



AGO-106-2020

6 de octubre de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área Gestión Operativa para el período 2020, con el fin de evaluar aspectos de control interno en los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas y verificar el sistema de control interno, cumplimiento del marco normativo y aprovechamiento de los recursos.

En tal sentido, producto de los procedimientos de auditoría aplicados, se determinó que los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas constituyen un apoyo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y son esenciales en la atención de los pacientes en los servicios de salud.

De conformidad con lo anterior, es relevante que el funcionamiento de estos servicios disponga de las condiciones adecuadas que garanticen la eficiencia y eficacia de sus operaciones, así como un sistema de control interno adecuado.

En ese contexto, el incumpliendo a la normativa institucional sobre la habilitación de los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico, podría acarrear medidas negativas a la Administración Activa por parte del ente rector de Salud, lo anterior, en virtud de la ausencia del permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud desde el período 2016.

Así también, se determinaron oportunidades de mejora en el sistema de control interno, en lo referente a la custodia de los medicamentos, ya que el inmueble presenta en algunos sectores hacinamiento y algunos productos se encuentran almacenados en el piso; o bien muy cerca del cielo raso, lo anterior, incrementa el riesgo de una afectación al patrimonio institucional.

En lo relacionado con los resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento de la programación del I semestre 2020, se determinaron porcentajes de cumplimiento acordes a lo normado, como lo son la consulta externa y hospitalización que se encuentran dentro de los rangos institucionales, sin embargo, el servicio de Urgencias y apoyo a la red no alcanzó la cantidad programada ya que la mayoría se encuentran por debajo del 90 %.

Por otro lado, se determinó la necesidad de establecer mecanismos y procedimientos efectivos que estén orientados a mejorar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos por medio de contratos, de tal manera que no solo se genere una reparación efectiva de los equipos para su utilización, sino también se promueva una cultura hacia la conservación de los activos.

En relación con el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, igualmente se evidencian debilidades de control que afectan la gestión administrativa, en este sentido, se registraron cumplimientos superiores al 88% para el caso de las placas de rayos x y estudios radiológicos en hospitalización y apoyo a la red, sin embargo, para los casos de consulta externa y urgencias fueron inferiores al 77%.

Adicionalmente, según la información proporcionada por la administración activa, se determinó una lista de espera de 223 pacientes a los cuales no se les han programado una cita para la realización de una mamografía, situaciones que podrían estar afectando y agravando aún más la situación crítica que están padeciendo estas usuarias.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

En otro orden de ideas, las mercaderías que se adquieren para el funcionamiento de los centros de salud deben disponer de áreas adecuadas para su custodia y almacenamiento, con el propósito de que los Servicios tengan a su disposición los materiales en buenas condiciones, evitar su deterioro y el riesgo de que se produzcan sustracciones, no obstante, el hospital Dr. Max Terán Valls no dispone de bodegas adecuadas para el almacenamiento de los materiales e insumos que requieren para el funcionamiento de los estos, encontrándose áreas destinadas para bodega en espacios reducidos, en malas condiciones, sin estanterías e incluso servicios que no disponen de áreas para la custodia de los materiales, manteniéndose mercaderías en pasillos y en condiciones ambientales inapropiadas para su estabilidad y conservación, lo cual podría ocasionar pérdidas por deterioro.

En virtud de lo expuesto, este Órgano de Control y Fiscalización recomendó a la Dirección Médica del hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, efectuar las gestiones técnicas administrativas para el Permiso Sanitario de Funcionamiento que el Ministerio de Salud otorgue a los Servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico para su funcionamiento, así como verificar el inmueble que presenta hacinamiento y productos que se encuentran almacenados en el piso; o bien muy cerca del cielo raso.

Además, se recomendó a la Dirección General de este centro de salud, efectuar un análisis del cumplimiento de la programación del primer semestre 2020 a esos servicios, así como establecer mecanismos de supervisión y control de la producción.



AGO- 106-2020

6 de octubre de 2020

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LOS SERVICIOS DE APOYO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DR. MAX TERÁN VALLS DE QUEPOS U.E. 2308

ORIGEN DEL ESTUDIO

Auditoría de Carácter Especial sobre los Servicios de Apoyo al Diagnóstico, Tratamiento y Control de Activos en el Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

OBJETIVO GENERAL

Determine la razonabilidad del sistema de control interno en la gestión administrativa de los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas en el Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la gestión administrativa y operativa del Servicio de Farmacia en el Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

Evaluar la gestión administrativa y operativa del Servicio de Laboratorio Clínico en el Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

Evaluar la gestión administrativa y operativa del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos.

ALCANCE

La evaluación comprendió la revisión de los aspectos relacionados con el Servicio de Laboratorio Clínico, Farmacia y Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, en el período 2019 y 2020.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015.

METODOLOGÍA

Para atender los objetivos previstos en el estudio se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

Servicio de Farmacia:

Revisión de los siguientes documentos: permiso de regencia farmacéutica y de operación del Colegio de Farmacéuticos, permiso de funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud, manual de organización y funcionamiento, producción del servicio, carné de colegiado, e informe actividades de control y supervisión.

Prueba de inventario de medicamentos en el área de despacho, psicotrópicos y estupefacientes, Servicio de Farmacia.



Servicio Laboratorio Clínico:

Revisión de los siguientes documentos: certificado regencia del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica, permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud, Manual de Organización y Funcionamiento, carné personal técnico y profesional, programación de metas. Además, se realizó una prueba de inventario de suministros en la bodega del Servicio de Laboratorio Clínico.

Servicio de Radiología e Imágenes Médicas:

Revisión de los siguientes documentos: Permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud, Reporte de supervisión Centro de Investigación en ciencias atómicas, nucleares y moleculares, Universidad de Costa Rica y Área de control de calidad y protección radiológica, Manual de organización y funcionamiento, carné personal técnico y de colegiado, programación de metas, lista de espera.

Asimismo, revisión de los siguientes documentos: reporte estadístico mensual aportado por el Servicio de Registros Médicos y Estadísticas en Salud, informe de equipos en contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios evaluados por parte del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Salud N° 5395.
- Ley General de Control Interno.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República N.º R-CO-9-2009 del 26 de enero, 2009, publicado en La Gaceta N.º 26 del 6 de febrero, 2009.
- Decreto No. 31969-S, Manual de Normas para la Habilitación de Farmacias.
- Decreto N° 30700-S, Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica.
- Reglamento de extintores portátiles contra el Fuego (Decreto 25986-MEIC-MTSS).
- Instructivo que regula los faltantes y sobrantes de activos y suministros en la C.C.S.S.
- La guía práctica de accesibilidad para todos, desarrollada por la Dirección de Mantenimiento Institucional.
- Certificado de Habilitación N°PC-ARS-MO-MV-0001-2018.
- Informe PC-ARS-MO-MV-GASS-0004-2017, Ministerio de Salud.
- Acta de Inspección Ocular N°0022-2017, Ministerio de Salud.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

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

CONDICIONES GENERALES

El Hospital Max Terán Valls de categoría Periférico 1, pertenece geográficamente a la provincia de Puntarenas y administrativamente a la Dirección de Red de Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central. Además, atiende a las poblaciones de los distritos de Quepos, Saavegre y Naranjito; y los cantones de Parrita y Garabito.



El hospital fue fundado en el año 1939 y originalmente llevaba de hospital de la Compañía Bananera, que se dedicaba principalmente a brindar atención médica a los trabajadores de esa compañía. En el año de 1962 se traspasó a la Junta de Protección Social de San José y se le dio el nombre de hospital Dr. Max Terán Valls, en honor al Ministro de Salud en ejercicio en ese entonces. El 16 de octubre de 1974 se hizo el traspaso a la CCSS.

La Junta Directiva en la Sesión 6161 del 22 de octubre de 1987, artículo 12 en el acuerdo segundo instruye a la administración para que se lleven a cabo los estudios pertinentes para la construcción de un nuevo hospital de Quepos; y en la Sesión 6208 artículo 12, se acuerda por unanimidad adjudicar a favor de la empresa constructora Arco 5 S.A., el concurso N° 87-001 para la construcción del nuevo hospital Dr. Max Terán Valls. El 22 de enero de 1994, se trasladó el hospital a las actuales instalaciones ubicadas en la Finca La Managua, aproximadamente a 5 kilómetros del centro de la ciudad.

En cantón de Quepos en el año 2017 registraba una población de 31.631 habitantes, por lo que si se compara con la población actual al 01 de enero 2020 de 32.646 existe un incremento del 3.10%, sin considerar las poblaciones de los cantones de Parrita y Garabito.

Esta situación se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Poblaciones Áreas de Atracción
Hospital Dr. Max Terán Valls
Período 2017 - 2020

Cantones / Años	2017	2020	Diferencia	Aumento %
Quepos	31.631	32.646	1.015	3.2
Parrita	19.079	23.979	4.900	20.1
Garabito	24.083	31.198	7.115	22.1

Fuente: Estadísticas de Salud

El incremento poblacional, también tiene relación con el aumento de empresas tanto públicas como privadas y la apertura de nuevos especialistas contratados por el hospital Dr. Max Terán Valls. Asimismo, el cantón de Quepos actualmente tiene un territorio de 454 kilómetros cuadrados, para una densidad poblacional de 72 habitantes por Km².

HALLAZGOS

1.- Sobre las actividades relacionadas con el Servicio de Farmacia

Se determinaron oportunidades de mejora en el Servicios de Farmacia del Hospital Dr. Max Terán Valls, en aspectos relacionados con el cumplimiento de metas del servicio para el periodo del primer semestre 2020, su permiso de habitación y las condiciones de almacenamiento de medicamentos.

Para lo anterior se efectuaron diferentes procedimientos de Auditoría tendientes a evaluar la estructura organizativa, la asignación de división de funciones, los canales de comunicación, las Interrelaciones departamentales, las líneas de autoridad y responsabilidad, su dependencia, así como, la valoración de las buenas prácticas de almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos.

A continuación, se detallan las situaciones evidenciadas:

1.1 Sobre el cumplimiento de metas establecidas en el primer semestre 2020

Se determinó que el Servicio de Farmacia registró en el primer semestre del 2020 un cumplimiento no satisfactorio de las metas programadas, con un resultado inferior al 90% de las metas planificadas, exceptuando el código A2-80 (Número de recetas de medicamentos, medicina mixta, de empresa u otros).

Las metas programadas y alcanzadas fueron las siguientes:



Cuadro 2
Metas programadas, alcance y ejecución
Servicio de Farmacia, Área de Salud de Siquirres
Enero - Junio 2020

Indicador Código	Descripción Indicador	2020			
		Meta Programada	Avance de Meta	Diferencia	% Ejecución
		I Semestre	I Semestre		
A2-78	Número de recetas de medicamentos por Consulta Externa Especializada	43.500	39.058	4.442	89.78
A2-79	Número de recetas de medicamentos por Servicio de Urgencias	98.850	47.429	51.421	47.98
NA	Número de recetas de medicamentos por hospitalización	16.050	9.920	6.130	61.80
A2-80	Número de recetas de medicamentos por apoyo a la red (Medicina Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	3.700	6.539	+ 2.839	+ 44

Fuente: Servicio de Farmacia y Boletín Estadístico 2020

Según se observa en el cuadro 2, el Servicio de Farmacia no alcanzó un cumplimiento satisfactorio en las consultas de atención farmacéutica, número de cupones de medicamentos para hospitalización y Urgencias.

Mediante oficio PE 23.467-12, del 31 mayo 2012, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, se remitió los Parámetro de Evaluación aprobados por el Consejo de Presidencia y Gerencia, aprobado en la sesión N° 315, celebrada el 7 de mayo del 2012 y publicado en la Web Martes el 31 de mayo de 2012, donde se indica:

- “• ≥ 100 % Meta Cumplida.
- ≥ 90 , <99 % Meta con cumplimiento aceptable.
- ≥ 80 , <90 %, Meta Parcialmente Cumplida.
- < 80 %, Meta Insuficiente”.

La Ley de Control Interno N° 8292 estipula en sus artículos 14 y 15, lo siguiente;

“Valoración del Riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y largo plazos.

b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos (...).

Actividades de control. Respecto a las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

a) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas.



Las Normas Técnicas Específicas, Plan de Presupuesto, 2014, señala en el apartado 5 “La planificación como base para el proceso”

“La formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación del presupuesto debe sustentarse en la planificación, para que este responda adecuadamente al cumplimiento de los objetivos, metas y proyectos formulados y contribuya a la gestión ejecutora de frente a la estrategia institucional y la demanda de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales por parte de los usuarios”.

El Instructivo de Formulación Plan Presupuesto “2017”, establece lo siguiente:

“Paso 3, la revisión de factores a considerar:

De acuerdo con el apartado 4.1.3 “Elementos a considerar en la fase de formulación” de las Normas Técnicas sobre Presupuesto Público N-1-2012-DC-DFOE, emitidas por la Contraloría General de la República, cada unidad debe realizar un análisis riguroso de factores influyentes en la formulación “Ver figura 3”, con el fin de asegurarse el cumplimiento efectivo de las disposiciones legales y técnicas, así como incorporar las variaciones o ajustes producidas en la programación física de metas”.

Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, en el apartado 10.1 “Actividades relacionadas con la gestión administrativa de los servicios de farmacia”, indica:

“...Formular, monitorear y evaluar el plan-presupuesto del servicio de farmacia a partir de los lineamientos establecidos a nivel institucional y sustentado en los objetivos estratégicos definidos para la prestación de los servicios farmacéuticos, dentro de ellos los estándares e indicadores de gestión de los servicios de farmacia”.

Según las justificaciones inmersas en el informe de alcance de metas del I semestre 2020, dadas por la Dirección Médica, establecieron lo siguiente:

“En atención a las Directrices Nacionales Institucionales y Locales se debieron adoptar medidas para mitigar el contagio Covid-19, por lo que existió una reducción significativa en la cantidad de recetas y stock despachados en Urgencias y hospitalización, este servicio disminuyó considerablemente sus consultas ya que la población viene mucho menos para disminuir la contaminación y ser infectados. Acá se puede mencionar la Circular emitida a nivel local por la Dirección Médica DG-HDRMTV-227-03-2020”.

El 01 de setiembre de 2020, mediante oficio FAR-HDRMTV-0338-2020, la Dra. Vanette Marcela Zamora Castrillo, informó a la Lic. Maritza Vargas Muñoz, Jefatura del Servicio de Registros Médicos del hospital Dr. Max Terán Valls, lo siguiente:

“Por medio de la presente le informo la situación presentada en el reporte de las recetas que se generan en el cuadro 31 del SIFA, especialmente en el servicio de MEOSIS.

Al llegar la receta digital y EDUS, todos los inyectables de Urgencias que prescribe el médico se despachan por medio de un stock automático en la receta digital, por lo que el MEOSIS aumentó en más de un 50% con la aparición de la receta digital.

Ante la digitación y la pérdida de los inyectables en el servicio de emergencias como cupones reportados, este servicio, decidió repartir los cupones de MEOSI de la siguiente manera: un 85% a urgencias (Un promedio de lo que perdió y se sumó al stock), un 15% a hospitalización (Al cual antes se le sumaban los MEOSIS).

Le informo lo siguiente para que sea tomado en cuenta a la hora de reportar los informes a nivel nacional y no se reflejen diferencias entre lo que reportamos ambos servicios”.

El 01 de setiembre de 2020, mediante certificación Datos de Estadística FAR-HDRMAV-0235-2020, la Dra. Vanette Zamora Castrillo, Jefatura del Servicio de Farmacia, comunica lo siguiente:

“Por medio de la presente yo Dra. Vanette Marcela Zamora Castrillo, cédula, 6-0317-0027, en calidad de Jefatura de Farmacia, del Hospital Dr. Max Terán Valls, certifico lo siguiente:

Servicio	ESTADISTICA REMES			SERVICIO DE FARMACIA		
	Programado	Ejecutado	% cumplimiento	Programado	Ejecutado	% cumplimiento
Hospitalización	16.050	9.920	61%	16.050	13.572	85%
Urgencias	98.850	47.429	47%	98.850	68.023	69%

- La diferencia en el aumento de recetas que reporta el servicio de Farmacia se debe a que los cupones de MEOSIS (**stock que se despachan a los diferentes servicios del Hospital**) que se registran en el cuadro 31 del SIFA, anteriormente se sumaban a Hospitalización y no a urgencias.
- Al llegar la receta digital y EDUS, todos los inyectables de Urgencias que prescribe el médico se despachan por medio de stock automático en la receta digital, por lo que el MEOSI aumentó en más de un 50% con la aparición de la receta digital.
- Ante la digitalización y la pérdida de los inyectables se decidió repartir las recetas de MEOSI de la siguiente manera: un 85% a Urgencias (un promedio de lo que se perdió y se sumó al stock) y un 15% a Hospitalización.
- Además, no se logró llegar a la meta programada debido a la situación de la Pandemia por COVID-19, ya que las restricciones y las medidas tomadas por las autoridades superiores, afectaron considerablemente la producción durante el I Semestre 2020, en nota DG-HDRMTV N°0227-03-2020, se suspendieron las consultas no prioritarias, cirugías y otros que causó la disminución en el despacho de medicamentos por ende de recetas también.
- Esta situación ya se había comentado con la jefatura de Estadística y la coordinadora de Planificación Metas Plan Presupuesto, sin embargo, se envía nota con el fin de unificar criterios, para futuros informes (FAR-HDRMTV N°0238-2020)

Se extiende la presente a solicitud al ser las 10 horas con 20 minutos, del 01 de Setiembre del 2020”.

La planificación es un proceso dinámico que puede ser modificado, desde el punto de vista teórico; las metas se definen para lograr mejoras en la gestión, de ahí que los cambios y/o modificaciones sin un análisis, revisión y seguimiento exhaustivo en los parámetros podrían generar cumplimientos parciales de las metas establecidas y no garantizar un uso razonable los recursos públicos asignados.

La situación anteriormente expuesta, podría generar que la toma de decisiones de la Administración Activa genere inoportunidad en la prestación de los servicios de salud, en virtud de que las metas encuentren ajustadas a la realidad del Área.

1.2 Sobre el permiso de habilitación del Servicio de Farmacia

Se evidenció que el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, no dispone de la certificación de habilitación de dicho servicio por parte del Ministerio de Salud, debido al no cumplimiento a satisfacción de todos los estándares requeridos y contemplados en el Cuestionario de Evaluación General para Habilitación de Servicios de Salud para el tipo de actividad solicitado de conformidad con el decreto ejecutivo 41045-S Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud.

El 24 de julio de 2020, mediante informe técnico N° MS-DRRSPC-DARSQ-483-2020, el Dr. José Luis Miranda Cajina, director del Área Rectora de Salud, informó al Dr. Wilburg Alonso Díaz Cruz, Director de Red Integrada de Prestación de Servicios de la Salud Pacífico Central, lo siguiente:



*“Con el propósito de atender el trámite indicado en el asunto, le comunico que en concordancia con el informe técnico MS-DRRSPC-DARSQ-IT-258-2018, esta dirección **no le otorga la Certificación de Habilitación a la Farmacia Hospitalaria denominada “Farmacia del Hospital Dr. Max Terán Valls”**, debido al no cumplimiento a satisfacción de todos los estándares requeridos contemplados en el Cuestionario de Evaluación General para Habilitación de Servicios de Salud para el tipo de actividad solicitado de conformidad con el decreto ejecutivo 41045-S Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud; para lo cual en este mismo acto se le informa que una vez que pueda subsanar dichos estándares requeridos, deberá solicitar nuevamente a esta dependencia la habilitación correspondiente”.*

El Manual de políticas y normas para los Servicios de Farmacia, establece:

“7. Normas generales de los Servicios de Farmacia

7.1 Normas de Organización:

7.1.1 Para el funcionamiento de los servicios de farmacia se debe contar con los permisos: Regencia Farmacéutica, Permiso de Operación, Habilitación del Establecimiento Farmacéutico.

7.1.2 Estos permisos deben estar debidamente firmados, al día y ubicados en un lugar visible.”

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, sobre las actividades inherentes a la conducción y dirección estratégica de los servicios de Farmacia, señala:

“...Vigilar el cumplimiento de la normativa nacional e institucional en materia de medicamentos y servicios farmacéuticos, mediante la evaluación periódica de la gestión y un adecuado sistema de monitorización y seguimiento Supervisar las actividades realizadas por las unidades que conforman el Servicio de Farmacia, con base en los procedimientos y las instrucciones de trabajo establecidas, con la finalidad de promover la efectividad en la prestación de los servicios farmacéuticos, que permitan la elaboración e implementación de los respectivos planes de mejora”.

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos, que en el punto 26.5 establece:

“..., que cada centro de trabajo debe contar con un registro de las acciones correctivas generadas a partir de las no conformidades encontradas y que se debe verificar la implementación y eficacia de estas a través de auto inspecciones de seguimiento”.

El Manual de Políticas y Normas para los Servicios de Farmacia, señala:

“Artículo 5.6 Políticas de Efectividad: Los servicios de farmacia deben desarrollar actividades tendientes a mejorar y aumentar la eficiencia, la productividad y la calidad de la prestación.

...




Artículo 5.8 Política Gestión de Calidad - 5.8.1 Se debe orientar la organización a satisfacer las demandas de los usuarios de los servicios farmacéuticos, de acuerdo con las políticas, normas y procedimientos establecidos a nivel institucional y del Centro de Salud. 5.8.5 Se debe adoptar el concepto de aseguramiento de la calidad con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios y la efectividad en el desarrollo de la gestión”.

El hecho de que los servicios de farmacia no dispongan del permiso de funcionamiento correspondiente, obedece a la omisión de requisitos en el trámite ante el Ministerio de Salud o la gestión tardía de la solicitud, lo que impide la prestación de los servicios de salud de conformidad con el ordenamiento jurídico.

Mantener servicios de farmacia funcionando sin que el Ministerio de Salud haya extendido el respectivo permiso constituye una situación de riesgo para la Institución y los usuarios de los servicios de salud, en virtud de la posibilidad de un eventual cierre del establecimiento y la interrupción en el suministro de medicamentos a los pacientes.

1.3 Sobre las condiciones de la planta física de la sección de almacenamiento de medicamentos

Se determinó que la infraestructura física que alberga la Unidad o Sección de Almacenamiento de medicamentos del Servicio de Farmacia del hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, no dispone de las condiciones adecuadas para el almacenaje, custodia y distribución de medicamentos que se salvaguardan en ese lugar, ya que el inmueble presenta en algunas partes hacinamiento y algunos productos se encuentran almacenados en el piso; o bien muy cerca (menos de 30 cm) del cielo raso. **(Fotos1 - 3)**

Fotografía 1 Farmacia	Fotografía 2 Farmacia	Fotografía 3 Farmacia
		
Mercadería pegada al cielo raso directo en el piso	Mercadería almacenada	Mercadería pegada al cielo raso

La Ley General de Control Interno establece en el artículo 8:

“...se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

- Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- Exigir confiabilidad y oportunidad de la información”.*

La misma Ley en el artículo 10.- Responsabilidad por el sistema de control interno, define:

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

De igual manera en el Capítulo III, Sección I, artículo 14, estipula:

“Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”.

Al respecto, entiende esta Auditoría que el hospital Dr. Max Terán Valls requiere de mayor infraestructura física, toda vez que actualmente se hace insuficiente el espacio destinado, considerando que cuando ingresa mercadería, ya sea la que proviene del Almacén General o aquella adquirida mediante compras en el ámbito local; limitando la posibilidad de la Administración de ejercer un control interno eficiente y adecuado.

Es importante indicar que para albergar una Sección de Almacenamiento de medicamentos no sólo deben haber condiciones adecuadas de infraestructura, sino además se debe garantizar la limpieza para la conservación de las características físicas y químicas de las mercancías y condiciones laborales idóneas al personal y los recursos



necesarios, entre ellos los de infraestructura, para el desempeño de sus funciones en el que se contribuya a la prestación oportuna de los servicios y la realización eficiente de las operaciones por parte de todos los funcionarios; así como un programa de seguridad y vigilancia para salvaguardar el patrimonio institucional con base en la regulación y la normativa establecida.

2. Sobre las actividades relacionadas con el Servicio de Laboratorio Clínico

Se determinaron oportunidades de mejora en el Servicios de Laboratorio Clínico del Hospital Dr. Max Terán Valls, en aspectos relacionados con su gestión administrativa, su permiso de habitación, el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, así como las condiciones de las bodegas de almacenamiento.

Es importante resaltar, que el Laboratorio Clínico tiene como función sustantiva dispensar en forma segura y oportuna los medicamentos que requiere la población por medio de la prestación de Servicios de Laboratorio eficientes y de calidad, que garanticen el cumplimiento del modelo de atención integral a las personas usuarias.

A continuación, se detallan las situaciones evidenciadas:

2.1 Sobre la gestión administrativa en cuanto a la habilitación del Laboratorio Clínico

Se evidenció que el Servicio del Laboratorio Clínico del Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, no dispone de la certificación de habilitación por parte del Ministerio de Salud para su funcionamiento.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen lo siguiente en el capítulo IV, numeral 4.5, "Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones":

"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional.

Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas".

Así mismo, ese cuerpo normativo, en el capítulo 4, punto 4.5.1, "Supervisión constante", refiere:

"(...) El jerarca y los titulares subordinados deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional."

El Dr. Carlos Brenes Artavia, Regulación de Servicios de Salud del Área Rectora de Salud de Quepos, informó a la Dra. Patricia Díaz Madrigal, Jefe de Laboratorio Clínico del hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, mediante correo electrónico el 09 de junio 2020 lo siguiente:

"Una vez revisada toda la información por usted enviada, le indico que la O.S a la cual se hace referencia, está prescrita. No encontré expediente para poder ver el seguimiento de esta. Referente a las imágenes de Solicitud por usted enviadas, las mismas no identifiqué sello alguno de esta dependencia, o boleta de trámite para la recepción de las mismas para poderle dar seguimiento. Además, de no encontrarse documento físico alguno como el aportado en imágenes.

Por lo tanto, le indico aspectos de requisitos que se deben de contemplar para realizar la solicitud correspondiente para iniciar el trámite de habilitación requerido para establecimientos de salud como el por usted dirigido:

1. Debe de presentarse la solicitud de Habilitación de Servicio de Salud "Laboratorios de Microbiología y Química Clínica", en en el formulario oficial vigente, el cual se encuentra en la página del ministerio de salud <https://www.ministeriodesalud.go.cr/> (En el apartado Permisos y Habilitaciones) sitio oficial.
2. Todo documento referente al trámite de solicitud para habilitación de servicios de salud de la CCSS debe de venir firmado (Firma Digital) por parte del Presidente Ejecutivo de la



CCSS Dr. Román Macaya Hayes o por el Director Regional Dr. Wilburg Alonso Díaz Cruz.
(Del cual adjunto archivo, con Poder General)

3. La recepción de todos los documentos para solicitud debe de ser presentados de forma electrónica y deben de venir firmados con Firma Digital según corresponda por alguno de los dos médicos con representación legal como quedo establecido en el punto 1; y según lo indica el DM-RM-0748-2020 (el cual se adjunta a este correo), además debe de señalarse un correo electrónico para las notificaciones y aportar todos los requisitos establecidos en la normativa correspondiente.
4. Se debe de adjuntar carta de autorización de parte de una de las dos personas indicadas en el punto 1; autorizando a un tercero (sea el Director del HMTV Dr. Vega o usted como Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico del HMTV o a quien designen) para presentación de documentos necesarios o faltantes (actualmente por lineamiento solo de forma electrónica como ya lo establecimos), así como de forma física para el retiro de los mismos o inclusive el de la Habilitaciones una vez se haya cumplido con todos los requisitos establecidos en el Decreto Ejecutivo 41045-S y los específicos del Decreto N° 30700-S Norma Para La Habilitación De Laboratorios de Microbiología y Química Clínica que se encuentran en la siguiente link:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?para_m1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49302&nValor3=52709&strTipM=TC
5. Los cuales son revisados y verificados en la inspección previa en campo, una vez que es ingresada la debida solicitud a esta dependencia por medio de ventanilla única, con el debido cumplimiento de los requisitos documentales y administrativos previos.

Nota: Recordarle, para poder otorgar la Habilitación correspondiente se deben de cumplir al 100% los requisitos documentales administrativos, así como los requisitos y estándares de la Habilitación según la Norma específica para Laboratorios de Microbiología y Química Clínica que es revisada en campo mediante visita de habilitación previa”.

El 05 de agosto de 2020, mediante correo electrónico, la Dra. Díaz Madrigal, jefe del Laboratorio Clínico, comunicó a esta auditoría, lo siguiente:

Desde el 2016 se tienen documentos que respaldan el envío al Ministerio de Salud de la información para la Habilitación mencionada, sin embargo, debido a que no hubo respuesta en ese entonces y ahora que se cambió de personal en el Ministerio de Salud, se le dirigió la consulta con la copia de los documentos al Dr. Carlos Brenes. El muy amablemente revisó la documentación, pero como la documentación que le envié y la que él me envió devuelta son muy pesadas no puedo reenviárselo desde mi correo personal, pero le envío una copia del correo en formato Word y cuando guste puede venir a revisar el correo original para más información. Actualmente estoy haciendo las gestiones para que el Dr. Wilburg Díaz firme el poder, para poder enviar el formulario completo ya que como le expuse al Dr. Brenes debía hacer las revisiones de infraestructura y equipamiento para ver si cumplíamos con todo lo solicitado por el Ministerio de Salud, y al estar al día, ya estoy en el proceso de envío de la documentación que espero obtener máximo en un mes.

El 05 de agosto de 2020, mediante oficio H-DRMTV-LAB-183-07-2020, la Dra. Díaz Madrigal, informó al Lic. Roberto Barquero Rodríguez, Director Administrativo y Financiero del Hospital Dr. Max Terán Valls, lo siguiente:

“Con la finalidad de lograr la habilitación del Ministerio de Salud, requiero de sus oficios para que se nos brinde al Laboratorio Clínico de dos Extintores, ya que los que se encuentran en nuestra área de trabajo no han sido recargados desde junio del 2016, y en estas condiciones no se puede proceder a la Habilitación de Laboratorio Clínico.

Esta solicitud es de carácter urgente y requiere de su atención, lo más pronto posible, dado que estamos en riesgo de una Orden Sanitaria por incumplimiento de este tema”.

La institución está regida por el principio de legalidad, del cual deriva la obligación de realizar todos aquellos actos regulados en el ordenamiento jurídico y, ante tal inobservancia, podrían constituirse eventuales responsabilidades administrativas, civiles o de otra índole, aunado carencia de supervisión por parte del Director General en procura de obtener mayor eficiencia y eficacia en las operaciones.

Al estar el Servicio de Laboratorio Clínico de este centro asistencial funcionando sin que el Área Rectora del Ministerio de Salud haya extendido el respectivo permiso, constituye una situación de riesgo para la Institución y los usuarios de los servicios de salud, en virtud de la posibilidad de un eventual cierre del establecimiento y la interrupción en el suministro de exámenes de laboratorio a los pacientes.

2.2 Sobre la gestión administrativa de análisis clínico (I Semestre 2020)

Se ejecutó la revisión de los documentos que registran la programación (proceso de planificación) del número de exámenes de laboratorio clínico que serían realizados durante el I Semestre del 2020, determinándose diferencia en los datos registrados en los siguientes 2 documentos:

- Plan-Presupuesto período 2020 - 2021, (Hospital Dr. Max Terán Valls).
- Evaluación de Metas del primero y Segundo Trimestre 2020.

El siguiente cuadro registra las diferencias localizadas:

**CUADRO N° 3
DIFERENCIAS ENTRE PLAN-PRESUPUESTO Y AVANCE DE METAS
LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DR. MAX TERÁN VALLS
I SEMESTRE – 2020**

Descripción Indicador	2020			
	Meta Programada	Avance de Meta	Diferencia	% Ejecución
	I Semestre	I Semestre		
Número de exámenes laboratorio por Consulta Externa Especializada	47.500	46.638	862	98.2
Número de exámenes laboratorio por Servicio de Urgencias	66.100	59.050	7.050	89.2
Número de exámenes laboratorio por hospitalización	27.500	29.817	+ 2.317	108.4
Número exámenes laboratorio por apoyo a la red (Medicina Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	95.800	84.783	10.017	88.4

Fuente: Plan Presupuesto 2020 - 2021 y Boletín Estadístico

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

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

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

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

Además, en el capítulo IV, de ese mismo cuerpo normativo, numeral 4.5, “Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones”, establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas”.



El 15 de setiembre de 2020, mediante certificación enviada por correo institucional, la Dra. Patricia Díaz Madrigal, Jefatura del Laboratorio Clínico, comunicó a la Auditoría lo siguiente:

“Análisis de resultados sobre producción de exámenes de Laboratorio realizados en el Hospital Dr. Max Terán Valls Situación actualizada al I semestre 2020.

En la anterior presentación se mencionó del reporte excesivo de exámenes de los años 2012-2015 con respecto a los años 2009-2010, los cuales duplican a estos últimos, en una población de pacientes atendidos en las diferentes áreas del HMTV, la cual se encuentra con aumentos poco significativos con respecto a la cantidad de exámenes practicados.

Este aumento en el periodo 2012-2015 se ha dado de manera progresiva, tanto que en el 2016 se observa un aumento constante y progresivo, por lo cual se han tenido que tomar medidas de ajustes cada seis meses para poder cumplir con las proyecciones pactadas en el Plan de Gestión Local 2016-2017, 2018-2019 y 2020-2021. A pesar de los ajustes, la tendencia siguió siendo de aumento hasta un 20,9 % a nivel general en los periodos comprendidos del 2015-2019. En el 2019 y por atrasos en la ejecución de la compra local de pruebas especiales, se dejaron de producir a partir de julio de las 2019 dichas pruebas, lo cual frenó la tendencia, estabilizándose dicha tendencia al alza.

En el I semestre del 2020, en los meses de enero y febrero la tendencia se mantenía, pero a raíz de la pandemia por el virus SARCov 2, dicha tendencia sufrió una disminución en los siguientes 4 meses de un 27% en promedio. Para el 09 de marzo del 2020 ya existía una cantidad de pacientes programados para la toma de muestra de rutina, sin embargo durante el mes de marzo se aumentó el ausentismo por la pandemia concomitantemente que por disposiciones de la Dirección Médica se redujeron las consultas médicas, con excepción de los pacientes anti coagulados, embarazadas o casos extremadamente calificados, disminuyendo la captación por consulta, fuese del HMTV o del Área de Salud de Aguirre, llegando a una disminución de un 60% en el mes de abril.

Concomitantemente se experimentaron disminuciones considerables en la atención en Urgencias de otros casos no respiratorios por la misma causa. En los meses posteriores (entre mayo y junio) se han dado aumento de la atención de la consulta, dado que se proyectaron atención médica presencial del 50% en ambos centros de salud, tanto el Hospital como el Área de Salud, lo que aumentó nuestra producción de exámenes realizados, logrando obtener hasta un 72% de producción en junio, lo que nos lleva a tener resultados de producción en el primer Semestre del 2020 inferiores del 90% en Urgencias y en exámenes realizados a otros centros (por tratarse del Área de Salud de Aguirre, la que más influye en este parámetro).

La planificación es un proceso dinámico que puede ser modificado, desde el punto de vista teórico; las metas se definen para lograr mejoras en la gestión, de ahí que los cambios y/o modificaciones sin un análisis, revisión y seguimiento exhaustivo en los parámetros podrían generar cumplimientos parciales de las metas establecidas y no garantizar un uso razonable los recursos públicos asignados.

El logro de los resultados inferior a lo programado evidencia que el proceso de planificación en el hospital Dr. Max Terán Valls, no ha garantizado que los objetivos que se planteen obedezcan a la realidad del centro médico, de manera que se garantice el logro de los objetivos mediante una distribución y uso eficiente de los recursos institucionales asignados para la consecución de las metas.

2.3 Sobre el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos

El Hospital Dr. Max Terán Valls actualmente no mantiene con un contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para los 15 equipos pertenecientes al Servicio del Laboratorio Clínico, dicho mantenimiento lo realizan los funcionarios del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento de ese centro de salud, como se puede observar en el cuadro 4.

Cuadro 4
Equipos sin mantenimiento preventivo y correctivo
Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos
Período 2020

N° Placa	Descripción de equipo	Garantía vigente	Mantenimiento preventivo y correctivo	Estado actual del equipo
561196	Microscopio de fluorescencia	no	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	regular
924786	Microscopio binocular	no	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	bueno
924787	Microscopio binocular	no	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
927298	secador de láminas	no	sí (correctivo)	para dar de baja
977259	Rotador vdr	no	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1022502	Centrifuga de mesa	no	sí (correctivo)	optimo
1091772	Microscopio binocular	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1109201	Autoclave marca yang ta min	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1109407	Cámara de flujo laminar	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1109434	Centrifuga de coombs	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1110357	Congelador para almacenar plasma	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1110358	Baño maría para plasma	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1110359	Agitador de plaquetas	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1313849	Balanza analítica marca radwag	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1195964	Selladora de bolsas para filtración estéril	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1091787	Cámara de enfriamiento	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo
1181385	Cámara de refrigeración	si	Servicio Ingeniería y Mantenimiento	optimo

Fuente: Servicio de Ingeniería y Mantenimiento

De conformidad con lo anterior, la decisión de no incluir los equipos médicos en contrato de mantenimiento expone al riesgo de que los mismos queden fuera de funcionamiento, en ese sentido, una sana práctica administrativa se deben maximizar los recursos y fundamentar las decisiones en criterios técnicos.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10.- Responsabilidad por el sistema de control interno, define:

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

De igual manera en el Capítulo III, Sección I, artículo 14, estipula: “Valoración del riesgo”.

“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público disponen:

“4.3 Protección y conservación del patrimonio. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución... Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes los cuales puedan verse expuestos...”

4.3.3 Regulaciones y dispositivos de seguridad. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer y vigilar la aplicación de las regulaciones y los dispositivos de seguridad que se estimen pertinentes según la naturaleza de los activos y la relevancia de los riesgos asociados, para garantizar su rendimiento óptimo y su protección contra pérdida, deterioro o uso irregular, así como para prevenir cualquier daño a la integridad física de los funcionarios que deban utilizarlos”.

El 15 de setiembre de 2020, mediante certificación enviada por correo institucional, la Dra. Patricia Díaz Madrigal, Jefatura del Laboratorio Clínico. Comunicó a la Auditoría lo siguiente:

“CERTIFICACIÓN

Yo, Patricia Díaz Madrigal, cédula de identidad 1-0879-0561, en calidad de Director de Laboratorio Clínico del Hospital/Centro de Salud: Hospital Max Terán Valls, de acuerdo a lo solicitado por la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social los equipos médicos enlistados como sigue se les ha realizado solamente mantenimientos preventivos en el centro de Salud y se ha tratado de realizar las gestiones a nivel de Ingeniería y Mantenimiento para contratar a empresas especializadas para su mantenimiento preventivo y correctivo, sin éxito por no contar con el presupuesto para este fin (...).

En el caso del estudio de brecha para la solicitud de la plaza de bodeguero, como de otras plazas adicionales urgentes e igualmente importantes, no se han realizado aún debido a que en otros años se nos había planteado otra metodología por medio de plan funcional, del cual no se obtuvo el recurso humano requerido para el reforzamiento de las áreas descritas, es por ello que no contamos la suficiente capacidad instalada con el cual llevar controles adecuados y suficientes para todos los insumos y reactivos que maneja el Laboratorio Clínico.

Se le ha comunicado al Director Médico sobre las condiciones de la bodega mediante los planes funcionales y las visitas que se han realizado a nuestra área. Se ha entablado igualmente negociaciones para la Modificación de la Bodega y la ampliación del Laboratorio Clínico, el cual se había proyectado para este año, sin embargo, el proyecto no fue avalado a razón de la condición de pandemia que estamos viviendo actualmente”.

Es criterio de esta Auditoría, que con el mantenimiento preventivo y correctivo se pretende prevenir el deterioro y prolongar la vida útil de los equipos y garantizar que ese centro asistencial cuente con los recursos tecnológicos necesarios que aseguren la continuidad y calidad de los servicios. No obstante, dicha actividad debe realizarse de forma que se logre una maximización de los recursos asignados, en apego a los principios de eficiencia, eficacia y economía.

Lo situación anterior, es ocasionado por debilidades e inconsistencias en los procesos de planificación e incumplimiento a la normativa institucional, lo cual está originando que estos equipos médicos no se les realice un diagnóstico profesional, con los riesgos asociados a este hecho que se deterioren por la no prestación de un servicio técnico.

2.4 Sobre la administración de insumos en la bodega de Laboratorio Clínico

La bodega del servicio de Laboratorio, dispone de un espacio hacinado el cual está habilitado para la custodia de productos que ingresan de la Subárea de Almacenamiento y Distribución y por Compras Directas tramitadas en ese centro de salud, utilizando para el control de los suministros de entradas y salidas un tarjetero el cual se encuentra desactualizado al no tener ese servicio un bodeguero que se encargue de llevar los controles de los insumos de la bodega, por lo que esta Auditoría no pudo realizar un inventario de los materiales que ingresan a dicho servicio.

2.4.1 Sobre las condiciones de la bodega del servicio de Laboratorio Clínico

Se determinó que la bodega del Servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Max Terán Valls no reúne condiciones adecuadas para su funcionamiento, se encuentra hacinada, carece de estanterías, tarimas y rotulación de las mercaderías, se mantiene mercadería en el suelo (fotografías 4 – 9).

Fotografía 4 Laboratorio	Fotografía 5 Laboratorio	Fotografía 6 Laboratorio
		
Mercadería desordenada por falta de estanterías		Mercadería hasta el cielo raso
Fotografía 7 Laboratorio	Fotografía 8 Laboratorio	Fotografía 9 Laboratorio
		
Mercadería hasta el cielo raso por falta de estantería		Mercadería hasta el cielo raso

Fuente: Iniciativa propia

De conformidad con lo anterior, se puede observar que el citado Servicio no dispone de un espacio adecuado para la custodia de mercaderías e insumos que ingresan de la Subárea de Almacenamiento y Distribución o los adquiridos mediante Compras Directas gestionadas por ese centro de salud, lo cual podría ocasionar pérdidas patrimoniales por la humedad, al tener los productos en el piso.

La Ley General de Control Interno establece en el artículo 8:

“...se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos:

- a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información”.*

La misma Ley en el artículo 10.- Responsabilidad por el sistema de control interno, define:

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

De igual manera en el Capítulo III, Sección I, artículo 14, estipula:

“Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”.

El Instructivo que regula los faltantes y sobrantes de activos y suministros en la C.C.S.S., en el artículo 19, “responsables por los faltantes y sobrantes de inventario”, señala:

“Todo Jefe de Unidad de trabajo responderá ante la Caja por el faltante detectado en su inventario que no cuente con el justificante válido por la ausencia física del o los productos, salvo aquellos casos en que se logre individualizar o personalizar la responsabilidad en otro funcionario por hechos dolosos o negligentes, lo cual se deberá demostrar en la respectiva investigación preliminar para esclarecer la verdad real de los acontecimientos que originaron el faltante”.

Las normas de control interno para el sector público, en el capítulo IV “Normas sobre actividades de control”, establecen:

“4.3 Protección y conservación del patrimonio

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

El Modelo de Funcionamiento y Organización del Área de Gestión de Bienes y Servicios, establece en relación con actividades sustantivas de los Subprocesos de Planificación y de Almacenamiento y Distribución, las siguientes:

“9.2 Sub proceso de Planificación: Programar y efectuar inventarios selectivos y totales, para el establecimiento de niveles óptimos de inventario, de rotación, de lotes económicos e identificar los productos en condición de obsolescencia o deterioro, mediante la aplicación de los modelos y metodologías apropiadas, con el objetivo de lograr una administración racional de los insumos”.

La situación evidenciada obedece a debilidades de control asociadas a la gestión y seguridad de los inventarios de suministros, lo que limita la garantía de una sana administración de los recursos, por cuanto en las condiciones actuales, no existe ninguna barrera o restricción para el acceso a los insumos almacenados.

La ausencia de inventarios periódicos podría ocasionar faltantes y sobrantes que no pueden ser detectadas en la Bodega del Laboratorio Clínico, esto generaría debilidades en la administración de las existencias.

De igual manera, el hecho de que las mercaderías se encuentren con debilidades de almacenamiento se debe a la improvisación de espacios y las malas condiciones de la bodega de ese servicio.

Las situaciones anteriores que podrían ocasionar daños en las mercaderías, pérdidas, robos o hurto de materiales debido a las debilidades en la administración de los inventarios y a las condiciones de las áreas destinadas a la custodia y seguridad de los bienes.

Lo descrito afecta la adecuada gestión de suministros en bodega y podría impactar el patrimonio institucional debido a que el sistema de control actual podría no detectar hechos irregulares relacionados con el control de existencias, la salida y destino de los insumos.

3. Sobre las actividades relacionadas con el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas

Se determinaron oportunidades de mejora en el Servicios de Radiología e Imágenes Médicas del Hospital Dr. Max Terán Valls, en aspectos relacionados con su gestión administrativa, y gestión de listas de espera.

En tal sentido, es importante resaltar que este servicio de Radiología e Imágenes Médicas contribuirá a la atención oportuna eficiente y de calidad al usuario que requiera de algún tipo de estudio radiológico, además, dará cobertura en el campo de la radiología al hospital, Área de salud de Aguirre y Parrita, y algunos otros centros hospitalarios. Por otro lado, el servicio de rayos X, está diseñado para instruir al personal autorizado del manejo del equipo de radiología (técnicos de rayos X), brindar una mejor comprensión de las funciones a realizar en el servicio; logrando una buena técnica radiográfica, y permitiendo identificar puntos críticos que permitan mejorar en forma continua la prestación del servicio; logrando la satisfacción del usuario al tener en cuenta sus necesidades y expectativas, aplicando la normatividad vigente en cuanto a calidad se refiere.

A continuación, se detallan las situaciones evidenciadas:

3.1 Sobre la gestión administrativa de estudios e imágenes de rayos x (I Semestre 2020).

De la revisión de los documentos aportados donde sé que registra la programación (proceso de planificación) del número de estudios radiológicos que serán realizados durante el I Semestre del 2020, determinándose diferencia en los datos registrados.

- Plan-Presupuesto período 2020 - 2021, (Hospital Dr. Max Terán Valls).
- Evaluación de Metas del primero y Segundo Trimestre 2020.

El cuadro 5 se registran las diferencias localizadas:

CUADRO 5
Estudios e Imágenes de Rayos X
Hospital Dr. Max Terán Valls
Período I semestre 2020

Descripción Indicador Imágenes	2020			
	Meta Programada	Avance de Meta	Diferencia	% Ejecución
	I Semestre	I Semestre		
Placas Rayos X (Imágenes) Consulta Externa	2.400	1.647	753	68.6
Placas Rayos X (Imágenes) Servicio de Urgencias	12.000	8.887	3.113	74.0
Placas Rayos X (Imágenes) por hospitalización	650	614	36	94.5
Placas Rayos X (Imágenes) por apoyo a la red (Medicina Empresa, Mixta u otros establecimientos de salud)	5.000	4.402	598	88.0

Fuente: Servicio de Radiología y Estadísticas de Salud

Descripción Indicador Estudios Radiológicos	2020			
	Meta Programada	Avance de Meta	Diferencia	% Ejecución
	I Semestre	I Semestre		
Consulta Externa	1.250	962	288	77
Urgencias	8.000	5.502	2.498	68.7
hospitalización	450	425	25	94.4
Medicina Empresa, Mixta u otros	3.050	2.774	276	91

Fuente: Servicio de Radiología y Estadísticas de Salud

De conformidad con lo anterior, como se puede apreciar en el cuadro 5 que el servicio de Radiología e Imágenes Médicas en el primer semestre del período 2020, no alcanzó las metas propuestas en la consulta externa y urgencias tanto en las imágenes de rayos x como en los estudios radiológicos, con porcentajes inferiores al 80%.

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

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

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

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

Además, en el capítulo IV, de ese mismo cuerpo normativo, numeral 4.5, “Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones”, establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas”.

Asimismo, en ese cuerpo normativo establece:

“Normas sobre valoración del riesgo

3.3 Vinculación con la planificación institucional

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

La producción alcanzada por el Servicio de Radiología es inferior a la programada, con porcentajes incluso menores al 80%, lo que evidencia debilidades de control en el proceso de planificación.

Lo anterior implica que no existe garantía de un uso adecuado de los recursos disponibles, generando el riesgo de que las metas planteadas no contribuyan eficazmente con el logro de los objetivos de la organización.

3.2. Gestión de listas de espera de Mamografías

Se determinó que el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas presenta al 20 de agosto de 2020, una lista de espera de 223 pacientes para realizarle una mamografía, que a la fecha no se le ha logrado realizar ningún procedimiento a ninguna usuaria por las siguientes razones: (Ver Anexo 1)

- 84 procedimientos suspendidos por la emergencia del Covid 19.
- 31 pacientes no se registraron en su momento.
- 27 usuarios sin realizarles una mamografía porque el equipo estaba en mal estado.
- 07 se intentaron localizar.
- 74 le indicaron pendiente.

De conformidad con lo anterior, a los 223 pacientes no se le han logrado reprogramar una cita para realizarles una mamografía, es decir, al 20 de agosto de 2020, están pendientes 223 usuarias para realizarles dicha mamografía, en el cual no hay plazo máximo de espera para este procedimiento.

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

“4.2 De la gestión de listas de espera:

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

El artículo 10 de la Ley General de Control Interno dispone que serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional, y que será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento, máxime lo evidenciado por este Órgano de Fiscalización y Control en el presente informe, relacionado con la producción y el cumplimiento de las metas en el I semestre del Plan Presupuesto 2020, ya que la mayoría se encuentran por debajo del 90 %.



Por otro lado, el incumpliendo a la normativa de habilitación de Farmacia y Laboratorio Clínico, lo cual podría acarrear medidas a la Administración Activa de esos servicios por parte del Ente Rector de Salud, constituyendo una situación de riesgo para la Institución y los usuarios de los servicios de salud, en virtud de la posibilidad de un eventual cierre del establecimiento y la interrupción en el suministro de medicamentos y exámenes de laboratorio a los pacientes.

Así también se determinaron oportunidades de mejora en el sistema de control interno, en lo referente a la custodia de los medicamentos, ya que el inmueble presenta en algunas partes hacinamiento y algunos productos se encuentran almacenados en el piso; o bien muy cerca del cielo raso, a fin de minimizar el riesgo de una afectación al patrimonio institucional.

La evaluación llevada a cabo en el Laboratorio Clínico, en relación con los resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento de la programación de metas del I semestre 2020, se determinaron porcentajes de cumplimiento aceptables como lo son la consulta externa y hospitalización que se encuentran dentro de los rangos institucionales, sin embargo, el servicio de Urgencias y apoyo a la red no alcanzó la cantidad programada ya que la mayoría se encuentran por debajo del 90 %.

Se determinó la necesidad de establecer mecanismos y procedimientos efectivos que estén orientados a mejorar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, de tal manera que no solo se genere una reparación efectiva de los equipos para su utilización, sino también se promueva una cultura hacia la conservación de los activos. De igual forma se requiere fortalecer los controles mediante los cuales se lleve a cabo una efectiva custodia de equipos.

En relación con el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, igualmente se evidencian debilidades de control que afectan la gestión administrativa, en este sentido, se registraron cumplimientos superiores al 88% para el caso de las placas de rayos x y estudios radiológicos en hospitalización y apoyo a la red, sin embargo, para los casos de consulta externa y urgencias fueron inferiores al 77%.

Se determinó una lista de espera de 223 pacientes a los cuales no se les han programado una cita para la realización de una mamografía, estas situaciones podrían estar afectando y agravando aún más la situación crítica que están padeciendo estas usuarias.

Las mercaderías que se adquieren para el funcionamiento de los centros de salud deben disponer de áreas adecuadas para su custodia y almacenamiento, con el propósito de que los Servicios tengan a su disposición los materiales en buenas condiciones, evitar su deterioro y el riesgo de que se produzcan sustracciones, no obstante, el hospital Dr. Max Terán Valls no dispone de bodegas adecuadas para el almacenamiento de los materiales e insumos que requieren para el funcionamiento de los distintos Servicios, encontrándose áreas destinadas para bodega en espacios reducidos, en malas condiciones, sin estanterías e incluso Servicios que no disponen de áreas para la custodia de los materiales que requieren para su funcionamiento, manteniéndose mercaderías en pasillos y en condiciones ambientales inapropiadas para su estabilidad y conservación, lo cual podría ocasionar pérdidas por deterioro.

RECOMENDACIONES

AL DR. ROBERT VEGA SOLÍS, DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL MAX TERÁN VALLS, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPUE EL CARGO

1.- En coordinación con la Dra. Vanette Marcela Zamora Castrillo, Dra. Patricia Díaz Madrigal, Jefatura del Servicio de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas, respectivamente, de conformidad con el hallazgo 1.1, 2.2 y 3.1 del presente informe, realice un análisis sobre el cumplimiento de las metas del I semestre del Plan Presupuesto 2020, con la finalidad de determinar cuáles fueron aquellos factores que no permitieron obtener un resultado razonable, con el propósito de modificar los parámetros que sean necesarios para una optimización de los recursos disponibles.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe**, la Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste el análisis solicitado y las acciones y/o gestiones debidamente documentadas y separadas por punto si así lo amerita.



2.- Establecer en coordinación con la Jefatura de Servicio de Farmacia y Laboratorio Clínico de este centro asistencial, y con base en la situación descrita en el punto 1.2 y 2.1 de este informe, las gestiones pertinentes para obtener el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud, en cumplimiento de este requisito legal.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe**, se deberá aportar los respectivos permisos de funcionamiento otorgados por el Órgano Rector en salud.

3.- En coordinación con la Jefatura de Servicio de Farmacia y Laboratorio Clínico de este centro asistencial, con base en la situación descrita en los Hallazgos 1.3, 2.4 y 2.4.1 de este informe, que implementen las medidas de control interno necesarias para la correcta administración de los inventarios de materiales, tomando en cuenta, entre otros aspectos, la utilización de sistemas de información para el registro de las existencias, entradas, salidas, fechas de vencimiento y otros datos necesarios para la correcta administración de los inventarios en el caso del Laboratorio Clínico.

Además, es necesario valorar la reubicación o ampliación de esos inmuebles ya que presentan en algunas partes hacinamiento y algunos productos se encuentran almacenados en el piso; o bien muy cerca del cielo raso, con el objetivo de proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal, como está establecido en el inciso 1.2.a de las Normas de Control Interno para el Sector Público.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe**, se deberá aportar las respectivas acciones realizadas sobre las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los insumos.

4.- En Coordinación con la Jefatura del Laboratorio Clínico, con el propósito de fortalecer la gestión de la administración del equipo médico, se analice la apertura de una de un procedimiento de contratación administrativa para realizar una valoración técnica de los equipos médicos los cuales no se les ha brindado mantenimiento preventivo y correctivo, a fin de proceder con los trámites que correspondan para su reparación o sustitución.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe**, se deberá aportar los respectivos carteles para la apertura e inicio de una contratación administrativa.

5.- De acuerdo con el hallazgo 3.2 del presente informe elaborar un plan de acción para el abordaje de la lista de espera de procedimientos de diagnóstico, considerando que los resultados del estudio evidencian que la lista de espera en procedimientos de mamografías, se constituyen en un aspecto de alto riesgo, al estar directamente relacionadas con el otorgamiento de los servicios de salud y que aproximadamente 223 pacientes aguardan por la elaboración de un examen de diagnóstico para su tratamiento de salud.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe**, la Dirección Médica deberá implementar un plan de acción orientado a fortalecer el direccionamiento estratégico, táctico y operativo de la gestión de la lista de espera en procedimientos de diagnóstico.

Comentario:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los alcances de la presente evaluación fueron comentados el 29 de setiembre de 2020, con el Dr. Robert Vega Solís, Director Médico, Vanette Marcela Zamora Castrillo, Jefatura del Servicio de Laboratorio Clínico y la Dra. Patricia Díaz Madrigal del Hospital Dr. Max Terán Valls de Quepos, quienes manifestaron estar satisfechos con las recomendaciones del presente informe y agregaron varios comentarios, a saber:

Recomendación 1

Servicio Farmacia

Los cumplimientos de las metas registradas en REDES no incluyen las recetas del MEOSI (Medicamentos entregados a otros servicios internos conocidos como STOCK), por lo tanto, los porcentajes son menores a la realidad, este control es interno de la división del stock de hospitalización y de urgencias y así mismo los realizan otras farmacias de Hospital y además fue recomendación del Supervisor regional.



REDES realizó la consulta y le indicaron que llevaran un control interno de eso aparte mientras se realiza una modificación real en el cuadro 31 de SIFA. Por lo tanto, los porcentajes de ejecución están afectados por no incluir en urgencias ningún inyectable ni medicamento entregado por stock y no es la realidad de la situación del Hospital, pero por medio de notas con REDES y los niveles superiores se va a solucionar dicha situación.

Además, la Pandemia ha cambiado la manera de trabajar con respecto al despacho de recetas y a la cantidad de pacientes que se atendieron sobre todo en los primeros meses de la misma y eso está fuera del alcance del control interno del servicio de Farmacia. Pese a lo anterior y a pesar de los cambios por la Pandemia, en los meses de agosto y setiembre ya se está llegando a comportar todo de una manera más normal inclusive hay más asistencia en la UNIDAD DE ATENCIÓN DIFERENCIADA COVID, lo cual le está generando muchas recetas a Urgencias.

Recomendación 2

La Habilitación se solicitó por segunda vez ya este año el día 23/09/2020 y ya nos hicieron una prevención por parte del Ministerio de Salud para buscar el estudio de suelo del servicio de Farmacia.

Recomendación 3

El espacio del Almacén Local de medicamentos es reducido, y no logra acomodar la capacidad instalada, sin embargo, se van a solicitar muebles nuevos que sean ahorradores de espacio y en un futuro un proyecto para su ampliación. Ya no se tienen medicamentos en el piso, ya que eso fue porque llegó el camión del Almacén General, en éste momento están acomodados en tarimas los sueros. Se va a tratar de eliminar las cajas que están cerca del cielo raso para cumplir con la normativa de almacenamiento y conservación.

Recomendación 4

Con respecto a los inventarios, entradas y salidas, se solicitará a la administración activa la colocación de una puerta con seguridad para evitar el paso de personas no autorizadas y se realizarán en forma más seguida inventarios selectivos y totales.

Recomendación 5

Este servicio está de acuerdo con los tiempos impuestos para implementar todas las medidas necesarias para solventar las recomendaciones, sin embargo, quedo sujeta al Ministerio de Salud de Quepos que cada vez que soluciono lo que me indican me salen con algo nuevo, entonces seguiré intentando la habilitación, aunque tengo que solicitar estudios de suelos y demás.

Le agradezco su intervención en este Servicio de Farmacia y con ello poder estar más acorde con la normativa y dar lo mejor a la Institución.

Servicio Laboratorio Clínico

Con respecto a la recomendación 1: debo aclarar que alcance de número de exámenes en Urgencias y los de apoyo a la Red para el I Semestre se vieron afectados, por la poca afluencia de los usuarios a dichos servicios por motivos de la Pandemia, sin embargo, no se nota una disminución tan significativa debido a que los pacientes atendidos se les ha realizado una cantidad una gama mayor de exámenes de Laboratorio (...).

El cumplimiento de metas para el II semestre del 2020 se modificó para poder obtener el nivel adecuado en este año, de acuerdo con los nuevos requerimientos debido a la pandemia aún existente. Se brindarán los informes pertinentes de evolución mensual a la dirección Médica de tal manera que se pueda realizar los controles de gasto pertinentes

Con respecto a la recomendación 2: se han solicitados cambios de extintores, están en proceso la remodelación de los baños y de la bodega de tal forma que cumplan con los requisitos básicos para poder obtener el permiso del Ministerio de Salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

A razón de la problemática existente a nivel presupuestario y en aras de mantener la calidad del servicio activo en jornada continua ha planteado la necesidad de realizar gestiones para el control del gasto generado.

Igualmente, para la recomendación 3: debo indicar que se implementará en el mes de octubre una reestructuración tanto de la bodega del Laboratorio clínico que permita mejorar el orden en dicho lugar, así como el registro de los inventarios de manera digital para facilitar el control de todos los insumos y reactivos de nivel de Licitación como de compra local. Adicionalmente en los meses de octubre y noviembre de este año se elevará el estudio de tiempos y procesos, para valorar las cargas laborales y de solicitud de plazas, entre ellas la de bodeguero para que lleve a cabalidad la función que le compete por puesto.

Servicio de Radiología

Con respecto a este servicio el Dr. Robert Vega Solís, Director General, mediante correo electrónico enviado el 05 de setiembre de 2020 en formato Excel, indica que las listas de espera de mamografías son de 54 pacientes, contrario a la documentación recibida por el servicio de Radiología en el cual registran 223 personas.

Sin embargo, esta auditoría considera que el listado enviado por el Dr. Vega Solís, será considerado para el primer seguimiento del presente informe.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Bach. Carlos Salazar Jiménez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Melvin Zúñiga Sedo
JEFE SUBÁREA REGIÓN SUR

OSC/MZS/CSJ/edvz

C. Auditoría

Referencia: ID-40922



ANEXO 1
Lista de espera Mamografías
Hospital Max Terán Valls
Período 2020

Fecha Registro	Fecha de la Cita	Plazo Espera	Fecha Reprogramación	Estado de Cita	Observaciones
12/12/2019	03/02/2020	53	12/08/2020	pendiente	se realizó mmg en agosto 2019
23/12/2019	12/02/2020	51		pendiente	se intenta localizar a paciente no contesta
23/12/2019	12/02/2020	51		pendiente	
23/12/2019	12/03/2020	80		pendiente	suspendido por suspendido equipo mal estado
15/01/2020	24/02/2020	40	08/04/2020	pendiente	suspendido por suspendido equipo mal estado
11/02/2020	24/02/2020	13	14/12/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
11/02/2020	24/02/2020	13		pendiente	
11/02/2020	24/02/2020	13		pendiente	
11/02/2020	25/02/2020	14		pendiente	se intenta localizar a paciente no contesta
13/02/2020	03/03/2020	19	07/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	03/03/2020	19	13/07/2020	pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	04/03/2020	20	08/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	04/03/2020	20		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	05/03/2020	21	11/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	05/03/2020	21		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	05/03/2020	21	14/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	05/03/2020	21	14/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	05/03/2020	21		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	05/03/2020	21		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	05/03/2020	21		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	09/03/2020	25		pendiente	suspendido equipo en mal estado
13/02/2020	09/03/2020	25	13/07/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/02/2020	09/03/2020	25	15/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	03/03/2020	18	31/03/2020	pendiente	
14/02/2020	09/03/2020	24	13/07/2020	pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	10/03/2020	25	21/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	10/03/2020	25	09/06/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	10/03/2020	25		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	10/03/2020	25		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	10/03/2020	25	10/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	10/03/2020	25		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	10/03/2020	25		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	11/03/2020	26	23/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	11/03/2020	26	08/07/2020	pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	11/03/2020	26		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	11/03/2020	26		pendiente	SUSPENDIDO EQUIPO EN MAL ESTADO
14/02/2020	11/03/2020	26	10/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

14/02/2020	11/03/2020	26	23/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	11/03/2020	26	10/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	11/03/2020	26	22/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
14/02/2020	25/02/2020	11		pendiente	
17/02/2020	25/02/2020	8		pendiente	
17/02/2020	25/02/2020	8		pendiente	
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	01/04/2020	44		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45	20/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/02/2020	02/04/2020	45		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	11/03/2020	22	22/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	12/03/2020	23		pendiente	suspendido por suspendido equipo mal estado
18/02/2020	17/03/2020	28	19/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	17/03/2020	28	19/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	17/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	17/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	17/03/2020	28	18/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19 -equipo en ml estado
18/02/2020	17/03/2020	28	27/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	18/03/2020	29	19/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	19/03/2020	30		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	19/03/2020	30		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/02/2020	19/03/2020	30		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
19/02/2020	12/03/2020	22		pendiente	suspendido por suspendido equipo mal estado
21/02/2020	21/04/2020	60		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
24/02/2020	24/03/2020	29	05/05/2020	pendiente	
25/02/2020	24/03/2020	28	10/08/2020	pendiente	
26/02/2020	25/03/2020	28	06/05/2020	pendiente	
26/02/2020	25/03/2020	28	05/05/2020	pendiente	
27/02/2020	25/03/2020	27	05/05/2020	pendiente	
27/02/2020	26/03/2020	28	06/05/2020	pendiente	se intenta localizar a paciente correo de voz (06-07-2020
27/02/2020	26/03/2020	28	13/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19, 25-03-2020 se llama para reprogramar , 03 ocasiones no contesta
27/02/2020	26/03/2020	28	13/04/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

28/02/2020	26/03/2020	27	06/05/2020	pendiente	
02/03/2020	30/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	30/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	30/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	30/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	31/03/2020	29		pendiente	suspendido por emergencia covid 19, 25-03-2020 SE LLAMA 3 OCASIONES NO CONTESTA
02/03/2020	06/04/2020	35		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	06/04/2020	35		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
02/03/2020	06/04/2020	35		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
03/03/2020	31/03/2020	28		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
03/03/2020	06/04/2020	34		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
03/03/2020	07/04/2020	35		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
04/03/2020	07/04/2020	34		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
04/03/2020	14/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
04/03/2020	20/04/2020	47		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	14/04/2020	40		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	14/04/2020	40		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	15/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	15/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	15/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
05/03/2020	20/04/2020	46		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
06/03/2020	15/04/2020	40		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
06/03/2020	21/04/2020	46		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
09/03/2020	20/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
09/03/2020	20/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
12/03/2020	23/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/03/2020	23/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
13/03/2020	23/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
16/03/2020	23/04/2020	38		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
16/03/2020	27/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
16/03/2020	27/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
16/03/2020	27/04/2020	42		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
17/03/2020	27/04/2020	41	20/08/2020	pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/03/2020	28/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/03/2020	28/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/03/2020	28/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
18/03/2020	28/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
19/03/2020	29/04/2020	41		pendiente	suspendido por emergencia covid 19
23/03/2020	07/05/2020	45		pendiente	
26/03/2020	06/05/2020	41		pendiente	
27/03/2020	07/05/2020	41		pendiente	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

05/06/2020	01/07/2020	26		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	01/07/2020	26		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	08/07/2020	33		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	08/07/2020	33		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	08/07/2020	33		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	08/07/2020	33		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34	10/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma por equipo mmg mal estado
05/06/2020	09/07/2020	34	10/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma por equipo mmg mal estado
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	09/07/2020	34		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	13/07/2020	38	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma por equipo mmg mal estado
05/06/2020	13/07/2020	38		pendiente	no se registraron en su momento, se intenta localizar a paciente correo de voz, num no existe
05/06/2020	14/07/2020	39	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	14/07/2020	39	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39	11/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	14/07/2020	39	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39		pendiente	no se registraron en su momento
05/06/2020	14/07/2020	39	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma equipo en mal estado.
05/06/2020	14/07/2020	39	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
05/06/2020	14/07/2020	39	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, reprogramada equipo en mal estado
09/06/2020	15/07/2020	36	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento se reprograma equipo en mal estado
05/06/2020	15/07/2020	40	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma equipo en mal estado.
05/06/2020	15/07/2020	40	12/08/2020	pendiente	no se registraron en su momento, se reprograma equipo en mal estado.
09/06/2020	15/07/2020	36	13/08/2020	pendiente	reprogramado equipo en mal estado
09/06/2020	15/07/2020	36	13/08/2020	pendiente	reprogramado equipo en mal estado
09/06/2020	15/07/2020	36		pendiente	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

09/06/2020	15/07/2020	36	13/08/2020	pendiente	reprogramado equipo en mal estado
09/06/2020	15/07/2020	36	13/08/2020	pendiente	reprogramado equipo en mal estado
09/06/2020	15/07/2020	36		pendiente	
09/06/2020	15/07/2020	36	13/08/2020	pendiente	equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41	18/08/2020	pendiente	equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41		pendiente	
09/06/2020	20/07/2020	41	18/08/2020	pendiente	equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41	18/08/2020	pendiente	equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41	18/08/2020	pendiente	equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41	19/08/2020	pendiente	
09/06/2020	20/07/2020	41	19/08/2020	pendiente	se suspende equipo en mal estado
09/06/2020	20/07/2020	41	19/08/2020	pendiente	se suspende equipo en mal estado
09/06/2020	27/07/2020	48	20/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48		pendiente	se intenta localizar a paciente correo de voz.
09/06/2020	27/07/2020	48	20/08/2020	pendiente	se reprograma cita ya que el lunes 27 feriado
09/06/2020	27/07/2020	48	20/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48	20/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48	24/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48	24/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48		pendiente	se intenta localizar a paciente no corresponde, correo de voz 203970089
09/06/2020	27/07/2020	48	24/08/2020	pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48		pendiente	se intenta localizar a paciente correo de voz
09/06/2020	27/07/2020	48		pendiente	
09/06/2020	27/07/2020	48	24/08/2020	pendiente	
16/06/2020	26/08/2020	71		pendiente	
22/06/2020	30/06/2020	8	20/08/2020	pendiente	
22/06/2020	10/08/2020	49		pendiente	
24/06/2020	23/09/2020	91		pendiente	
26/06/2020	01/09/2020	67		pendiente	
29/06/2020	13/07/2020	14	11/08/2020	pendiente	
02/07/2020	13/07/2020	11	11/08/2020	pendiente	reprogramado equipo en mal estado
09/07/2020	10/08/2020	32		pendiente	
14/07/2020	11/08/2020	28		pendiente	
14/07/2020	12/08/2020	29		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	
15/07/2020	17/08/2020	33		pendiente	

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

16/07/2020	17/08/2020	32		pendiente	
16/07/2020	17/08/2020	32		pendiente	
16/07/2020	17/08/2020	32		pendiente	
16/07/2020	17/08/2020	32		pendiente	
16/07/2020	18/08/2020	33		pendiente	
16/07/2020	18/08/2020	33		pendiente	
16/07/2020	18/08/2020	33		pendiente	
17/07/2020	18/08/2020	32		pendiente	
20/07/2020	19/08/2020	30		pendiente	
20/07/2020	19/08/2020	30		pendiente	
21/07/2020	12/08/2020	22		pendiente	
21/07/2020	18/08/2020	28		pendiente	
22/07/2020	13/08/2020	22		pendiente	
23/07/2020	18/08/2020	26		pendiente	
23/07/2020	19/08/2020	27		pendiente	
28/07/2020	11/08/2020	14		pendiente	
28/07/2020	18/08/2020	21		pendiente	
29/07/2020	19/08/2020	21		pendiente	
29/07/2020	19/08/2020	21		pendiente	
29/07/2020	24/08/2020	26		pendiente	
29/07/2020	24/08/2020	26		pendiente	
29/07/2020	24/08/2020	26		pendiente	
29/07/2020	25/08/2020	27		pendiente	
30/07/2020	25/08/2020	26		pendiente	
30/07/2020	25/08/2020	26		pendiente	
31/07/2020	25/08/2020	25		pendiente	
31/07/2020	25/08/2020	25		pendiente	
31/07/2020	25/08/2020	25		pendiente	