, disposiciones jurídicas y técnicas, la eficiencia y eficacia en la gestión. En caso que no sea posible la segregación de funciones, establece y divulga controles alternativos para minimizar el riesgo, fundamenta la causa del impedimento e informa a la autoridad superior que corresponda.

D

Determina posibles funciones para implementar la rotación de labores entre los funcionarios.

Evalúa las tareas o funciones afines para determinar la posibilidad de realizar la rotación de labores.

Cuenta con una programación para la rotación de labores, en el caso de que no sea viable, documenta la justificación.

8. Gestión de riesgos

1. Compromiso del titular subordinado
7. Gestión de la estructura organizativa

2. Ética en la gestión
9. Controles para la gestión

3. Marco Jurídico-Técnico
10. Gestión de activos, suministros ...

4. Gestión de la planificación
11. Sistemas de información

5. Gestión del presupuesto
12. Gestión documental

6. Gestión del recurso humano
13. Calidad de la comunicación



Grados de avance

INICIAL

EN DESARROLLO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

IMPLEMENTADO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

A

No tiene conocimiento de la conformación del equipo gestor de riesgos.

Tiene conocimiento de la conformación del equipo gestor de riesgos y recibe información de los resultados de la valoración para aplicarla en la gestión.

Establece una retroalimentación hacia el equipo gestor de riesgos para mantener actualizado la información del mapa de riesgos que aplica en la gestión.

B

No utiliza instrumentos para la valoración de riesgos emitidos institucionalmente de acuerdo a los lineamientos vigentes.

Utiliza para la valoración de riesgos los instrumentos emitidos institucionalmente de acuerdo a los lineamientos vigentes.

Revisa periódicamente la información en la herramienta de valoración de riesgos institucional aplicando los lineamientos vigentes y en caso de ser necesario actualiza los datos.

C

Los funcionarios no tienen conocimientos de manera formal sobre los riesgos que se pueden presentar en la gestión.

Realiza divulgación a todos los funcionarios la información generada de la aplicación de la herramienta de valoración de riesgos.

Todos los funcionarios tienen conocimientos de las estrategias (preventivas y contingenciales), responsables y plazos para la administración de los riesgos.

***Normativa relacionada:** Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 3.1 - 3.2 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4), Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) (D-3-2005-CO-DFOE).

9. Controles para la gestión

1. Compromiso del titular subordinado
7. Gestión de la estructura organizativa

2. Ética en la gestión
8. Gestión de riesgos

3. Marco Jurídico-Técnico
10. Gestión de activos, suministros ...

4. Gestión de la planificación
11. Sistemas de información

5. Gestión del presupuesto
12. Gestión documental

6. Gestión del recurso humano
13. Calidad de la comunicación



Grados de avance

INICIAL

EN DESARROLLO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

IMPLEMENTADO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

A

No tiene organizado los controles aplicados en la gestión y no ha determinado los requisitos de estos: tipo de control (preventivo o correctivo), los responsables, que respondan a riesgos, la periodicidad de aplicación, viabilidad y costos.

Tiene organizado los controles aplicados en la gestión determinando los siguientes requisitos: tipo de control (preventivo o correctivo), los responsables, que respondan a riesgos, la periodicidad de aplicación, viabilidad y costos.

Revisa los controles periódicamente para la actualización de los requisitos, determinar su efectividad y que se encuentren incorporados en la documentación de la gestión.

B

Los funcionarios no tienen conocimientos de manera formal sobre los controles para la prevención, detección y corrección ante los riesgos presentados en la gestión.

La información de los controles es divulgada y se mantiene disponible, actualizada y de forma ordenada para el uso y consulta de todos los funcionarios.

Los funcionarios tienen conocimientos de manera formal sobre los controles para la prevención, detección y corrección ante los riesgos presentados en la gestión.

***Normativa relacionada:** Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 4.1 - 4.2 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)

10. Gestión de los activos, suministros y medicamentos*

- | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Compromiso del titular subordinado | 2. Ética en la gestión | 3. Marco Jurídico-Técnico | 4. Gestión de la planificación | 5. Gestión del presupuesto | 6. Gestión del recurso humano |
| 7. Gestión de la estructura organizativa | 8. Gestión de riesgos | 9. Controles para la gestión | 11. Sistemas de información | 12. Gestión documental | 13. Calidad de la comunicación |



*Normativa relacionada: Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 4.3 - 4.3.1 - 4.3.2 - 4.3.3 - 4.4.5 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)

11. Sistemas de información (Manual, automatizados o ambos)

1. Compromiso del titular subordinado

2. Ética en la gestión

3. Marco Jurídico-Técnico

4. Gestión de la planificación

5. Gestión del presupuesto

6. Gestión del recurso humano



7. Gestión de la estructura organizativa

8. Gestión de riesgos

9. Controles para la gestión

10. Gestión de activos, suministros ...

12. Gestión documental

13. Calidad de la comunicación



*Normativa relacionada: Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 5.1 - 5.2 - 5.3 - 5.6 - 5.6.1 - 5.6.2 - 5.6.3 - 5.8 -5.9 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)

12. Gestión documental (física y digital)

1. Compromiso del titular subordinado

2. Ética en la gestión

3. Marco Jurídico-Técnico

4. Gestión de la planificación

5. Gestión del presupuesto

6. Gestión del recurso humano



7. Gestión de la estructura organizativa

8. Gestión de riesgos

9. Controles para la gestión

10. Gestión de activos, suministros ...

11. Sistemas de información

13. Calidad de la comunicación



Grados de avance

INICIAL

EN DESARROLLO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

IMPLEMENTADO

Todas las acciones deben contar con evidencia documental

A

No ha determinado los formularios, plantillas y matrices uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro utilizados en la gestión.

Determina y analiza los formularios, plantillas y matrices para la documentación, el procesamiento y el registro utilizados en la gestión, con el fin de identificar la viabilidad de estandarizar.

Implementa el uso de formularios, plantillas, matrices y otra documentación uniformes de elaboración interna o de uso institucional, además de incorporar elementos de automatización.

B

No tiene establecido de manera formal actividades de: control de acceso, confidencialidad, migración y respaldo de la gestión documental (física o digital).

Realiza acciones para el ordenamiento de la documentación generada por la gestión estableciendo actividades de control de: acceso, confidencialidad, migración y respaldo de la gestión documental (física o digital).

Cuenta con la información de la gestión clasificada y organizada, lo que permite tener control para su archivo y recuperación de acuerdo a las necesidades de los usuarios internos y externos.

C

No ha establecido acciones para la preservación de la documentación e información de la gestión necesaria para usos técnicos o jurídicos.

Tiene identificada la información que debe preservarse por su utilidad técnica y jurídica.

Revisa periódicamente que la información que se encuentra preservada por su utilidad técnica y jurídica sea la correcta y se encuentre en la condiciones adecuadas.

D

Los funcionarios tienen conocimientos limitados referente al manejo de la documentación generada en la gestión.

La mayoría de los funcionarios cuentan con conocimientos referente al manejo de la documentación generada en la gestión.

Todos los funcionarios se encuentran capacitados referente al manejo de la documentación generada en la gestión.

E

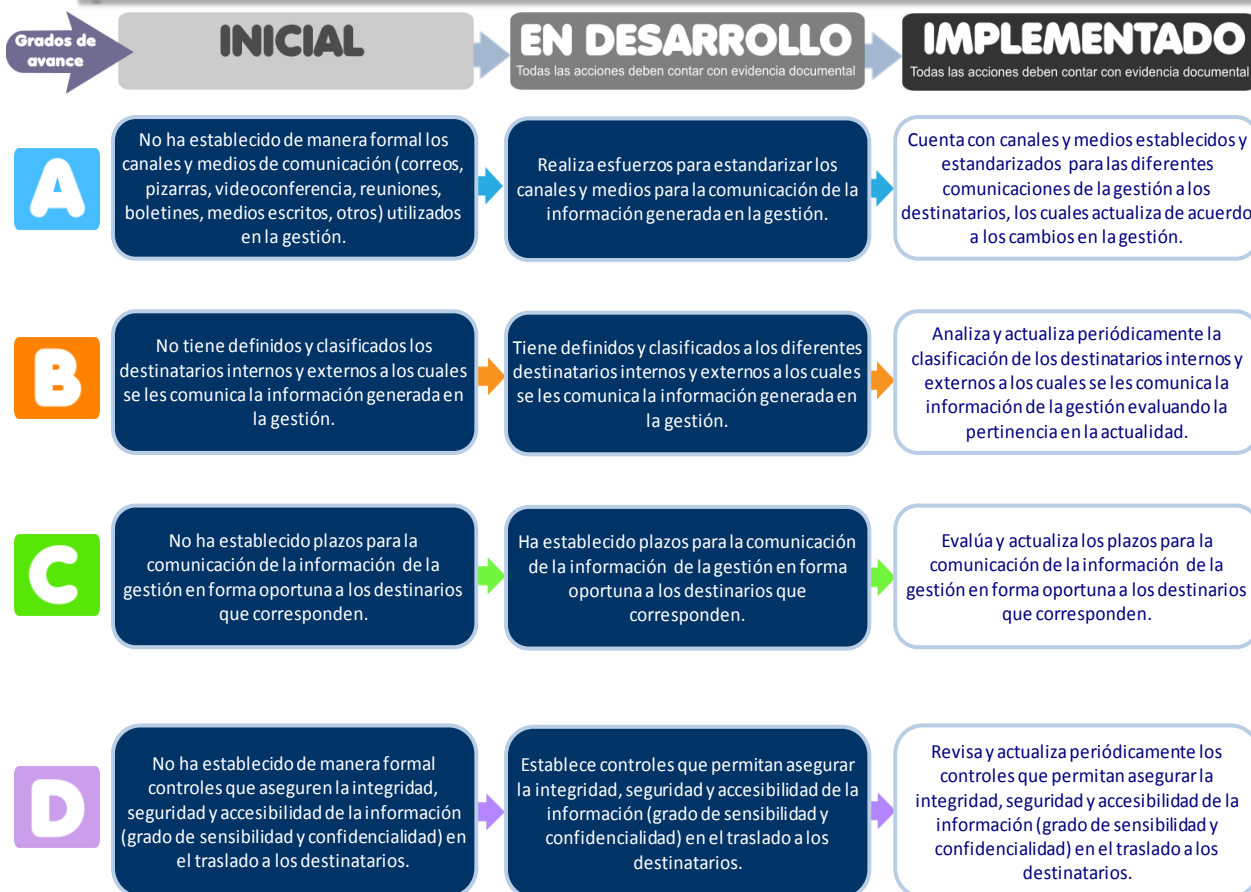
No cuenta con las condiciones físicas para la organización, disponibilidad, acceso, confidencialidad y preservación de los documentos generados en la gestión.

No cuenta con las condiciones físicas para la organización, disponibilidad, acceso, confidencialidad y preservación de los documentos generados en la gestión, por lo cual realiza las gestiones ante los responsables para los solventar el espacio necesario de acuerdo a los requerido.

Cuenta con las condiciones físicas para la organización, disponibilidad, acceso, confidencialidad y preservación de los documentos generados en la gestión.

13. Calidad de la comunicación

- | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Compromiso del titular subordinado | 2. Ética en la gestión | 3. Marco Jurídico-Técnico | 4. Gestión de la planificación | 5. Gestión del presupuesto | 6. Gestión del recurso humano |
| 7. Gestión de la estructura organizativa | 8. Gestión de riesgos | 9. Controles para la gestión | 10. Gestión de activos, suministros ... | 11. Sistemas de información | 12. Gestión documental |

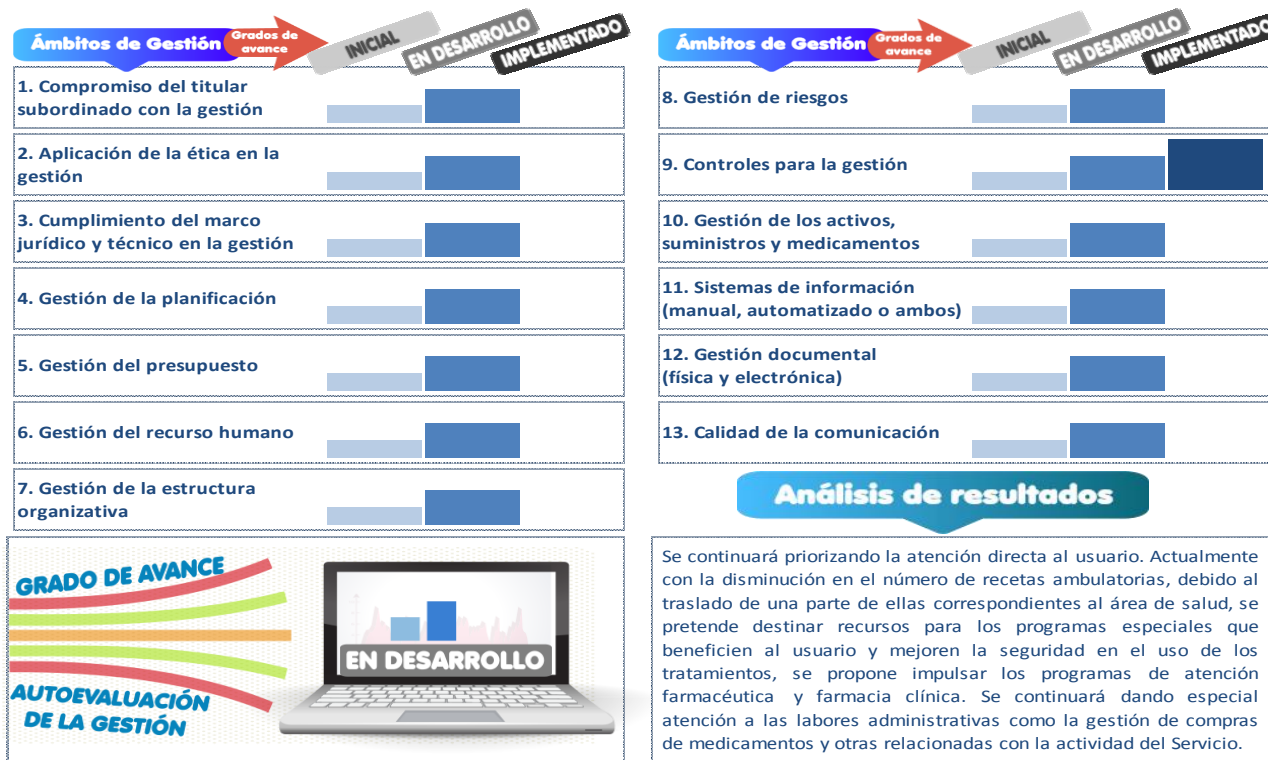


***Normativa relacionada:** Normas de control interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE (Art. 5.7.1 - 5.7.2 - 5.7.3 - 5.7.4 - 6.1 - 6.2 - 6.3 - 6.4)

El resumen de los resultados se presenta a continuación:


Año de autoevaluación	2016
Unidad ejecutora	HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ
Dependencia	Farmacia
Nombre de titular subordinado	Dra. Maureen Moulton Allen

RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN



4- las acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno de la unidad:

Los siguientes son los planes de mejora propuestos en la última autoevaluación del año 2016:

 Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Administrativa Dirección Sistemas Administrativos		Inicio - Datos	Autoevaluación	Priorizaciones de mejoras	Planes de mejora	Informe de Resultados	 
Año de autoevaluación:	2016	Unidad ejecutora:	HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ				
Dependencia:	Farmacia						
Nombre titular subordinado:	Dra. Maureen Moulton Allen						

PRIORIZACIÓN DE PLANES DE MEJORA

FILTRAR POR:
☐ INICIAL ☒ PRIORIZADOS
☐ EN DESARROLLO ☐ QUITAR FILTRO
☐ IMPLEMENTADO ☐ NO EVALUADO

	Ámbitos de gestión	Grado de avance actual	Acciones para mantenerse o avanzar hacia el próximo grado de avance	Prioriza
1	Compromiso del titular subordinado con la gestión	A Implementado	Incorpora los objetivos del control interno para el desarrollo de la gestión apegada a criterios de eficiencia, eficacia, economía, legalidad y una efectiva rendición de cuentas.	<input type="checkbox"/>
	Compromiso del titular subordinado con la gestión	B En desarrollo	Realiza programación para la atención oportuna de las observaciones, recomendaciones y disposiciones emitidas por los entes fiscalizadores para la mejora de la gestión.	<input type="checkbox"/>
2	Aplicación de la ética en la gestión	A En desarrollo	Incorpora elementos de objetividad, imparcialidad, conflicto de intereses y elementos formales de la ética en la documentación de la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Aplicación de la ética en la gestión	B En desarrollo	Establece programación para la sensibilización en ética, mediante ejemplos, trabajos en equipos y discusión de la normativa con la participación activa de todos los funcionarios.	<input type="checkbox"/>
3	Cumplimiento del marco jurídico y técnico en la gestión	A En desarrollo	Realiza revisiones periódicas de los instrumentos legales y técnicos* vigentes que aplican en la gestión y en caso de ser necesario realiza las observaciones a las unidades técnicas conductoras.	<input type="checkbox"/>
	Cumplimiento del marco jurídico y técnico en la gestión	B Implementado	Realiza divulgaciones de forma permanente a los funcionarios de los instrumentos legales y técnicos vigentes y evidencia la aplicación mostrando el fundamento legal y técnico en la gestión.	<input type="checkbox"/>
4	Gestión de la planificación	A En desarrollo	Cuenta con una programación para la coordinación de la planificación (formulación, modificación, seguimiento y evaluación) y la implementación de actividades de control, aplicando medidas preventivas y correctivas que correspondan cumpliendo con los plazos establecidos.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de la planificación	B Implementado	Mantiene de forma permanente, disponible y accesible los temas relacionados sobre la gestión de la planificación a todos los funcionarios (dependiendo del nivel: estratégico, táctico y operativo).	<input type="checkbox"/>
5	Gestión del presupuesto	A Implementado	Gestiona los recursos presupuestarios disponibles para que estén relacionados con los objetivos y metas planteadas en la planificación anual.	<input type="checkbox"/>
	Gestión del presupuesto	B En desarrollo	Cuenta con una programación para la coordinación del presupuesto (ejecución, control, conciliación y evaluación), con la implementación de actividades de control del proceso presupuestario entre la asignación y ejecución, aplicando medidas preventivas y correctivas que correspondan cumpliendo con los plazos establecidos.	<input type="checkbox"/>
6	Gestión del recurso humano	A En desarrollo	Mantiene de forma permanente, disponible y accesible los temas relacionados sobre el manejo de los recursos presupuestarios a todos los funcionarios.	<input type="checkbox"/>
	Gestión del recurso humano	B Implementado	Establece programación de actividades de capacitación permanente de las funciones desempeñadas a todos los funcionarios. Además se realiza inducción a todo el personal de nuevo ingreso sobre los lineamientos prioritarios para el cumplimiento de las funciones.	<input type="checkbox"/>
7	Gestión de la estructura organizativa	A En desarrollo	Ha determinado el personal necesario para la gestión y comunica en caso de ser necesario a su superior las necesidades de nuevas competencias o más personal para el logro de los objetivos.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de la estructura organizativa	B Implementado	Establece programación para la revisión y actualización de las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad para las funciones desempeñadas por los funcionarios considerando los riesgos, la eficiencia, la eficacia y el cumplimiento del marco jurídico y técnico en la gestión.	<input type="checkbox"/>
8	Gestión de la estructura organizativa	B Implementado	Comunica periódicamente de manera formal a todos los funcionarios y otros involucrados externos: las líneas de dependencia, coordinación, autorización, aprobación y responsabilidad.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de la estructura organizativa	C En desarrollo	Implementa la separación de funciones sensibles considerando: la disponibilidad de la recatulación de riesgos, disposiciones jurídicas y técnicas, la eficiencia y eficacia en la gestión. En caso que no sea posible la segregación de funciones, establece y divulga controles alternativos para minimizar el riesgo, fundamenta la causa del impedimento e informa a la autoridad superior que corresponda.	<input type="checkbox"/>
9	Gestión de riesgos	A En desarrollo	Cuenta con una programación para la rotación de labores, en el caso de que no sea viable, documenta la justificación.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de riesgos	B En desarrollo	Establece una retroalimentación hacia el equipo gestor de riesgos para mantener actualizada la información del mapa de riesgos que aplica en la gestión.	<input type="checkbox"/>
10	Gestión de riesgos	C En desarrollo	Revisa periódicamente la información en la herramienta de valoración de riesgos institucionales para los lineamientos vigentes y en caso de ser necesario actualiza los datos.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de riesgos	C En desarrollo	Todos los funcionarios tienen conocimientos de las estrategias (preventivas y contingenciales), responsables y plazos para la administración de los riesgos.	<input type="checkbox"/>
11	Controles para la gestión	A Implementado	Revisa los controles periódicamente para la actualización de los requisitos, determinar su efectividad y que se encuentren incorporados en la documentación de la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Controles para la gestión	B Implementado	Los funcionarios tienen conocimientos de manera formal sobre los controles para la prevención, detección y corrección ante los riesgos presentados en la gestión.	<input type="checkbox"/>
12	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	A Implementado	Cuenta con responsables designados capacitados y actualizados para la coordinación de activos, suministros y medicamentos en la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	B En desarrollo	La asignación de activos a los funcionarios se encuentra actualizada, en caso de movimiento de personal de la unidad o puestos de trabajo se actualiza oportunamente la asignación de los activos.	<input type="checkbox"/>
13	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	C En desarrollo	Establece de manera formal y dispone de dispositivos de seguridad, asignación de responsabilidades para la custodia, mantenimiento y la administración de los activos, suministros y medicamentos con uso y acceso por múltiples funcionarios.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	D En desarrollo	Los funcionarios conocen y aplican los deberes, las funciones, las líneas de autoridad y responsabilidad referente a los activos, suministros y medicamentos.	<input type="checkbox"/>
14	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	E En desarrollo	Cuenta con una programación para determinar las necesidades de activos, suministros y medicamentos tomando la previsión de sustitución, reparaciones y otros eventos.	<input type="checkbox"/>
	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	F Implementado	Dispone de información detallada de los equipos (tecnológicos, médicos, industriales) y mobiliario prioritarios para la prestación continua oportuna de los servicios en su unidad.	<input type="checkbox"/>
15	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	G En desarrollo	Integra la información de los equipos (tecnológicos, médicos e industriales) y mobiliario prioritarios para la prestación de los servicios con los proveedores de mantenimiento (interno o externo).	<input type="checkbox"/>
	Gestión de los activos, suministros y medicamentos	A En desarrollo	Dispone de sistemas de información integrados a nivel organizacional lo que permite soluciones ágiles y de amplio alcance en la gestión.	<input type="checkbox"/>
16	Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)	B En desarrollo	Establece, documenta y divulga a todos los funcionarios los niveles de acceso, respaldos de información, datos sensibles y seguridad en los sistemas de información utilizados en la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)	C En desarrollo	Cuenta con una programación de revisiones periódicas de los sistemas de información evaluando la confiabilidad, el tiempo de respuesta y la utilidad de la información procesada.	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)	D En desarrollo	Implementa el uso de tecnologías (digitalización, certificación digital y otros) y adaptación a los requerimientos de la gestión de los sistemas de información apoyado en la normativa de tecnologías de información u otra normativa.	<input type="checkbox"/>
	Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)	A Implementado	Implementa el uso de formularios, plantillas, matrices y otra documentación uniformes de elaboración interna o de uso institucional, además de incorporar elementos de automatización.	<input type="checkbox"/>
18	Gestión documental (física y electrónica)	B En desarrollo	Cuenta con la información de la gestión clasificada y organizada, lo que permite tener control para su archivo y recuperación de acuerdo a las necesidades de los usuarios internos y externos.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Gestión documental (física y electrónica)	C En desarrollo	Revisa periódicamente que la información que se encuentra preservada por su utilidad técnica y jurídica sea la correcta y se encuentre en las condiciones adecuadas.	<input type="checkbox"/>
19	Gestión documental (física y electrónica)	D Implementado	Todos los funcionarios se encuentran capacitados referente al manejo de la documentación generada en la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Gestión documental (física y electrónica)	E En desarrollo	Cuenta con las condiciones físicas para la organización, disponibilidad, acceso, confidencialidad y preservación de los documentos generados en la gestión.	<input type="checkbox"/>
20	Calidad de la comunicación	A En desarrollo	Cuenta con canales y medios establecidos y estandarizados para las diferentes comunicaciones de la gestión a los destinatarios, los cuales actualiza de acuerdo a los cambios en la gestión.	<input type="checkbox"/>
	Calidad de la comunicación	B En desarrollo	Analiza y actualiza periódicamente la clasificación de los destinatarios internos y externos a los cuales se les comunica la información de la gestión evaluando la pertinencia en la actualidad.	<input type="checkbox"/>
21	Calidad de la comunicación	C En desarrollo	Evalúa y actualiza los plazos para la comunicación de la información de la gestión en forma oportuna a los destinatarios que corresponden.	<input type="checkbox"/>
	Calidad de la comunicación	D En desarrollo	Revisa y actualiza periódicamente los controles que permitan asegurar la integridad, seguridad y accesibilidad de la información (grado de sensibilidad y confidencialidad) en el traslado a los destinatarios.	<input type="checkbox"/>

Año de autoevaluación 2016

Unidad ejecutora	HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ
Dependencia	Farmacia
Nombre de titular subordinado	Dra. Maureen Moulton Allen

PLANES DE MEJORA

Ámbitos de gestión	Maximizar Vista	Acción de Mejoras recomendadas	Acciones a realizar	Responsable Acción	Plazo de Ejecución	Seguimiento I Semestre (Jun-2017)	% Avance	Acciones Correctivas
11. Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)		Cuenta con una programación de revisiones periódicas de los sistemas de información evaluando la confiabilidad, el tiempo de respuesta y la utilidad de la información procesada.	Se han confeccionado manuales de procedimientos de muchas áreas, sin embargo están pendientes de completar otros, por lo que se continuarán elaborando.	dirección de Farmacia, asistente administrativa, jefaturas de áreas y servicios.	abr-17	A la fecha se han revisado y actualizado los que existían anteriormente y confeccionado otros, en formato actualizado hay 21 procedimientos del servicio y otros están en revisión.	60%	Debido a que la confección de manuales de procedimientos es un proceso activo y deben ser revisados y actualizados constantemente, el proceso no tiene fecha de finalización
12. Gestión documental (física y electrónica)		Cuenta con la información de la gestión clasificada y organizada, lo que permite tener control para su archivo y recuperación de acuerdo a las necesidades de los usuarios internos y externos.	Completar la organización del archivo de documentos activos y pasivos de todas las áreas, registrando su ubicación manual y digital actualizada.	dirección de Farmacia, asistente administrativa, jefaturas de áreas y servicios.	jun-17	La organización del archivo activo y pasivo está completa de forma manual, en el sistema digital no se ha completado.	90%	Se propone completar el archivo digital a junio de 2018

5- los principales logros alcanzados durante la gestión de conformidad con la planificación del servicio:

Durante el período que laboré en el Servicio de Farmacia y gracias al apoyo de los colegas Farmacéuticos y la administración se han generado múltiples cambios y logros, en busca siempre de la mejora continua del Servicio y el bienestar del asegurado, entre otros se impulsó:

La implementación del sistema de dispensación de unidosos para pacientes hospitalizados.

El diseño y construcción de farmacias satélites para mejorar el despacho y dispensación de los medicamentos, es así como se creó la Farmacia satélite I que permanece abierta 24:7 para la atención de los pacientes que acuden a los servicios de emergencias, además atiende los salones de encamados de medicinas, recién nacidos y maternidad.

Posteriormente se creó la Farmacia satélite II para atender una parte de los salones de encamados como cirugías, UTI, ginecología y pediatría.

Más adelante se propuso, diseñó y se construyó la Farmacia de Soporte nutricional y por último la Farmacia de Oncohematología.

Se gestionó una remodelación en la Farmacia de la consulta externa, que permitió aprovechar mejor los espacios físicos tanto para el trabajador como para los usuarios que atendemos cada día.

Para implementar éstas mejoras en el Servicio se gestionó plazas de Farmacéuticos y se obtuvo como resultado la asignación de dos plazas, lo que permitió dar el servicio de Quimioterapia y Soporte Nutricional en nuestro Hospital y sustituir en soporte nutricional la compra de servicios a terceros.

Todo lo anterior se logró gracias a que se impulsó la capacitación del recurso humano profesional y técnico en cada área.

Para mejorar la distribución y el espacio físico se logró separar la bodega general que era insuficiente en infraestructura y se creó una bodega de paso. La bodega general con mucho más espacio y mejores condiciones ambientales para el adecuado almacenamiento y conservación de los medicamentos se trasladó a un edificio separado de la instalación principal.

Se ha trabajado en diferentes iniciativas que permitan una mejora en los tiempos de espera de las recetas, luego de Octubre de 2016 cuando la Farmacia dejó de recibir las recetas provenientes de varios EBAIS de Cartago Centro, se logra disminuir los tiempos de espera de 4 a 2 horas para las recetas normales y para las recetas urgentes se pudo pasar de 2 horas a 1 hora.

Con el objetivo de apoyar al paciente, se implementó y se mantiene siempre un programa de recibo de medicamentos en desuso o vencidos que los pacientes pueden traer a la Farmacia y aquí se les realiza el proceso de descarte, según la normativa vigente.

Los procedimientos escritos relacionados con el proceso de despacho de recetas es sin duda, un logro en éste Servicio, a través del tiempo el sistema ha evolucionado tratando de mejorar los mismos y mantenerlos actualizados.

Con el apoyo del CIMED (centro de información de medicamentos de la Universidad de Costa Rica), se implementó un programa de educación al paciente, en el cual se imparten charlas educativas, sobre temas relevantes, es así como a través de muchos años se imparten charlas sobre Asma, hipertensión, diabetes, epilepsia, antibióticos, entre otros muchos, es a partir de éste año 2017, que el CIMED no pudo colaborarnos más y entonces las charlas se preparan e imparten por profesionales farmacéuticos de éste Servicio. Asociado al tema de capacitación también se implementó la modalidad de charlas educativas para los profesionales farmacéuticos y para todo el personal de la farmacia, se planifica un cronograma anual de temas y se coordina con conferencistas internos y externos, es así también como las charlas recibidas por los trabajadores fuera de la Farmacia, luego se les da un espacio en las reuniones programadas para que comparta con todos el aprendizaje de la misma y de éste modo multiplicamos el conocimiento.

A través del tiempo se ha fomentado la participación del farmacéutico en los equipos interdisciplinarios del hospital, así como en la Atención Farmacéutica a pacientes, se cuenta con los siguientes comités en el hospital y la participación del profesional farmacéutico se muestra como sigue:

Comité	Participación del profesional farmacéutico
Comité Local de Farmacoterapia	Es fija
Comité Soporte nutricional	Es fija
Comité de atención al paciente portador de VIH	Es fija
Comité infecciones intrahospitalarias	Es fija

Comité de Vigilancia Epidemiológica COLOVHE	Es fija
Programa de Tuberculosis	Es fija
Programa de vacunas	Es fija
Clínica de cesación del fumado	Es fija
Comité de Cuidado paliativo	No hay participación
Atención farmacéutica al paciente crónico (Enfermedad renal crónica, reumatología , geriatría,)	Parcial de acuerdo a lo que podemos disponer de recurso humano

6- El estado de los proyectos más relevantes, existentes al inicio de la gestión y que dejo pendientes de concluir:

Varios proyectos están planteados y pendientes de concluir:

6-1 Debido a lo reducido del espacio físico de la Farmacia de emergencias se ha planteado la separación de labores en dos farmacias diferentes, una para atender exclusivamente a los pacientes atendidos en el Servicio de emergencias y la otra para atender los pacientes encamados de los servicios de medicina de hombres, medicina de mujeres, maternidad y recién nacidos.

Este es un proyecto complejo porque además del área física implica la necesidad de contar con más recurso humano profesional y técnico. Por lo que se inició ampliando el horario de la Farmacia satélite II hasta las 10 pm, en la cual desde las 4 pm se está atendiendo el despacho de todas las recetas de pacientes encamados, mientras se logra conducir a una solución integrada más eficiente para la institución.

6-2 La Farmacia que atiende al paciente de oncología también ha tenido un aumento sostenido en el volumen de preparaciones, por lo que el espacio físico ya es insuficiente, el ambiente cumple parcialmente con las condiciones adecuadas para la conservación de los medicamentos y para el trabajador, la demanda de preparaciones supera a un solo profesional farmacéutico que ya no da abasto. Lo anterior ha obligado a ampliar los horarios, para atender pacientes los días sábados, jueves y martes hasta las 10 pm, pero la Farmacia sólo puede brindar el servicio trabajando los mismo colegas extensas jornadas con horario extra, se ha planteado ya una mejora de instalaciones físicas y dotación de recurso humano.

6-3 Otro proyecto inconcluso es el presentado para atender la orden sanitaria No. 051-2013, del Ministerio de Salud para dotar de un Regente Farmacéutico a la bodega. Este proyecto de necesidades de recurso humano está siendo estudiado en la Gerencia médica, dado que se realizó un estudio integral de todas las necesidades de recurso humano que tiene el servicio para atender la demanda de servicios, por ejemplo con la dotación de personal actual no es posible contar con un regente fijo en el segundo turno, ni tampoco asignar un profesional como Regente en la droguería, tampoco se tiene participación en el Comité de cuidados paliativos.

Muchas actividades se logran realizar porque los profesionales altamente comprometidos con el paciente trabajan horas extras y realizan tareas de recargo, pero esto sin duda

llegará a un tope por el desgaste y cansancio físico y mental, lo que podría ocasionar daños a la salud de los mismos y generar incapacidades y por tanto colapsar el servicio, poniendo en riesgo el servicio que hoy le brindamos al usuario, porque no daríamos abasto para despachar las recetas que nos ingresan cada día, además estaríamos en riesgo inminente de perder el permiso sanitario de operación a falta de un Regente en la bodega General de la Farmacia.

La recomendación de la Dirección de Farmacia es que las autoridades de la Institución consideren todas las situaciones descritas en el estudio que se presentó en beneficio del paciente de la comunidad que atiende el Hospital de Cartago y en beneficio también de los trabajadores, traducéndose en el otorgamiento de nuevas plazas (6 como mínimo), para profesionales farmacéuticos que permita realizar todas las actividades que no se realizan, convertir parte de las horas de tiempo extraordinario en tiempo ordinario y con ello se realizarían de forma completa la mayor parte de las actividades necesarias y se mejoraría la calidad del trabajo, porque se disminuiría la cantidad de errores que se generan cada día, todos de forma involuntaria, algunos de los cuales incluso salen de la Farmacia con la posibilidad de un perjuicio al paciente.

Las siguientes son tareas específicas que corresponden a profesionales farmacéuticos y que no se realizan por carencia de recurso humano y por alto volumen de trabajo:

1. Cumplimiento de forma completa del Reglamento para el control de drogas estupefacientes y psicotrópicos (Decreto Ejecutivo 37111-S)
2. Participación activa del Farmacéutico en la Clínica de Cuidados Paliativos y Control del dolor del Hospital.
3. Participación activa en Farmacia Clínica.
4. Revisión final de sueros entregados a los servicios del Hospital.
5. Ampliar el programa de atención farmacéutica para pacientes crónicos, con problemas de adherencia, abandono de tratamiento y algunos que llevan otros medicamentos especiales.
6. Implementar Centro de Información de Medicamentos.
7. Ampliar la participación del Farmacéutico en el Comité Infecciones Intrahospitalarias y Epidemiología.
8. Integración del Farmacéutico a la Clínica de dieta cetogénica.
9. Integración del Farmacéutico al programa de atención y visita domiciliar.
10. Aumentar la periodicidad de la revisión de stocks de medicamentos en los servicios.
11. Contar con regente Farmacéutico en la Droguería de la Farmacia (Bodega General).
12. Contar con farmacéutico fijo en el horario del segundo turno.

6-4 Otro proyecto que está en desarrollo es el de Hospital nuevo para Cartago, que implica la participación activa de los farmacéuticos en el planteamiento de necesidades tanto físicas de infraestructura como de recurso humano para el Servicio de Farmacia.

6-5 Se inicia en Mayo de éste año 2017, la participación del Servicio de Farmacia en el Concurso de buen trato, motivando en primer lugar a la Dirección el Hospital para que

con su apoyo se extendiera a otros servicios, en la Farmacia se han desarrollado algunas estrategias con todo el personal con el objetivo de concientizarlos para mejorar el servicio que le brindamos al usuario, tanto interno como externo. La idea es impactar tanto al trabajador como al usuario, para que al final nos beneficiemos todos.

6-6 Otros proyectos presentados que no han logrado llevarse a cabo son por ejemplo la adquisición por parte del Hospital de un Sistema de vigilancia que incluya todas las Farmacias y todas las bodegas, lo que mejoraría sin duda la seguridad del inventario. A través de los años se han implementado diversos mecanismos para mejorar las diferencias en los inventarios, incluso actualmente se realizan inventarios cíclicos una vez al mes en todas las farmacias y por años hemos observado innumerables inconsistencias para las cuales al realizar los estudios no tenemos justificaciones que nos permitan otra propuesta de mejora.

6-7 Está planteado la adquisición de al menos otras dos cámaras de refrigeración para el almacenamiento y conservación de los medicamentos que permitan sustituir equipos que ya han cumplido su período de vida útil.

6-8 Está planteado el cambio de las impresoras de puntos por impresoras térmicas para las etiquetas que se colocan a todos los medicamentos que se despachan al paciente, tanto encamado como ambulatorio, lo anterior para mejorar la calidad de la impresión, facilitar la lectura y mejorar los tiempos de producción.

6-9 Queda también pendiente la instalación de la nueva versión del SIFA, que es el sistema integrado de Farmacias con el cual trabajan todas las farmacias institucionales.

7-Administración de los recursos financieros asignados:

De acuerdo a lo solicitado se envió a la administración en el año 2016 el Plan presupuesto 2017, el cual incluyó todos los requisitos solicitados, según se puede observar en la certificación adjunta.

CERTIFICACIÓN DE VERIFICACION DE REQUISITOS PLAN PRESUPUESTO 2017

La suscrita Dra. Maureen Moulton Allen, como responsable del proceso de formulación del **Plan Presupuesto del año 2017** del Servicio Farmacia del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, por este medio certifico, con conocimiento de las responsabilidades penales, civiles y administrativas, que me pueda acarrear el otorgar información no veraz, que he revisado todos los aspectos contemplados a continuación y que son fidedignos.

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
I. Aspectos Generales:				

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1. Se incluye la nota de presentación del proyecto	X			
2. Se indica en la Nota de Presentación el Marco Jurídico Institucional y las Políticas y Lineamientos Internos y Externos	X			
3. Se incluye la “Matriz de Formulación de Variables” firmada y sellada por la Jefatura del Servicio	X			
4. Se incluye reporte del Sistema de Formulación SIFO: <ul style="list-style-type: none"> Reporte Totales por sub Partida por Servicio Reporte de Justificaciones Presupuesto 	X			
5. Impreso del Correo Electrónico donde se envió el archivo con la matrices de: <ul style="list-style-type: none"> Formulación de Variables Optimización de Recursos. 	X			
II. Programación Financiera (Presupuesto)				
6. Verificar si los impresos de la formulación coincide con la información incluida en el SIFO.	X			
7. Justificación de las sub partidas presupuestarias a financiar, según el formato establecido. Detalle de los bienes, servicios a adquirir, la cantidad, unidad de medida, descripción del objeto del gasto, monto promedio y un único monto total en colones por sub partida.	X			
8. Se presupuestan los recursos respetando el objeto del gasto de las sub partidas. (principio de especificación)	X			
9. Se incluye contenido presupuestario para cumplir con lo establecido en el la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, N° 7600 en la Matriz correspondiente. (Corresponde al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento)			X	
10. Incluye la solicitud planteada a Recursos Humanos con las necesidades de capacitación.	X			
11. Incluye la solicitud planteada al CGI sobre la solicitud de equipo.	X			
12. Incluye la solicitud planteada al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento sobre las	X			

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
solicitudes que tiene injerencia este servicio.				
13. Se incluye la Matriz para la Optimización de los recursos en el formato establecido.	X			
14. Se incluye las Solicitudes realizadas a la Sub Área de Planificación para los códigos nuevos que no se encuentra en Catálogo General de Bienes y Servicios vigente.		x		
III. Otros aspectos				
15. Todas las páginas vienen foliadas, selladas, y firmadas por la Jefatura respectiva.	X			
IV. Observaciones				

De acuerdo a lo solicitado se envió a la administración éste año 2017 el Plan presupuesto 2018, el cual incluyó todos los requisitos solicitados, según se puede observar en la certificación adjunta.

**CERTIFICACIÓN DE VERIFICACION DE REQUISITOS
PLAN PRESUPUESTO 2018**

El (la) suscrito(a) Dra. Maureen Moulton Allen, como responsable del proceso de formulación del **Plan Presupuesto del año 2018** del Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, por este medio certifico, con conocimiento de las responsabilidades penales, civiles y administrativas, que me pueda acarrear el otorgar información no veraz, que he revisado todos los aspectos contemplados a continuación y que son fidedignos.

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
I. Aspectos Generales:				
16. Se incluye la nota de presentación del proyecto	X			
17. Se indica en la Nota de Presentación el Marco Jurídico Institucional y las Políticas y Lineamientos Internos y Externos que rigen el Presupuesto Público	X			
18. Se incluye la "Matriz de Formulación de Variables" firmada y sellada por la Jefatura del Servicio	X			
19. Se incluyen reportes de Formulación del Sistema de Formulación SIFO: • <i>Reporte Totales por sub Partida por Servicio</i> • <i>Reporte de Justificaciones Presupuesto</i>	X			
20. Impreso del Correo Electrónico donde se envió el archivo con la matrices de: • Formulación de Variables • Optimización de Recursos.	X			
II. Programación Financiera (Presupuesto)				
21. Verificar si los impresos de la formulación	X			

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
coincide con la información incluida en el SIFO.				
22. Se emite la justificación de las sub partidas presupuestarias a financiar, con el detalle de los bienes, servicios a adquirir, la cantidad, unidad de medida, descripción del objeto del gasto, monto promedio y un único monto total en colones por sub partida.	X			
23. Se presupuestan los recursos respetando el objeto del gasto de las sub partidas. (principio de especificación)	X			
24. Realizó la vinculación de las metas del Plan Físico de Metas 2018-2019 con la Formulación Presupuestaria 2018	X			
25. Se incluye contenido presupuestario para cumplir con lo establecido en el la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, N° 7600 en la Matriz correspondiente. (Corresponde al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento)			X	
26. Se incluye contenido presupuestario para cumplir con lo establecido en Equidad de Género (Corresponde al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento)			X	
27. Incluye copia del oficio con el envío de solicitud planteada al Servicios de Recursos Humanos con las necesidades de capacitación.	X			
28. Incluye copia del Oficio con la solicitud planteada al Centro de Gestión Informática sobre la solicitud de equipo de cómputo (necesidades correspondientes a la Sub partida 2315).	X			
29. Incluye copia del Oficio con la solicitud planteada al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento sobre las solicitudes que tiene injerencia este servicio.		X		El Servicio de Farmacia no envía nota respetando la petición realizada por la Ingeniera Lissa Víquez el día de la reunión SIFO 2018.
30. Se incluye la Matriz para la Optimización de los recursos en el formato establecido.	X			
III. Otros aspectos				
31. Se incluye las Solicitudes realizadas a la Sub Área de Planificación para los códigos nuevos que no se encuentra en Catálogo General de Bienes y Servicios vigente.		X		El Servicio de Farmacia no realiza solicitudes.
32. Se incluyen las copias con la aprobación de la Comisión del Gasto para contrataciones vigentes en las sub partidas: 2102, 2103, 2149, 2192 y 2193			X	

REQUISITOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
33. Se verifica que el Sistema de Formulación Presupuestaria (SIFO) se haya "Finalizado"	X			
34. Todas las páginas vienen foliadas, selladas, y firmadas por la Jefatura respectiva.	X			
IV. Observaciones				

Se presentó la formulación de Servicios personales:

FORMULACION PRESUPUESTARIA 2017						
SUB PARTIDAS DE SERVICIOS PERSONALES (SUB PARTIDAS VARIABLES)						
NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITANTE : FARMACIA , HOSPITAL DR. MAX PERALTA						
Total del Grupo de Subpartidas						€704.586.709,80
Partida Presupuestaria	Cantidad a cubrir	Unidad de medida	Perfil solicitado	Monto unitario	Monto total	Justificación detallada de la solicitud
2002 Servicios Personales	45	Días	Farmacéutico 4	€33.676,39	€1.515.437,55	Se necesita para cubrir los diferentes permisos, cursos, pasantías, incapacidades por maternidad, entre otros que facultan a los empleados de la Institución a ser sustituidos, así como para la sustitución de las vacaciones de los funcionarios que pasaron de disfrutar 15 días a 22 días y los de 22 días a 30 días , lo cual implica un aumento en los días sustituir. También el aumento en la escala salarial es un factor que incide en el aumento de esta partida.
	1000	Días	Farmacéutico 3	€32.695,64	€32.695.640,00	
	116	Días	Farmacéutico 2	€32.051,32	€3.717.953,12	
	52	Días	Farmacéutico 1	€28.567,00	€1.485.484,00	
	37	Días	Jefe de Proveeduría de Farmacia Hospitalaria	€18.464,28	€683.178,36	
	45	Días	Técnico Administrativo en Farmacia 2	€16.767,85	€754.553,25	
	1925	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€16.964,28	€32.656.239,00	
	390	Días	Técnico de Salud en Farmacia II	€16.214,28	€6.323.569,20	
	1600	Días	Técnico de Salud en Farmacia I	€15.660,71	€25.057.136,00	
	300		Asistente Técnico de Salud en Farmacia	€14.785,71	€4.435.713,00	
TOTAL DE LA SUBPARTIDA					€109.324.903,48	
2021 Tiempo extraordinario	5468	Horas	Farmacéutico 3	€22.438,16	€122.691.858,88	Se necesita para la dispensación de recetas a pacientes ambulatorios y hospitalizados en su totalidad, utilizando un promedio mensual de 2189 horas para técnicos y 950 horas para farmacéuticos al tener una sobreproducción. Se debe tomar en cuenta el aumento en la escala salarial. Estas horas se utilizan también para cubrir los libres del personal del tercer turno, así como para reforzar el segundo turno lo cual aumento los costos. Además se necesitan para realizar la limpieza de las áreas no contempladas por Servicios Generales en las 5 farmacias y Bodega General.
	4320	Horas	Farmacéutico 3	€25.981,05	€112.238.136,00	
	1612	Horas	Farmacéutico 3	€30.852,53	€49.734.278,36	
	19092	Horas	Técnico de Salud en Farmacia III	€8.050,00	€153.690.600,00	
	5408	Horas	Técnico de Salud en Farmacia III	€9.521,48	€51.492.163,84	
	1768	Horas	Técnico de Salud en Farmacia III	€11.069,27	€19.570.469,36	
TOTAL DE LA SUBPARTIDA					€509.417.506,44	
2022 Recargo Nocturno	365	Días	Farmacéutico 3	€25.981,40	€9.483.211,00	Por la naturaleza de nuestra misión y visión, se tienen que cubrir las actividades de la Farmacia en una jornada diaria de 24 horas al día los 365 días del año, para despachar los medicamentos de pacientes hospitalizados y de emergencias.
	365	Días	Farmacéutico 3	€88.194,00	€32.190.810,00	
	1460	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€6.214,29	€9.072.863,40	
	730	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€22.138,38	€16.161.017,40	
	TOTAL DE LA SUBPARTIDA				€66.907.901,80	
2025 Días Feriados	72	Días	Farmacéutico 3	€119.669,68	€8.616.216,96	Se necesitan para cubrir el despacho de recetas urgentes y de pacientes hospitalizados, al ser la Farmacia un Servicio que brinda la atención de lunes a domingo las 24 horas del día los 365 días del año.
	12	Días	Farmacéutico 3	€121.240,00	€1.454.880,00	
	12	Días	Farmacéutico 3	€123.409,32	€1.480.911,84	
	70	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€42.935,04	€3.005.452,80	
	48	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€43.500,03	€2.088.001,44	
	24	Días	Técnico de Salud en Farmacia III	€44.276,76	€1.062.642,24	
	15	Días	Técnico de Salud en Farmacia II	€33.077,12	€496.156,80	
	23	Días	Técnico de Salud en Farmacia I	€31.832,00	€732.136,00	
TOTAL DE LA SUBPARTIDA					€18.936.398,08	

Se adjunta requerimientos de servicios no personales por subpartidas del año 2017:



Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez
Sistema de Formulación Presupuestaria

0000023

Reporte de totales, Sub Partidas por Servicio

Desde: 10/05/2016 Hasta: 10/06/2016

Servicio Farmacia **¢ 1,512,110,631.00** **FINALIZAD**

PARTIDA: 21 SERVICIOS NO PERSONALES

2124 SERVICIOS DE CORREO	¢ 1,100,000.00
2134 GASTOS DE VIAJE DENTRO DEL PAIS	¢ 1,804,000.00
2140 TRANSPORTES DENTRO DEL PAIS	¢ 400,000.00
2141 TRANSPORTES DE BIENES	¢ 21,600,000.00
2199 OTROS SERVICIOS NO PERSONALES	¢ 20,400,000.00

Total por partida **¢ 45,304,000.00**

PARTIDA: 22 MATERIALES Y SUMINISTROS

2203 MEDICINAS	¢ 570,629,165.00
2205 OTROS PRODUCTOS QUIMICOS Y CONEXOS	¢ 2,620,000.00
2206 TINTAS, PINTURAS Y DILUYENTES	¢ 3,474,100.00
2210 PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON	¢ 686,500.00
2211 IMPRESOS Y OTROS	¢ 3,774,000.00
2219 INSTRUMENTAL Y MATERIAL MEDICO Y DE LABORATORIO	¢ 22,963,850.00

Página 1 de 2

0000024

2223 OTROS REPUESTOS	¢ 1,486,000.00
2225 UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	¢ 1,670,000.00
2229 ENVASES Y EMPAQUES DE MEDICINAS	¢ 16,396,640.00
2233 OTROS UTILES, MATERIALES SUMINISTROS DIVERSOS	¢ 8,490,200.00
2245 FARMACOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES	¢ 762,507,280.00

Total por partida **¢ 1,394,697,735.00**

PARTIDA: 23 MAQUINARIA Y EQUIPO

2310 EQUIPO Y MOBILIARIO DE OFICINA	¢ 26,688,896.00
2320 EQUIPO MEDICO Y DE LABORATORIO	¢ 10,550,000.00
2340 EQUIPO PARA COMUNICACIONES	¢ 1,470,000.00

2390 EQUIPOS VARIOS	₡ 33,400,000.00
Total por partida	₡ 72,108,896.00
Total general:	₡ 1,512,110,631.00

La siguiente es la matriz de acciones de optimización al presupuesto 2017:

MATRIZ DE ACCIONES DE OPTIMIZACIÓN FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO DEL PERÍODO 2017

ACCIONES	IMPACTO
1. Acciones realizadas	
a) Asistir a reuniones o trámites institucionales en horas de la mañana o de la tarde con el objetivo de disminuir el pago de viáticos por almuerzo.	Se alcanzó en algunas oportunidades cuando fue posible.
b) Reutilización de bolsas plásticas para empaque de recetas.	Ahorro en el gasto de bolsas para empacar documentos o medicamentos que no se le entregan al paciente.
c) Transformación de tiempo extraordinario a plazas.	Se presentó a la Dirección Médica pero el proceso aún está en trámite.
d) Continuar con la optimización de la utilización del tiempo extraordinario, se despachan mensualmente un aproximado de 35000 cupones al Área de Salud y los pedidos de medicamentos de la Bodega Central a dicha área.	Disminución parcial de tiempo extraordinario y redistribución de este tiempo en programas Farmacéuticos propios del tercer nivel, como la ampliación de la atención Farmacéutica a los pacientes.
e) Reciclaje de papelería para la impresión de cartas en borrador u otros fines en las oficinas.	Menor utilización de papelería nueva.
f) Campaña de ahorro de energía, apagar luces que no se necesiten.	Recibo total de electricidad que paga el hospital.
2. Acciones a realizar en el segundo semestre 2016.	
a) Se propone los mismos puntos mencionados anteriormente.	Se esperan los mismos impactos mencionados en "acciones realizadas".
b) Reutilización de frascos de vidrio en el Área de Preparaciones Magistrales, lo que permite disminuir la compra de este tipo frascos.	Disminución en la compra de frascos de vidrio.
c) Compra de carretillas hidráulicas	Se agiliza el manejo y distribución de las cargas y transporte de los medicamentos entre bodegas y

ACCIONES	IMPACTO
	hasta el despacho y los servicios de enfermería.
3. Plan de optimización 2017	
a) Se proponen los mismos puntos mencionados en las acciones realizadas	Se esperan los mismos resultados mencionados en el impacto de las “acciones realizadas.”
b) Propuesta en conjunto con la Dirección Médica del traslado del despacho de recetas correspondientes al Área de Salud de Cartago a dicha unidad.	Disminución parcial de tiempo extraordinario y redistribución de este tiempo en programas Farmacéuticos propios del tercer nivel, como es la implementación de la atención Farmacéutica a los pacientes que utilizan medicamentos de compra.
c) Compra de cámaras de video para vigilancia en los despachos.	Ayudaría en un mejor control de inventarios, dado que impactaría en el número de horas que se invierte en realizar inventarios parciales mensuales.
d) Compra de carros para Unidosis con dispositivo de seguridad.	Daría más seguridad a los medicamentos despachados para los pacientes internados porque disminuiría la pérdida reportada por enfermería.

A la fecha Agosto 2017, el servicio de Farmacia ha recibido el presupuesto para la compra de medicamentos, insumos requeridos para el despacho de las recetas, éste año se autorizó y se compró dos cámaras de refrigeración para almacenamiento de medicamentos para las farmacias de la consulta externa y Oncohematología dos estantes y una mesa de acero inoxidable para la Farmacia de Oncohematología y un estibador para la bodega.

8- sugerencias para la buena marcha del servicio:

Continuar desde la Dirección de Farmacia con una gestión estratégica que permita mantener el apoyo de parte de la Dirección del Hospital para concluir todos los proyectos que se encuentran inconclusos.

Mantener el esfuerzo para lograr la aprobación de plazas de los farmacéuticos que se necesitan para poder cumplir con las actividades que hoy no es posible realizar de forma completa otras que ni siquiera se pueden hacer y otras que podrían mejorarse, dado que la demanda supera los recursos disponibles.

Seguir trabajando más en lograr más apoyo de la Coordinación nacional de Servicios Farmacéuticos, de tal manera que las necesidades del Servicio puedan ser apoyadas desde el nivel central de la Institución.

9-las observaciones sobre otros asuntos que se enfrenta o debería aprovechar:

Las labores administrativas son demandantes y múltiples, no existen los puestos de subdirección ni jefaturas, existe un recargo administrativo en dos personas.

El Hospital recibe de forma constante recursos de profesionales médicos nuevos, pero los servicios de apoyo como Farmacia se refuerzan solamente con la autorización para pagar horas extras, que podría en un mediano plazo no ser suficiente para atender la demanda, por el cansancio físico y mental que ocasiona las largas y repetidas jornadas de trabajo. Es necesario insistir en la aprobación de plazas que permita hacer frente a la demanda cada vez más creciente de los servicios farmacéuticos de salud.

10-el estado actual del cumplimiento de las disposiciones giradas por la Contraloría General de la República:

A la fecha no hay en el servicio de Farmacia ninguna disposición girada por la Contraloría General de la República.

11- el estado actual del cumplimiento de las disposiciones giradas por otros órganos de control externo:

En el año 2016 el Área Rectora del Ministerio de salud, posterior a realizar la supervisión en la bodega general, del cumplimiento del Reglamento de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de medicamentos en droguerías comunicó, la Orden sanitaria N° CE-ARSC-OS-0154-2016. Al respecto se preparó el siguiente plan remedial para atender cada uno de los requisitos del Reglamento que se aplicó, sin embargo, debido a la sobredemanda de trabajo y la falta de profesionales farmacéuticos, aún no se ha logrado concretar varios de los planes aquí propuestos, de hecho el faltante principal es la ausencia del Regente de la bodega, por lo que varias de las acciones propuestas todavía no se han logrado realizar. Con los recursos asignados como horas extras y gracias a la disposición del personal, se ha logrado avanzar en varios aspectos como un procedimiento de inducción para los empleados nuevos del Servicio de Farmacia, así como un mecanismo de registro de dicha capacitación, se adquirió los zapatos recomendados por la oficina de Salud ocupacional para el trabajo en bodegas, se mejoró las instalaciones físicas de la bodega, se rotuló la bodega con los letreros de prohibido: comer, beber, fumar, se cambió la rotulación de los medicamentos que eran necesario, se mejoró la recolección de chatarra en el mismo edificio, los olores mejoraron, igual que el ingreso de aves a la misma.

PLAN REMEDIAL A LA ORDEN SANITARIA N° CE-ARSC-OS-0154-2016

Número de artículo	Artículo incumplido	Plan remedial	Fecha propuesta para tramitar	Responsable	Fecha propuesta para cumplimiento	Responsable
6.1	Las droguerías deberán contar con el permiso sanitario de funcionamiento vigente.	Si bien es cierto en mayo 2014 se presentó la solicitud de permiso de funcionamiento, aún está pendiente por cuanto no existe el regente Farmacéutico, entre otros aspectos, por lo anterior, se envía solicitud de plaza para farmacéutico F3, que sería el Regente de la droguería, a la Dirección médica del Hospital, para el trámite correspondiente ante la Gerencia Médica de la Institución, órgano responsable de la asignación de plazas.	Para enviar la solicitud de plaza: 24 junio 2016.	Dra. Mauren Moulton	Para tramitar ante la Gerencia Médica: 30 de Junio 2016)	Dra. Krisia Díaz Directora médica
7.1	La droguería debe establecer, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad para el alcance de sus actividades y procesos	Para algunas de las actividades que se ejecutan en la droguería, si existe procedimientos escritos, que son de conocimiento y aplicación del personal que labora en la bodega. Se debe formalizar los mismos y confeccionar otros que faltan que conformarán el sistema de gestión que estará a cargo del Regente Farmacéutico.			Iniciar a partir de Agosto 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	Directora de Farmacia
7.6	La droguería debe documentar sus políticas, sistemas, programas, procedimientos e instrucciones de trabajo en la	Iniciar la confección del manual de calidad en cumplimiento con el artículo 7.6 y 7.10			Iniciar a partir de Agosto 2016 con	Directora de Farmacia

7.10	<p>extensión necesaria para garantizar mediante los procesos que lleva a cabo, la calidad y seguridad de los medicamentos.</p> <p>El manual de calidad debe contener lo siguiente:</p> <p>7.10.2. Una descripción escrita de las funciones y responsabilidades de cada puesto relevante incluido en el organigrama, es decir el de todo aquel empleado cuyas funciones puedan afectar la calidad, el almacenamiento, la distribución y el transporte de los medicamentos.</p> <p>7.10.6. Una descripción general de los procedimientos sobre auditorías y revisión del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>7.10.7. Una descripción general de los procedimientos para las calificaciones que debe poseer el personal;</p> <p>7.10.8. Una descripción general de los procedimientos para la capacitación inicial y continua del personal;</p> <p>7.10.9. Una declaración de la política de calidad, que incluya lo siguiente:</p> <p>7.10.9.1. Una declaración de las intenciones de la alta dirección de la organización respecto al estándar de servicio que proporcionará;</p> <p>7.10.9.2. El propósito del sistema de gestión de la calidad.</p>				la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	
9.3.3	<p>El regente es responsable además de:</p> <p>Garantizar la implementación y mantenimiento del sistema de</p>	Aún cuando no hay Regente exclusivo para la droguería, el regente de la Farmacia del Hospital participa en la			El Regente de la Farmacia continuar	Directora de Farmacia

	gestión de la calidad.	elaboración, implementación y actualización de los componentes del sistema de calidad que se han confeccionado hasta la fecha.			á participando en éste proceso de forma activa, mientras se asigna la plaza para un Regente exclusivo para la droguería.	
7.10.1	<p>El manual de calidad debe contener lo siguiente:</p> <p>El organigrama de la droguería descrito dentro del manual o anexo a éste. Dicho organigrama debe indicar claramente la estructura jerárquica general y la de los departamentos específicos. Además debe especificar las personas responsables de cada área incluyendo al regente farmacéutico. El organigrama debe estar actualizado y vigente.</p>	Existe un organigrama general de la Farmacia, que incluye hasta la jefatura de la proveeduría. Iniciar la confección del manual de calidad en cumplimiento con el artículo 7.6 y 7.10			Iniciar a partir de Setiembre 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	Directora de Farmacia
7.8	La droguería debe definir y documentar los objetivos de calidad necesarios para cumplir los requisitos del servicio. Éstos deben ser medibles y congruentes con la política de calidad.	Escribir el procedimiento de evaluación del sistema de calidad que incluya el cumplimiento de los objetivos de calidad, actividad que se realiza actualmente de forma mensual por la Dirección de Farmacia junto con la asistente administrativa, cuando se analizan los informes mensuales, para verificar el cumplimiento de indicadores de las diferentes áreas.			Iniciar a partir de Noviembre 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	Directora de Farmacia

7.10.3	El manual de calidad debe contener lo siguiente: Una descripción general de los procedimientos de aseguramiento de calidad interna.	En el manual de calidad que se va a iniciar en el mes de Agosto se incluirá una descripción general de los procedimientos de aseguramiento de calidad.			Iniciar a partir de Agosto 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio	Directora de Farmacia
7.10.4	El manual de calidad debe contener lo siguiente: Una descripción general de los procedimientos para el manejo de desviaciones en los procesos.	En el manual de calidad que se va a iniciar en el mes de Agosto se incluirá una descripción general de los procedimientos para el manejo de desviaciones.			Iniciar a partir de Agosto 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio	Directora de Farmacia
7.10.5	El manual de calidad debe contener lo siguiente: Una descripción general de los procedimientos para atender reclamos.	Una descripción general del procedimiento ya existente para atender reclamos se incluirá en el manual de calidad que se va a iniciar en el mes de Agosto.			Iniciar a partir de Agosto 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	Directora de Farmacia

8.1	Toda persona que labore en las droguerías, debe tener preparación académica, capacitación y experiencia o una combinación de esas condiciones, para tener idoneidad para el puesto que se le asigne, según lo establecido en el manual de calidad. Tales condiciones deben ser demostradas documentalmente.	El registro de la capacitación se lleva en las actas de las reuniones periódicas con el personal o en los registros individuales de las capacitaciones recibidas en cada proceso. Diseñar una herramienta para el registro de capacitación de cada funcionario para archivarlo en los expedientes individuales y junto a cada procedimiento como evidencia de la capacitación recibida.			30 Julio 2016	Director a de Farmaci a. Jefatura Consult a externa, asistent e adminis trativa
8.2	Todo empleado de nuevo ingreso, debe recibir capacitación inductiva.	Para la inducción de empleados nuevos se utiliza un procedimiento que ya existe. Revisar y mejorarlo para verificar el cumplimiento de ésta normativa.			15 Agosto 2016	Director a de Farmaci a. Jefatura Consult a externa, asistent e adminis trativa
8.8	Toda capacitación que se imparta debe estar documentada, registrada y debe incluir la firma de cada participante	Existe evidencia de las capacitaciones al personal en las actas de las reuniones periódicas y en los registros individuales de las capacitaciones recibidas en cada proceso.			15 Agosto 2016	Director a de Farmaci a. Jefatura Consult a externa, asistent e adminis trativa
8.4	La capacitación debe ser continua. La eficacia de la capacitación debe evaluarse quedando constancia escrita en un expediente que se habilitará para cada trabajador.	Revisar y mejorar el procedimiento sobre el manejo de la capacitación en el cual se incluye la evaluación de la eficacia.			15 Agosto 2016	Director a de Farmaci a. Jefatura Consult a externa,

						asistente administrativa
8.6	La capacitación en BPAD vigentes debe realizarse de acuerdo con una planificación establecida y aprobada por el regente de la droguería y debe cubrir todos los aspectos relacionados con dichas prácticas.	Revisar y mejorar el procedimiento sobre el manejo de la capacitación en el cual se incluye lo relacionado con la programación. Existe la nota DF-460-2016 sobre programación anual de capacitación ya enviada a Recursos humanos. Impartir capacitación sobre el Reglamento de Buenas Prácticas de almacenamiento y distribución de medicamentos. DECRETO N° 37700-S			15 Agosto 2016 para mejorar el procedimiento. Impartir la capacitación al 31 enero 2017	Directora de Farmacia, Jefe de proveeduría.
8.7	Se debe realizar una evaluación del cumplimiento del programa de capacitación en BPAD por el regente de la droguería.	Revisar y mejorar el procedimiento sobre el manejo de la capacitación que incluya la confección del plan y la evaluación del plan.			15 Agosto 2016 para mejorar el procedimiento.	Directora de Farmacia
8.9	El personal debe utilizar vestimenta o implementos de protección personal apropiados para las actividades que realiza. Para tal efecto, dicho vestuario e implementos deben estar disponibles y su uso descrito en un procedimiento	Solicitar dicho procedimiento sobre protección personal al encargado de Salud ocupacional y darlo a conocer al personal involucrado.	24 junio 2016 para la solicitud	Dra. Mauren Moulton	26 de julio 2016 30 de Agosto para dar la capacitación del mismo	Encargada de Salud ocupacional Directora de Farmacia
9.1	Las droguerías deben tener un regente farmacéutico durante el horario de su funcionamiento, cuyo cargo estará incluido dentro del organigrama general en una posición que tenga autoridad e independencia que le permitan	El Horario de la Directora de Farmacia quien actualmente funge como Regente de la droguería abarca el horario de funcionamiento de la bodega. Al			Para ejecutar de forma inmediata a la contratación y asignación	Directora de Farmacia

	cumplir con las responsabilidades descritas en el presente Reglamento	Farmacéutico que se asigne como Regente se le asignará un horario acorde al horario de funcionamiento de la droguería.			n de la plaza para el Regente.	
9.3.14.	El regente es responsable además de: Vigilar que las manipulaciones de los medicamentos (que no se refieran al acondicionamiento) tales como la adición de etiquetas o cintas promocionales, y de códigos de barras, sean realizadas bajo su supervisión, a fin de evitar confusiones y contaminaciones cruzadas; dejando registro de dicha acción.	Escribir el procedimiento que describa las actividades de supervisión de las manipulaciones de los medicamentos.			Iniciar a partir de Noviembre 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio	Directora de Farmacia
10.1	Se debe establecer y mantener un sistema de documentación que incluya los procedimientos estándar operativos y las instrucciones de trabajo para asegurar que los procesos se cumplan, controlen y registren de manera consistente y segura con el fin de mantener la calidad y seguridad de cada uno de los productos.	Existe un sistema de documentación que se revisará y actualizará para que cumpla los requisitos del artículo 10.1.			Iniciar a partir de Noviembre 2016 con la confección asignando horas a un Farmacéutico de acuerdo a las posibilidades del servicio.	Directora de Farmacia
10.3	Todos los procedimientos estándares de operación y documentos relacionados con el almacenamiento, manejo y distribución deben ser aprobados por el regente farmacéutico, así como cualquier modificación y revisión que se lleve a cabo.	Existe un procedimiento estándar de operación sobre el almacenamiento, manejo y distribución de los medicamentos que está en revisión y actualización.			30 de Setiembre 2016	Directora de Farmacia
10.4	Los documentos deben estar disponibles en todos los sitios	De acuerdo al cronograma establecido			Se iniciará	Directora de

	donde se utilicen.	para escribir los procedimientos, cada uno de ellos se estará revisando y actualizando para que los mismos estén vigentes en los lugares asignados.			en Agosto y se procederá de acuerdo al cronograma establecido.	Farmacia
10.5	La droguería debe establecer los procedimientos para el retiro y archivo de todos los documentos obsoletos incluyendo los plazos para ello. El original del documento obsoleto se debe mantener en un archivo histórico identificado.	El procedimiento para el retiro y archivo de los documentos obsoletos se revisará y actualizará.			30 agosto 2016	Subjefatura de Farmacia
12.1	La droguería debe contar con los siguientes diagramas actualizados: 12.1.1. Distribución de áreas. 12.1.2. Flujo de personal. 12.1.3. Flujo de materiales. 12.1.4. Flujo de procesos. 12.1.5. Servicios como agua, desagües, aguas servidas, aguas negras, electricidad, sistemas de refrigeración, aire comprimido, aire acondicionado y cualquier otro según aplique. 12.1.6. Rutas de evacuación del personal en caso de emergencia y ubicación de los equipos de emergencia	Solicitar los diagramas: 1-Distribución de áreas 2-Flujo de personal. 3- Flujo de materiales y medicamentos. 4- Flujo de procesos 5-Servicios de agua potable, desagües, aguas servidas, aguas negras, electricidad.	24 junio 2016	Dra. Moulton	26 julio 2016	1-Jefe mantenimiento 2,3 y 4 Jefe de proveeduría Farmacia 5-Subadministrador del Hospital
12.2	Las instalaciones deben ubicarse, diseñarse, construirse, adaptarse y mantenerse de conveniencia 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	1-Solicitar por medio de la subadministración a la empresa dueña del edificio revisión y corrección del estado de las paredes, techos, pisos que presentan rajaduras. Además solicitar plan de mantenimiento de las instalaciones incluyendo	24 junio 2016	Dra. Moulton	1-30 de agosto 2016 2-22 julio 2016	1-Subadministrador del Hospital 2-Jefatura de Servicios

	calidad de los productos farmacéuticos y la seguridad del personal.	las instalaciones eléctricas, registros de cumplimiento y periodicidad y una certificación eléctrica del inmueble (observación 5) 2-Solicitar el plan de limpieza y supervisión de la bodega.				general es
12.3	Deben estar definidas las siguientes áreas: 12.3.5. Cuarentena (se permite también contar con un área de cuarentena definida por sistemas electrónicos).	La bodega de almacenamiento del Hospital no necesita un área de cuarentena, por cuanto los medicamentos vienen del almacén ya aprobados por el Laboratorio de normas y calidad de la CCSS.				
12.4	Se deben tomar las precauciones necesarias para evitar cualquier tipo de contaminación proveniente del ambiente exterior y particularmente controlar la entrada de insectos u otros animales.	1-Solicitar a la subadministración la limpieza y ordenamiento de la entrada a la droguería para eliminar la chatarra acumulada en el andén y en los espacios libres frente al edificio. Además del plan de mantenimiento para el edificio y el registro de ésta actividad. 2-Solicitar a la empresa la revisión y corrección de espacios por donde pudieran ingresar a la bodega las pequeñas aves.	24 junio 2016	Dra. Moulton	1-14 setiembre 2016 2-30 de agosto 2016	Subadministrador del Hospital .
12.5	Los locales deben ser sometidos regularmente a programas de mantenimiento preventivo, limpieza, desinfección y control de plagas de acuerdo a procedimientos escritos detallados con sus respectivos registros.	Existe un control interno del control de plagas. Revisar programa de control de plagas recibido en la Farmacia el 14 de Junio para verificar cumplimiento de la normativa en los artículos 12.5 y 12.6,	24 junio 2016	Dra. Moulton	22 julio 2016	Directora de Farmacia Jefatura de Servicios general

		luego de lo cual solicitar las correcciones si es necesario.				es
12.6	Cuando el control de plagas requiera la aplicación de plaguicidas, ésta debe ser realizada siempre por personal capacitado. Los plaguicidas para control de plagas deben estar autorizados por el Ministerio y en caso de utilizar productos clasificados como de uso profesional, se deberá contratar los servicios de personas físicas o jurídicas autorizadas por el Ministerio para tales efectos. Se debe llevar un registro de las actividades y aplicaciones que permita evidenciar su cumplimiento.	Existe un control interno del control de plagas. Revisar programa de control de plagas recibido en la Farmacia el 14 de Junio para verificar cumplimiento de la normativa en los artículos 12.5 y 12.6, luego de lo cual solicitar las correcciones si es necesario.	24 junio 2016	Dra. Moulton	22 julio 2016	Directora de Farmacia Jefatura de Servicios generales
13.1	No se debe permitir fumar, comer, beber, masticar, ni mantener plantas ni alimentos en las áreas de almacenamiento. Las actividades citadas anteriormente deben restringirse a áreas específicas. No debe permitirse bajo ninguna condición la presencia de animales en estas áreas. Estas prohibiciones deben indicarse por medio de rótulos visibles colocados a la entrada de las áreas de almacenamiento.	Diseñar y confeccionar rótulos de prohibición de fumar, comer, beber, masticar, mantener plantas y alimentos en las áreas de almacenamiento.	30 de junio 2016	Dra. Moulton	30 julio 2016	Jefe de proveeduría Farmacia
13.1 1.2	En cuanto a las instalaciones destinadas al almacenamiento de productos farmacéuticos: En el caso de los productos farmacéuticos que presenten peligro de fuego o explosión, deben almacenarse en un área especial que cumpla con las medidas de seguridad vigentes.	Solicitar la revisión y rotulación para que todos los medicamentos estén identificados.	30 de junio 2016	Dra. Moulton	30 julio 2016	Jefe de proveeduría Farmacia
13.5	La realización y actualización de dicho estudio es responsabilidad del regente de	El Regente realizará el estudio de las condiciones			Para ejecutar 3 meses	Directora de Farmacia

	la Droguería, tales actividades deben ser documentadas.	ambientales (mapeo) para localizar los puntos críticos de fluctuación de temperatura y humedad relativa y coordina la periodicidad de ésta actividad.			luego de asignada la plaza para el Regente	a
13.4	Debe realizarse un estudio de las condiciones ambientales (mapeo) por un periodo de siete días consecutivos, en las diferentes estaciones del año, el cual pretende localizar los puntos críticos de fluctuación de temperatura y humedad relativa (la más alta y la más baja) dentro del área de almacenamiento. Dicho estudio debe ser repetido cada tres años o cada vez que se realicen modificaciones en las áreas de almacenamiento.	El Regente realizará el estudio de las condiciones ambientales (mapeo) para localizar los puntos críticos de fluctuación de temperatura y humedad relativa y coordina la periodicidad de ésta actividad			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente	Director a de Farmaci a
13.6	La temperatura y humedad relativa en puntos críticos debe ser monitoreada durante los siete días de la semana. Cada día deberán realizarse dos monitoreos en lapsos de 8 horas o más, si así lo tiene establecido la droguería de acuerdo a un procedimiento escrito. Deben existir registros de estas condiciones los cuales deben guardarse por un tiempo de cinco años o por un periodo mayor si así lo tiene establecido la droguería.	El Regente realizará los monitoreos de temperatura y humedad una vez más al día, las mediciones deben ser registradas para el análisis de datos y toma de decisiones.			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente	Director a de Farmaci a
13.8	Cuando se requieran condiciones definidas de almacenamiento según estén declaradas en el etiquetado de acuerdo con el numeral 15.2. del presente Reglamento, éstas deben mantenerse, monitorearse y registrarse. Deben existir registros de las condiciones, los cuales deben	Existe un procedimiento para el registro de la temperatura y humedad. El Regente revisará y actualizará el procedimiento existente que describe la realización del monitoreo de la			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente	Director a de Farmaci a

	guardarse por un tiempo de cinco años o por un periodo mayor si así lo tiene establecido la droguería.	temperatura y humedad y su registro.				
13.9 15.2	Se deben investigar las desviaciones de los parámetros ambientales establecidos y el impacto en la estabilidad de los medicamentos. Los productos que deban ser almacenados bajo condiciones definidas de almacenamiento requieren instrucciones de almacenamiento apropiadas. A menos que se establezca específicamente algo distinto, se pueden permitir desviaciones sólo durante periodos cortos de tiempo, siempre que exista demostración documental de que no se impacta la calidad del producto.	El Regente confeccionará el procedimiento que describe el manejo de las desviaciones de condiciones ambientales y su impacto en la estabilidad de los medicamentos por la fluctuación de la temperatura y humedad.			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia
13.1 1.7	Los productos farmacéuticos que requieran condiciones especiales de temperatura y humedad deben ser almacenados utilizando equipos que permitan el mantenimiento y control de las condiciones especificadas en el etiquetado del producto. Cuando se utilicen cámaras de refrigeración y congelación, éstas deben estar conectadas a sistemas de alarma para detectar cuando se salga de los límites establecidos dejando registros de las acciones llevadas a cabo. Además se debe controlar que las cámaras no produzcan condensación y que no se exceda su capacidad de acuerdo a las recomendaciones del fabricante. Las cámaras, los sistemas de registro de temperatura y de alarma, deben estar conectados a un sistema de suministro alternativo de energía en caso de	Solicitar la revisión de las conexiones de las cámaras de refrigeración a sistemas de alarma que detectan cuando se salen de los límites establecidos.	30 de junio 2016	Dra. Moulton	La fecha dependerá de la actuación del servicio de mantenimiento.	Jefe de mantenimiento

	suspensión de servicio eléctrico, cuyo funcionamiento debe ser comprobado y registrado periódicamente.					
13.1 1.8 18.9	Las condiciones de almacenamiento de todos los productos almacenados deben registrarse periódicamente al menos dos veces al día los siete días de la semana, utilizando equipo de medición calibrado. El periodo para la calibración debe estar claramente definido en el procedimiento respectivo. Además se debe monitorear la temperatura durante el transporte y se debe conservar el registro. Los instrumentos utilizados para registrar las condiciones de temperatura en el interior de los vehículos y contenedores durante el transporte, serán verificados y calibrados a intervalos predeterminados.	Realizar recordatorio a mantenimiento sobre la calibración de los equipos que se utilizan en la medición de temperatura y humedad. Solicitar los procedimientos y registros que se tienen, verificar que el procedimiento indique frecuencia de calibración.	30 junio 2016	Dra. Moulton	30 julio 2016	Jefe de mantenimiento
14.1 14.2 9.3. 10	Se deben tomar previsiones para el almacenamiento y manejo adecuado de los residuos sólidos ordinarios que se generen, evitando la acumulación en las áreas de almacenamiento y sus alrededores. El manejo deberá realizarse de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 36093-S. Reglamento Sobre el Manejo de Residuos Sólidos Ordinarios. En el caso de la disposición de medicamentos y sus residuos, esta deben ser llevada a cabo bajo la responsabilidad del regente farmacéutico de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 36039-S Reglamento para la Disposición Final de Medicamentos, Materias Primas y sus Residuos.	Existe ya un procedimiento interno para el manejo de residuos, en concordancia con el decreto 36093S.				

	<p>En caso de realizar una destrucción de medicamentos, se debe levantar un acta haciendo constar la misma. En caso de productos controlados, se debe hacer llegar al Ministerio los documentos establecidos en la normativa específica para tal efecto.</p> <p>Llevar a cabo las destrucciones de medicamentos de acuerdo a lo establecido en el Decreto Ejecutivo Nº 36039-S Reglamento para la Disposición Final de Medicamentos, Materias Primas y sus Residuos. El regente debe levantar un acta haciendo constar la destrucción; en el caso de destrucciones de estupefacientes o psicotrópicos, se debe presentar dicha acta ante el Ministerio de Salud.</p>					
15.1	<p>Las condiciones normales de almacenamiento deben interpretarse como sigue:</p> <p>ETIQUETADO:</p> <p>“No almacenar a una temperatura superior a 30°C” o “Almacenar a una temperatura no superior a 30 °C”</p> <p>SIGNIFICADO:</p> <p>De +15°C a +30°C (288 K a 303 K), en instalaciones ventiladas, libres de olores extraños, contaminación y luz intensa.</p>	<p>Solicitar a la subadministración la revisión y certificación de corrección de olores extraños cerca de la caja de registro de aguas negras.</p> <p>Solicitar a la subadministración el cambio de láminas transparentes por láminas opacas, para evitar la exposición solar de los medicamentos.</p>	24 de junio 2016	Dra. Moulton	14 setiembre 2016	Subadministrador del Hospital .
16.2	Al ingresar un medicamento a la droguería, se debe poner en cuarentena, hasta que se autorice su liberación.	La bodega de almacenamiento del Hospital no necesita un área de cuarentena, por cuanto los medicamentos vienen del almacén ya aprobados por el Laboratorio de normas y calidad de la CCSS.				
16.3	En el momento de la recepción	El documento de				

	<p>se deben de revisar los siguientes aspectos:</p> <p>16.3.1. Nombre del producto.</p> <p>16.3.2. Potencia.</p> <p>16.3.3. Forma farmacéutica.</p> <p>16.3.4. Presentación.</p> <p>16.3.5. Cantidad.</p> <p>16.3.6. Proveedor.</p> <p>16.3.7. Empresa transportista.</p> <p>16.3.8. Número de lote.</p> <p>16.3.9. Condiciones de almacenamiento y transporte, incluyendo los datos de monitoreo de temperatura cuando sea necesario.</p> <p>16.3.10. Integridad física del embalaje.</p> <p>16.3.11. Fecha del embarque.</p> <p>16.3.12. Fecha de vencimiento.</p> <p>16.3.13. Nombre del laboratorio fabricante.</p> <p>16.3.14. País de procedencia o país de fabricación.</p> <p>16.3.15. Número de registro sanitario del Ministerio de Salud.</p> <p>16.3.16. Número de orden de compra.</p>	<p>recepción de la mercadería es confeccionado por el Almacén de la CCSS, por lo tanto es materialmente imposible para nosotros cambiar ese documento para incluirle otros requisitos como los anotados.</p>				
10.2	<p>En el sistema de documentación debe definirse que la responsabilidad de liberar los productos para su distribución recae sobre el regente farmacéutico.</p>	<p>Los medicamentos que ingresan del almacén ya fueron inspeccionados, analizados y aprobados por el Laboratorio de normas y calidad de la CCSS, por lo tanto en la bodega no se realiza éste trámite de liberación. Los medicamentos se disponen para despacho de forma inmediata.</p>				
16.6	<p>Cuando se encuentre una no conformidad ésta debe estar documentada al igual que la disposición del producto</p>	<p>Los medicamentos que ingresan del almacén ya fueron inspeccionados, analizados y aprobados por el Laboratorio de normas y calidad de la CCSS, por lo tanto en la bodega no se realiza otra inspección para</p>				

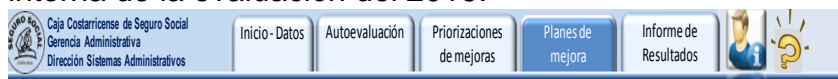
		liberación de los lotes.				
16.7	El primer lote de comercialización de un producto que ha sido muestreado, debe permanecer en cuarentena hasta su liberación por el Ministerio de Salud, para efectos del cumplimiento de la normativa vigente de Control Estatal, establecida en el Decreto Ejecutivo N° 29444-S Reglamento de Control Estatal de Medicamentos.	No aplica el procedimiento de liberación del primer lote de comercialización porque los medicamentos que ingresan del almacén ya fueron inspeccionados, analizados y aprobados por el Laboratorio de normas y calidad de la CCSS, y ya han cumplido con éste requisito, por lo tanto en la bodega no se realiza éste trámite de liberación.				
24.1	Las droguerías deben contar con procedimientos escritos para llevar a cabo las auditorías o auto inspecciones, los cuales deben contemplar la revisión de los requisitos técnicos y de gestión que garanticen el cumplimiento de las BPAD vigentes establecidas en el presente Reglamento.	El Regente confeccionará el procedimiento de autoinspecciones y auditorías internas para evaluar la eficacia y aplicabilidad del sistema de gestión.			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia
24.2	Las auditorías o auto inspecciones deben llevarse a cabo o ser coordinadas por el regente farmacéutico una vez al año o con una mayor frecuencia según lo establecido en el manual de calidad. Todo auditor interno debe contar con la capacitación y calificación para realizar su función y debe auditar actividades independientes a las que realiza.	El Regente confeccionará el procedimiento de autoinspecciones y auditorías internas para evaluar la eficacia y aplicabilidad del sistema de gestión que incluya la coordinación de las mismas y la periodicidad.			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia
9.3.11	Llevar a cabo o coordinar la realización de auditorías o auto inspecciones una vez al año o con una mayor frecuencia según lo establecido en el manual de calidad, con el fin de verificar el cumplimiento de las BPAD. El regente farmacéutico es responsable de garantizar el					

	cumplimiento de las acciones correctivas a implementar identificadas a raíz del informe de auditoría.					
24.2	Las auditorías o auto inspecciones deben llevarse a cabo o ser coordinadas por el regente farmacéutico una vez al año o con una mayor frecuencia según lo establecido en el manual de calidad. Todo auditor interno debe contar con la capacitación y calificación para realizar su función y debe auditar actividades independientes a las que realiza.	El Regente confeccionará el procedimiento de autoinspecciones y auditorías internas para evaluar la eficacia y aplicabilidad del sistema de gestión que incluya el registro de las mismas, que al menos se realicen una vez al año, quién las realiza, los requisitos de capacitación que deben tener las personas asignadas para las autoinspecciones .			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia
24.3	Cada auditoría debe generar un informe, el cual contiene las no conformidades, observaciones y recomendaciones correspondientes a la actividad evaluada. El regente farmacéutico es responsable de garantizar el cumplimiento de las acciones correctivas a implementar identificadas a raíz del informe de auditoría.	El Regente confeccionará el procedimiento de autoinspecciones y auditorías internas para evaluar la eficacia y aplicabilidad del sistema de gestión que incluya el registro del informe final de la autoinspección.			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia
24.4	La droguería debe contar con un registro de las acciones correctivas generadas a partir de las no conformidades encontradas en las auditorías o auto inspecciones. Se debe verificar la implementación y eficacia de las mismas a través de auditorías de seguimiento.	El Regente confeccionará el procedimiento de autoinspecciones y auditorías internas para evaluar la eficacia y aplicabilidad del sistema de gestión que incluya la responsabilidad del Regente en el seguimiento y registro de la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de las no conformidades encontradas en la			Para ejecutar 3 meses luego de asignada la plaza para el Regente.	Directora de Farmacia

		auditorías internas.				
Observación 3	Se encontró en general en la bodega desorden y suciedad, recetas antiguas, saldos encima de las cajas.	1-Con respecto a la limpieza y cajas vacías, se hace solicitud a servicios generales para su corrección. 2-Con respecto a saldos, desorden y cajas vacías, se realiza nota al Jefe de proveeduría para la corrección. Con respecto a las recetas antiguas ya se ordenaron las cajas.	1-24 de junio 2016. 2-30 de junio 2016	Dra. Moulton	1-22 de julio 2016 2-30 de julio 2016	1-Jefatura de Servicios generales. 2-Jefatura de proveeduría
Observación 4	Respecto a extintores	Se realiza nota a la encargada de Salud ocupacional, con copia de ésta observación para su corrección.	24 de junio 2016	Dra. Moulton	26 julio 2016	Encargada de Salud ocupacional
Observación 5	Respecto a las luminarias sin protección	Se realiza nota a la subadministración, con copia de ésta observación para que la empresa dueña proceda con su corrección.	24 de junio 2016	Dra. Moulton	22 julio 2016	Subadministrador del Hospital.

12-el estado actual de cumplimiento de las recomendaciones de la Auditoría Interna:

A continuación se presenta los planes de mejora que son recomendación de la auditoría interna de la evaluación del 2016:



Año de autoevaluación	2016
Unidad ejecutora	HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENEZ
Dependencia	Farmacia
Nombre de titular subordinado	Dra. Maureen Moulton Allen

PLANES DE MEJORA

Ámbitos de gestión	Maximizar Vista	Acción de Mejoras recomendadas	Acciones a realizar	Responsable Acción	Plazo de Ejecución	Seguimiento I Semestre (Jun-2017)	% Avance	Acciones Correctivas
11. Sistemas de información (manual, automatizado o ambos)	C	Cuenta con una programación de revisiones periódicas de los sistemas de información evaluando la confiabilidad, el tiempo de respuesta y la utilidad de la información procesada.	Se han confeccionado manuales de procedimientos de muchas áreas, sin embargo están pendientes de completar otros, por lo que se continuarán elaborando.	dirección de Farmacia, asistente administrativa, jefaturas de áreas y servicios.	abr-17	A la fecha se han revisado y actualizado los que existían anteriormente y confeccionado otros, en formato actualizado hay 21 procedimientos del servicio y otros están en revisión.	60%	Debido a que la confección de manuales de procedimientos es un proceso activo y deben ser revisados y actualizados constantemente, el proceso no tiene fecha de finalización
12. Gestión documental (física y electrónica)	B	Cuenta con la información de la gestión clasificada y organizada, lo que permite tener control para su archivo y recuperación de acuerdo a las necesidades de los usuarios internos y externos.	Completar la organización del archivo de documentos activos y pasivos de todas las áreas, registrando su ubicación manual y digital actualizada.	dirección de Farmacia, asistente administrativa, jefaturas de áreas y servicios.	jun-17	La organización del archivo activo y pasivo está completa de forma manual, en el sistema digital no se ha completado.	90%	Se propone completar el archivo digital a junio de 2018

Sobre los activos: El listado de los activos del Servicio de Farmacia se entregaron a la administración y al Subárea de bienes muebles con nota DF-186-2017 y DF 412-2017 en Junio 2017, y mediante el oficio HMP-AFC- 0269-2017 ésta dirección recibió la nota de conformidad.

Aspectos referentes a la tecnología de la información: La Dirección de Farmacia entrega en la oficina los siguientes activos informáticos en buen estado:

Número de placa	equipo
914389	UPS
980294	Unidad de procesos
1008724	Monitor marca HP

Agradeciendo todo el apoyo de ésta noble institución a través de los compañeros, Jefes y colaboradores que me ayudaron en el transcurso de todos estos años y esperando haber cumplido los objetivos trazados por la Institución, la Dirección y la administración del Hospital Max Peralta Jiménez de Cartago,

Se despide, atentamente,

Dra. Maureen Moulton Allen
Dirección de Farmacia

cc.

- Dra. María del Carmen Alvarado Robles Directora a.i Farmacia
- Lic. Ana Flor Chaves Gestión de Recursos Humanos
- Ramsés Román Sánchez WebMaster, canal oficial de comunicación interna de la CCSS
webMaster@ccss.sa.cr