



**AGO-113-2020**

12 de octubre de 2020

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas, con el propósito de evaluar aspectos de gestión en servicios de apoyo del Área de Salud Limón, constituidos por enfermería, farmacia, laboratorio clínico y rayos x.

Los resultados del presente estudio permitieron evidenciar la necesidad de fortalecer mediante capacitación y actualización a las jefaturas de enfermería, farmacia y laboratorio clínico, en áreas específicas como gestión riesgos y planificación, control y seguimiento del plan anual operativo; así como, actividades afines al desarrollo del control interno.

Además, se determinó la pertinencia de fortalecer la actividad orientada a la gestión de personal, principalmente en el programa de educación continua y control de expedientes por parte de las distintas jefaturas, acciones que son claves para la consecución de metas y objetivos locales e institucionales.

Con relación a la gestión se identificó la necesidad de implementación de acciones por parte de la jefatura de farmacia para un mayor aprovechamiento de los cupos disponibles en atención farmacéutica; así como, la actividad de abastecimiento hacia las distintas farmacias satélites y el despacho principal.

En lo correspondiente a las actividades efectuadas por parte de la jefatura de laboratorio clínico, no se dispone de mecanismos de control suficientes y efectivos para la solicitud y recepción de reactivos adquiridos mediante Licitación Nacional.

De igual manera, en el servicio de rayos x se constató la ausencia de un sistema de información oportuno y veraz que permita controlar todas aquellas atenciones que no han podido brindarse a consecuencia de la emergencia nacional, siendo además, necesaria la implementación de mecanismos de control para el manejo de materiales y suministros con los que dispone el servicio.

De conformidad con los resultados obtenidos en esta evaluación, se formularon 12 recomendaciones dirigidas a las autoridades del centro de salud, de manera que se proceda a establecer las acciones correspondientes para subsanar los aspectos sujetos de mejora referidos en el presente informe.



**AGO-113-2020**

12 de octubre de 2020

**ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA  
AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO  
DEL ÁREA DE SALUD LIMÓN**

**ORIGEN DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas.

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la gestión técnico-administrativa de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento en el Área de Salud Limón.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la prestación en salud de los servicios de enfermería, laboratorio clínico, rayos x y farmacia considerando el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas.
- Identificar la efectividad de los mecanismos de control interno diseñados por parte de los servicios de apoyo, para el cumplimiento del marco normativo institucional.
- Determinar el uso eficiente de los recursos Institucionales asignados para la prestación de servicios de salud.

**ALCANCE**

El presente estudio contempla la revisión de la gestión de los servicios de enfermería, farmacia, rayos x y laboratorio clínico, en lo concerniente a la prestación de los servicios de salud durante el periodo 2019, ampliándose en aquellos casos que se consideró necesario.

El estudio se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público R-DC-064-2014, emitidas por la Contraloría General de la República; además de la normativa legal y técnica atinente a la materia.

**LIMITACIÓN**

Dada la situación que enfrenta el país por la pandemia de COVID-19, no se logró efectuar visitas a la totalidad de las sedes de EBÁIS, para identificar las condiciones de planta física de con la que disponen el personal de enfermería y farmacia.

**METODOLOGÍA**

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



- Inspección ocular en la sede del Área de Salud Limón, en los servicios de enfermería (auxiliares de enfermería), farmacia, rayos x y laboratorio clínico.
- Aplicación de encuesta a una muestra del personal de los servicios de enfermería, laboratorio clínico, rayos x y farmacia.
- Verificación del proceso de planificación, seguimiento y control del plan presupuesto y valoración de riesgos.
- Análisis de información estadística de gestión de los servicios de laboratorio clínico, farmacia y rayos x.
- Revisión de las actividades de control implementadas por la jefatura de enfermería.
- Verificación de la gestión de activos, materiales y suministros.
- Entrevista escrita a los siguientes funcionarios del Área de Salud Limón:
  - Dra. Karolina Hall Loría, Jefatura de Laboratorio Clínico.
  - Dra. Roger Gibson Rodríguez, Jefatura de Enfermería.
  - Dra. Carolina Wallace Arrieta, Jefatura de Farmacia.
  - Lic. José Antonio Fonseca García, Jefatura de Proveeduría de Farmacia.
  - Técnica Yocillin Daniels Masis, Técnica Rayos X
  - Sr. Juan Carlos Madriz González, Encargado de Proveeduría.
  - Licda. Jill Castro Walker, Encargada de Control Interno.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General en Salud, N° 5395.
- Ley General de Administración Pública.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Normativa de Relaciones Laborales.
- Normas Técnicas Específicas del Plan Presupuesto Institucional.
- Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Manual de Procedimiento para uso de las Unidades Facultadas y Autorizadas para Adquirir Bienes y Servicios en la C.C.S.S.
- Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.
- Política Institucional para la Gestión de las Personas.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Circular GG-1964-2020, del 14 de julio 2020 suscrito por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General.
- Circular GG-1841-2020 del 2 de julio 2020, suscrito por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General.
- Protocolo para la Gestión de Solicitud y Recepción de Reactivos. Guía para Jefes en el Programa de Inducción.
- Instructivo Informe Sobre Periodo Interino.

## ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

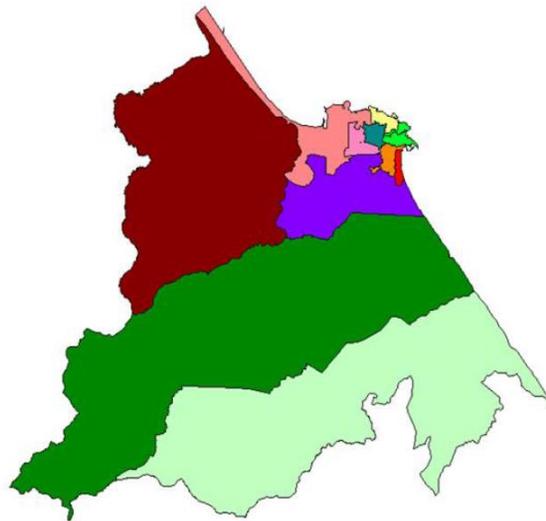
Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los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

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

## ANTECEDENTES

El Área de Salud Limón está categorizada como tipo 1 y se encuentra localizada en la provincia de Limón, cantón Limón y distrito Limón, barrio San Juan, urbanización Los Cocos. Se encuentra constituido por 12 sectores, los cuales corresponden a Limón Centro, Los Cocos, La Colina, Pueblo Nuevo, Los Corales, Santa Eduviges, Cristóbal Colón, Villa del Mar, Liverpool, Limón 2000, Río Banano y Bananito. Estos se encuentran constituidos por 20 Ebáis, uno móvil (encargado de atender los puestos de visita periódica) y un servicio de emergencias, cuyo centro de referencia al segundo nivel corresponde al hospital Dr. Tony Facio Castro.

**Imagen 1**  
**Sectorización**  
**Área de Salud Limón**



*Fuente: Oficina de Control Interno A.S.L.*

Es importante el considerar, que las sedes de EBAIS de Liverpool, Santa Eduviges, Bananito, Limón Centro, Pueblo Nuevo y Villa del Mar no son propiedad de la Institución, corresponden a préstamos de otras instituciones, de la comunidad o se encuentran bajo la modalidad de arrendamiento.

El centro de salud dispone de una población total adscrita de 102.340, según se detalla a continuación:

**Cuadro 1**  
**Población adscrita**  
**Área de Salud Limón**

| LUGAR DE ADSCRIPCIÓN | Cantidad de población |
|----------------------|-----------------------|
| Área De Salud Limón  | 780                   |
| Ebáis Bananito       | 4469                  |

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria\_interna@ccss.sa.cr

| <b>LUGAR DE ADSCRIPCIÓN</b> | <b>Cantidad de población</b> |
|-----------------------------|------------------------------|
| Ebáis Cristóbal Colon 1     | 4165                         |
| Ebáis Cristóbal Colon 2     | 2620                         |
| Ebáis La Colina 1           | 7077                         |
| Ebáis La Colina 2           | 5560                         |
| Ebáis Limón 2000            | 4356                         |
| Ebáis Limón Centro 1        | 6828                         |
| Ebáis Limón Centro 2        | 3903                         |
| Ebáis Limón Giras           | 3                            |
| Ebáis Liverpool             | 6401                         |
| Ebáis Los Cocos 1           | 9537                         |
| Ebáis Los Cocos 2           | 5352                         |
| Ebáis Los Corales 1         | 6696                         |
| Ebáis Los Corales 2         | 4338                         |
| Ebáis Los Corales 3         | 4542                         |
| Ebáis Pueblo Nuevo 1        | 4545                         |
| Ebáis Pueblo Nuevo 2        | 3853                         |
| Ebáis Rio Banano 1          | 5116                         |
| Ebáis Rio Banano 2          | 3062                         |
| Ebáis Santa Eduvigis        | 3701                         |
| Ebáis Villa Del Mar         | 5430                         |
| Sin Definir                 | 6                            |
| <b>Total general</b>        | <b>102340</b>                |

Fuente: Herramienta cubos adscripción

Según los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del 2018, el centro de salud obtuvo de ICA<sup>1</sup> (66) y IPSS<sup>2</sup> (31) los siguientes resultados:

<sup>1</sup> Índice de Coberturas de Atención

<sup>2</sup> Índice de Prestación de Servicios de Salud

**Imagen 2**  
**Resultados de EPSS<sup>3</sup>**  
**Región Huetar Atlántica**  
**Periodo 2018**



| Área de salud     | Puesto ICA | Puesto IPSS |
|-------------------|------------|-------------|
| Cariari           | 50         | 29          |
| Limón             | 66         | 31          |
| Guápiles          | 48         | 32          |
| Matina            | 22         | 34          |
| Guácimo           | 28         | 35          |
| Siquirres         | 21         | 46          |
| Talamanca         | 56         | 49          |
| Valle la Estrella | 69         | 64          |

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud

Los resultados evidenciados; dan reflejo de que, si bien el área dispone de resultados asociados a buena calidad, presenta debilidades en su cobertura de servicios.

Según información facilitada por la oficina de recursos humanos del Área de Salud Limón, el centro de salud dispone de 137 plazas. Asimismo, para el periodo 2019 se asignó de un presupuesto total de ₡7.166 millones de colones; del cual, alcanzó una ejecución del 93 % (₡6.668 millones).

Como parte del comportamiento presupuestario del Área de Salud Heredia Limón, durante el periodo 2019 se invirtieron ₡31,8 millones de colones en la adquisición de nuevo equipamiento médico (partida 2320), ₡25,8 millones de colones en el mantenimiento de equipamiento médico (partida 2154) y ₡4,5 en la compra de instrumental (partida 2219).

Los servicios evaluados cuentan con la siguiente distribución de personal:

**Cuadro 2**  
**Distribución de Personal Servicios de Apoyo**  
**Área de Salud Limón**

| Servicio            | Perfil                          | Cantidad de funcionarios |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Enfermería          | Enfermero 4 <sup>4</sup>        | 1                        |
|                     | Enfermera 1                     | 1                        |
|                     | Auxiliares de Enfermería        | 25                       |
| Laboratorio Clínico | MQC <sup>5</sup> 2 <sup>6</sup> | 1                        |
|                     | MQC1                            | 1                        |
|                     | Técnico 2                       | 1                        |

<sup>3</sup> Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud.

<sup>4</sup> Jefatura del servicio

<sup>5</sup> MQC = Microbiólogo Clínico Químico.

<sup>6</sup> Jefatura del servicio



| Servicio | Perfil                      | Cantidad de funcionarios |
|----------|-----------------------------|--------------------------|
|          | Técnico 1                   | 3                        |
|          | Auxiliar                    | 1                        |
|          | Oficinista 1                | 1                        |
| Farmacia | Farmacéutico 2 <sup>7</sup> | 1                        |
|          | Farmacéutico 1              | 7                        |
|          | Técnico 3                   | 14                       |
|          | Técnico 2                   | 3                        |
|          | Técnico 1                   | 2                        |
|          | Jefe de Proveeduría         | 1                        |
|          | Asistente de Farmacia       | 1                        |
|          | Técnico Administrativo      | 1                        |
|          |                             |                          |
| Rayos X  | Técnico en Salud            | 1                        |
|          | Asistente técnica en salud  | 1                        |

Fuente: Jefaturas de los servicios de apoyo del Área de Salud Limón

Los funcionarios responsables de la gestión de cada uno de los servicios evaluados son los siguientes:

### Cuadro 3 Jefaturas Responsables de los Procesos Área de Salud Limón

| Funcionario                          | Servicio             | Puesto           |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| <b>Dra. Karolina Hall Loría</b>      | Laboratorio Clínico  | Jefatura         |
| <b>Dra. Carolina Wallace Arrieta</b> | Farmacia             | Jefatura         |
| <b>Dr. Roger Gibson Rodríguez</b>    | Enfermería           | Jefatura         |
| <b>Dra. Kency Evans Taylor</b>       | Rayos x <sup>8</sup> | Directora Médica |

Fuente: Servicios de apoyo del Área de Salud Limón

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE METAS

Se determinó que existen oportunidades de mejora en el desarrollo de las actividades de planificación, control y seguimiento correspondiente a las herramientas del plan presupuesto y valoración de riesgos, efectuados por parte de los servicios de apoyo. Lo anterior; en vista que fueron identificadas metas con resultados superiores al 200%, inconsistencias en los resultados obtenidos en el plan presupuesto y la matriz de valoración de riesgos; así mismo, el servicio de Rayos x no dispone de una matriz de riesgo actualizada, por cuanto la que se tiene es del periodo 2018.

Las Normas Técnicas Específicas del Plan Presupuesto Institucional en su apartado 5, sobre la planificación como base para el proceso, describen:

*“La formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación del presupuesto debe sustentarse en la planificación, para que éste responda adecuadamente al cumplimiento de los objetivos, metas y proyectos formulados y contribuya a la gestión de la unidad ejecutora de frente a la*

<sup>7</sup> Jefatura del servicio

<sup>8</sup> Al no disponer de jefatura real y efectiva recae en la Dirección General



*estrategia institucional y la demanda de servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales por parte de los usuarios”.*

Así mismo, en el punto 8 del mismo documento, se detalla sobre el proceso plan-presupuesto local lo siguiente:

*“El Proceso Plan-Presupuesto Local está constituido por las siguientes fases: formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación; los resultados obtenidos de cada fase deben realimentar las restantes, permitir la rendición de cuentas y ser insumo base para comenzar el siguiente ciclo”.*

Las “Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE” establecen en el apartado 4.2 lo siguiente:

**“4.2 Identificación de riesgos.** *Se deberá identificar por áreas, sectores, actividades o tareas, de conformidad con las particularidades de la institución, lo siguiente:*

- a) Los eventos que podrían afectar de forma significativa el cumplimiento de los objetivos institucionales. Estos deberán organizarse de acuerdo con la estructura de riesgos institucional previamente establecida.*
- b) Las posibles causas, internas y externas, de los eventos identificados y las posibles consecuencias de la ocurrencia de dichos eventos sobre el cumplimiento de los objetivos.*
- c) Las formas de ocurrencia de dichos eventos y el momento y lugar en el que podrían incurrir.*
- d) Las medidas para la administración de riesgos existentes que se asocian con los riesgos identificados.*

*La identificación de riesgos debe vincularse con las actividades institucionales de planificación-presupuestación, estrategia, evaluación y monitoreo del entorno”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 3.3, detallan:

*“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.*

*Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.*

Con relación al proceso de planificación, control y seguimiento de las actividades correspondientes a la elaboración del plan presupuesto y valoración de riesgo, la Dra. Hall Loría y el Dr. Gibson Rodríguez refirieron<sup>9</sup> no haber recibido capacitación formal de esos procesos; sin embargo, que sí disponen de acompañamiento por parte de la encargada de control interno y la administración, al iniciar las actividades de formulación y el desarrollo de algunos otros procesos. No obstante, la Dra. Wallace

<sup>9</sup> Dra. Hall Rodríguez mediante entrevista del 11 de setiembre 2020 y el Dr. Gibson Rodríguez mediante entrevista del 22 de setiembre 2020.



Arrieta indicó<sup>10</sup> haber participado en el periodo 2019 en una capacitación del CENDEISS<sup>11</sup>, la cual consideraba estos temas.

La Licda. Jill Castro Walker, Encargada de Control Interno del Área de Salud Limón, detalló que la capacitación se realiza en forma de acompañamiento individual y consiste en programar sesiones de trabajo para verificar los procesos sustantivos, objetivos, fijación de metas de acuerdo con programas institucionales y objetivos propios de la unidad. Así mismo, detalló que las últimas actividades de acompañamiento se efectuaron en mayo y noviembre del 2019<sup>12</sup>.

Es por tanto, que si bien los servicios reciben el acompañamiento por parte de las instancias locales correspondientes, es evidente que las jefaturas se encuentran realizando actividades de planificación y fiscalizando procesos fundamentales que deben garantizar la continuidad de servicios sin disponer de capacitación suficiente en temas como formulación de metas, valoración de riesgos o vinculación de metas al presupuesto efectivo local.

Resultando lo anterior, en la fijación de metas operativas y tácticas bajo criterios que no necesariamente están desarrollados a partir de fundamentos técnicos y ajustados a los resultados de la oferta y demanda de servicios; ocasionando que no se disponga de fuentes de información confiables y oportunas, las cuales podrían tener como resultado un impacto negativo en la prestación de servicios de salud y por consiguiente en la calidad de vida de la población adscrita.

## 2. DE LA GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE APOYO

Se identificaron oportunidades de mejora en la gestión efectuada por las jefaturas o responsables de los servicios de apoyo del Área de Salud Limón, según se detalla a continuación:

### 2.1 PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

Se identificó la necesidad de fortalecer y actualizar el programa de educación continua, dirigido a los distintos miembros del equipo de trabajo a través de la Comisión Local de Educación Permanente, el cual debe orientarse a fortalecer la actualización y comunicación metas operativas, normas técnicas, políticas, lineamientos generales y específicos del área técnica según su competencia.

Lo anterior, en virtud del resultado obtenido de la aplicación de encuesta a una muestra de funcionarios de los servicios de apoyo, los cuales indicaron en un 48.89 % no haber participado en programas de capacitación o actualización en los últimos dos años. De igual manera, se identificó que el 27,58 % indicó el conocer parcialmente o desconocer las metas operativas del servicio, el 22,22 % detalló el conocer parcialmente o desconocer las políticas, normas, reglamentos que definen sus funciones y el 11,11 % el conocer parcialmente las responsabilidades y deberes de sus actividades.

Sobre el tema de capacitaciones de personal, la Normativa de Relaciones Laborales indica:

*Artículo 53.*

*“(...) Educación continua La Caja, como parte del desarrollo de las competencias de su talento humano, establecerá, en todas sus unidades un plan de acción que permita la educación continua de su personal. (...)”*

<sup>10</sup> Entrevista del 25 de setiembre 2020

<sup>11</sup> Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social

<sup>12</sup> Laboratorio Clínico 20 de mayo 2019, Farmacia 6 de mayo 2019, enfermería 11 de noviembre 2019.



*“(...) Congruente con la “Política de Capacitación y Formación del Recurso” y para su consecución, cada unidad deberá contar con un diagnóstico de necesidades de capacitación y formación de su personal, de manera que, en forma coordinada con el CENDEISS, pueda implementar los procesos de conocimiento al personal en forma bianual. (...)”*

Asimismo, la Política Institucional de Gestión a las Personas, establece:

*“(...) Lineamiento 15: La CCSS implementará procesos de capacitación y formación acorde con la detección y priorización de necesidades, para el desarrollo del conocimiento y competencias de las personas trabajadoras, a fin de contribuir al logro de los objetivos institucionales y la generación del conocimiento. (...)”*

La Licda. Raquel Ramírez Juárez, Coordinadora de la Oficina de Recursos Humanos y de la Comisión Local de Educación Permanente del Área de Salud Limón, hizo mención<sup>13</sup> a que el plan actual se encuentra vencido y que se está en proceso de actualización, además que esa comisión únicamente se encarga de consolidar la información remitida por los servicios y que corresponde a cada jefatura el gestionar ante el CENDEISS el seguimiento de las capacitaciones. De igual manera, hizo ver que la comisión no dispone de información de las actividades de capacitación o talleres a los cuales asisten los funcionarios con permiso de las jefaturas.

No obstante, al consultar a las jefaturas de los servicios de enfermería, laboratorio clínico y farmacia fueron coincidentes en indicar que hasta este periodo (2020), se les remitieron las necesidades de capacitación al Comité Local de Educación Permanente.

Es criterio de esta Auditoría, que las jefaturas de los servicios de apoyo carecen de un análisis que permita identificar sus necesidades según el perfil ocupacional y el impacto en la prestación de servicios, considerando que se brindan las mismas oportunidades a la totalidad de los miembros del equipo. De igual manera, es evidente la ausencia de una gestión satisfactoria entre Comisión Local de Educación Permanente y las jefaturas de servicio, para así garantizar que las personas trabajadoras dispongan del conocimiento y las competencias necesarias para fortalecer el cumplimiento de objetivos y metas locales e institucionales.

La ausencia de un programa de educación continua debidamente fortalecido, actualizado y que considere la totalidad de elementos que rodean la actividad laboral del equipo de trabajo, condiciona el garantizar que el personal disponga de los insumos necesarios y la posibilidad de ejecutar sus labores con calidad y que la atención se efectúe de manera eficiente y efectiva.

## **2.2 CONTROL DE ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DURANTE LA PANDEMIA**

Se evidenció la necesidad de fortalecer el control interno asociado a los procedimientos definidos por las jefaturas de servicios, para el registro, control y seguimiento de la asistencia y puntualidad de los trabajadores del Área de Salud Limón.

Lo anterior por cuanto, mediante las entrevistas efectuadas las jefaturas de enfermería y farmacia<sup>14</sup>, detallaron que el sistema de control disponible consiste en el envío de un correo electrónico al inicio y final de jornada; sin embargo, en ambos casos se brindan tiempos de gracia por cuanto la disponibilidad de equipos para esa actividad es inferior a la cantidad de funcionarios o en su defecto

<sup>13</sup> Correo electrónico del 6 de julio 2020.

<sup>14</sup> Dr. Gibson Rodríguez mediante entrevista del 22 de setiembre 2020 y Dra. Wallace Arrieta 25 de setiembre 2020.



por el proceso de inicio de sesiones locales. Por otra parte, el servicio de laboratorio clínico<sup>15</sup> realiza un registro de firmas en hojas de asistencia; sin embargo, estas se encontraban desactualizadas, sin validar o incompletas.

Como responsables del sistema de control interno, figuran en el numeral 10 de la Ley General de Control Interno, que al jerarca y al titular subordinado les corresponde establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional, siendo responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Por otra parte, en circular GG-1841-2020 del 2 de julio 2020, suscrito por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, instruye la aplicación del documento GG-DAGP-PR-0016 Procedimiento para el registro, control y seguimiento de la asistencia y puntualidad de las personas trabajadoras de la C.C.S.S. el cuál será de aplicación obligatoria.

De igual manera, en oficio GG-1964-2020, del 14 de julio 2020 suscrito por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, hacen mención de la implementación de un sistema único institucional a través de SIPE, medio digital que permite estandarizar y controlar los procesos de registro, control y seguimiento de la asistencia y puntualidad, el cual permite dar acatamiento a las directrices emanadas del Poder Ejecutivo en consecuencia a la alerta amarilla nacional decretada por la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias; las cuales, fueron comunicados por dicha Gerencia General en circular GG-0585-2020 fechada 09 de marzo 2020 titulada *“Medidas iniciales para mitigar la transmisión del virus COVID-19 en la C.C.S.S.”*

Es criterio de este órgano fiscalizador, que las jefaturas no han establecido un ambiente y actividades de control suficientes, que estén acompañados de sistemas confiables, eficientes y efectivos para el monitoreo oportuno del tiempo de los distintos grupos ocupacionales; así como tampoco han realizado acciones que garanticen atender las debilidades que han sido identificadas durante la implementación de mecanismos alternativos.

Por lo anterior, la disposición de mecanismos que no cumplen criterio de oportunidad, confiabilidad y razonabilidad; así como, la desactualización y falta de seguimiento a los procedimientos de control establecidos, condiciona el uso eficiente de los recursos institucionales y la garantía de brindar un servicio de calidad a la comunidad.

### 2.3 CONTROL Y REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL

Se determinó la necesidad de fortalecer el registro de la información disponible en los expedientes personales del personal de los servicios evaluados, por cuanto, se identificó que las jefaturas de enfermería y farmacia disponen de instrumentos y mecanismos de orientación para los funcionarios de primer ingreso; sin embargo, la aplicación de estos no se evidencia en los controles de administración del personal. De igual forma, las evaluaciones de periodo interino identificadas no fueron aplicadas para la totalidad del personal o se encuentran con periodos sin evaluar e información personal incompleta.

Sobre el particular el Artículo 59 de la Normativa de Relaciones Laborales detalla:

*“Inducción y capacitación*

<sup>15</sup> Dra. Hall Rodríguez mediante entrevista del 11 de setiembre 2020



*Toda persona trabajadora de nuevo ingreso a un puesto de trabajo en la Institución recibirá inducción por parte del superior en grado o por quien él delegue, sobre las tareas y funciones por realizar y sobre los factores de riesgo presentes en su lugar de trabajo (...).*

El documento Guía para Jefes en el Programa de Inducción, en su apartado 2.2 “segunda etapa: Orientación e Inducción Específica en el Puesto de Trabajo”, define:

*“Es deber de la jefatura inmediata de todo trabajador, el proporcionar la orientación e inducción relacionada con el entorno laboral, las funciones propias del puesto en el que el funcionario se va a desempeñar, normativa que regula su accionar y cualquier otro aspecto que la jefatura considere importante.”*

Con relación a las evaluaciones durante el periodo interino, el Instructivo Informe Sobre Periodo Interino, define:

*“El Informe sobre Período Interino debe ser aplicado por la Jefatura inmediata, a cada funcionario interino a su cargo, obligatoriamente al terminar su primer nombramiento. En razón de la gran diversidad en la duración de los períodos de los nombramientos que se dan en nuestra Institución, hemos considerado que el período promedio para calificar es de un mes, esto sin perder de vista que se puedan calificar períodos menores si la Jefatura inmediata lo considera necesario.*

*De continuar laborando interinamente dentro de la misma Unidad, las evaluaciones se deben realizar por lo menos cada tres meses (...).*”

Es consideración de esta Auditoría, que existe por parte de las jefaturas de los servicios de apoyo omisión en el cumplimiento de las responsabilidades así designadas; las cuales, son inherentes en la gestión y administración del personal a su cargo.

Lo anterior genera el riesgo de que el funcionario no experimente un estado de empatía sobre su responsabilidad como servidor público en salud; así también, la falta de un proceso de orientación oportuno, eficiente y confiable condiciona el disponer del personal idóneo y calificado para la ejecución de labores. Así mismo, en ausencia de los procesos de evaluaciones durante el periodo interino, podría estar incidiendo en otorgar derechos sin tener claridad de la capacidad y calidad del trabajo brindado por el o la funcionaria.

## **2.4 PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN EN CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA**

Se determinó la necesidad de fortalecer los procesos de fiscalización de las compras efectuadas y ejecutadas por los servicios de apoyo, siendo que fueron identificadas inconsistencias en el procedimiento y actas de recepción de mercadería y servicios, las cuales se detallan a continuación:



**Cuadro 4**  
**Proceso de Control y Fiscalización de Compras**  
**Área de Salud Limón**

| Expediente de compra | Objeto contractual  | Servicio            | Fecha de entrega  | Actividad de fiscalización efectuada   |
|----------------------|---|---------------------|---|--|
| 2019CD-000019-2632   | Compra de servicios por terceros para la mensajería según demanda para el traslado de recetas, medicamentos y otros entre los Ebáis y la clínica San Juan | Farmacia            | N/A   | Las actas de recepción se efectúan hasta 1 mes posterior a la prestación del servicio y se evidenció la recepción de diciembre 2019 y enero 2020 con fecha octubre 2019.   |
| 2019CD-000014-2632   | Compra de varios insumos para ATAPS.  | Enfermería          | Fecha de entrega del 7 al 28 de agosto 2019   | Los vales de entrada del 10 de octubre 2019 tienen fecha de acta de recepción el 11 de noviembre de 2019 de la empresa Innovaciones Givan. No se dispone de registro de solicitud o aplicación de cláusulas penales, pese a entrega tardía.  |
| 2019CD-000006-2632   | Compra de reactivos e insumos para el laboratorio clínico   | Laboratorio Clínico | N/A   | No hay observaciones   |
| 2019CD-000022-2632   | Compra de varios insumos para el laboratorio clínico  | Laboratorio Clínico | Fecha de entrega del 19 de setiembre de 2019 al 31 de octubre de 2019 (todas las casas comerciales) | Según vale de entrada de Briscar S.A. posee fecha de entrega 7/11/2019; sin embargo, el acta de recepción indica 23/10/2019. De la empresa G&H Steinworth vale de entrada indica 5/11/2019; sin embargo, acta del servicio detalla 31/10/2019. Casa comercial Reactivos Equipos Médicos S.A. detalla en vale de entrada 6/11/2019, y el acta de recepción indica 31/10/19 y factura comercial 4/11/2019. |

Fuente: Oficina de Contratación Administrativa A.S.L.

El Manual de Procedimiento para uso de las Unidades Facultadas y Autorizadas para Adquirir Bienes y Servicios en la C.C.S.S. conceptualiza la acción de fiscalización del contrato como:

*“Mecanismo de control encaminado a vigilar, supervisar y evaluar el desarrollo de la ejecución de los contratos a cargo de un órgano técnico designado al efecto. Este proceso se lleva a cabo mediante la verificación de que los planes, programas e inversiones se*



*están realizando conforme con lo autorizado, en concordancia con las leyes, reglamentos, normas y demás disposiciones vinculantes”.*

De igual manera detalla en su capítulo N° III “De la Ejecución y Fiscalización Contractual”, lo siguiente:

*“Es responsabilidad de la Administración licitante la fiscalización suficiente y oportuna de la ejecución contractual en los términos del artículo 13 de la Ley de Contratación Administrativa; esto último, asociado a la Ley de Control Interno y particularmente la identificación de riesgos, medidas para minimizarlos y el establecimiento de un ambiente de control adecuado para el alcance de los objetivos propuestos con cada procedimiento de compra”.*

El Sr. Juan Carlos González Madriz, encargado de proveeduría del Área de Salud Limón, detalló<sup>16</sup> que suceden este tipo de situaciones por cuanto el producto ingresa al servicio antes que a la proveeduría y que confecciona el vale de entrada hasta el momento en el cual entregan la factura.

De igual forma, el Dr. Gibson Rodríguez, mencionó que lo identificado obedece a una falta de comunicación con las empresas acerca del procedimiento de recepción de materiales.

Por lo anterior, se considera que la administración activa no dispone de controles y mecanismos adecuados y suficientes que permita constatar la adecuada ejecución contractual, que permita respaldar las obligaciones de los bienes o servicios adquiridos de manera oportuna y precisa.

Lo anterior, que tiene repercusión en la sana verificación y cumplimiento de las obligaciones contractuales, que tienen como objetivo el velar por el uso adecuado, eficiente, responsable del patrimonio institucional.

## **2.5 DE LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE APOYO**

Se identificó que los servicios evaluados no disponen de elementos de información relacionados con la oferta y demanda de la prestación de servicios, que permita determinar las necesidades de recursos, considerando aspectos demográficos, epidemiológicos, planta física, recurso humano disponible, geográficos, entre otros.

Lo anterior, en vista que las jefaturas refirieron mediante entrevista que únicamente disponen de estudios de necesidades de plazas que son presentados ante la oficina de Recursos Humanos local. Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo I Normas Generales, establecen:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para contar con un SCI, conformado por una serie de acciones diseñadas y ejecutadas por la administración activa para proporcionar una seguridad razonable en la consecución de los objetivos organizacionales (...)”.*

Así mismo en su capítulo V con relación a las Normas sobre Sistemas de Información, describe:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma*

<sup>16</sup> Entrevista del 15 de setiembre 2020



---

*eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales (...)*”.

Es criterio de esta Auditoría, que la Dirección Médica y la Administración del Área de Salud Limón no han efectuado las acciones correspondientes para que los servicios de apoyo dispongan de información suficiente para determinar su capacidad productiva basados en criterios técnicos y administrativos.

Por tanto, la fijación de metas y objetivos operativos se encuentran sujetos a estimaciones que no necesariamente disponen de elementos suficientes para garantizar su veracidad y adecuación a las condiciones tanto internas como externas, en las que se desarrollan las actividades sustantivas del personal en general, lo que podría impactar la calidad y efectividad con la que utilizan los recursos dispuestos para la prestación de servicios a la comunidad.

### **3 SERVICIO DE RAYOS X**

Se determinó que se dispone de oportunidades de mejora en la calidad de gestión y control de la actividad desarrollada por el servicio de rayos x, según se detalla a continuación:

#### **3.1 SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DURANTE LA PANDEMIA**

Se identificó, oportunidades de mejora del sistema de información para el registro de usuarios que no han sido atendidos en consecuencia de la suspensión de servicios ordinarios por causa las acciones de prevención de COVID-19.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo V, describen:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales (...)*”.

Así mismo, en el apartado 5.6 “Calidad de la información” se establece:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo (...)*”.

De igual manera, el apartado 5.8 “Control de sistemas de información” define:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter (...)*”.



La Tec. Yocellin Daniels Masís, Técnica de rayos del Área de Salud Limón, con relación a los usuarios que se presentan a solicitud de citas que no sean prioridades indicó<sup>17</sup>:

*“Tienen que esperar a que nos indiquen cuando poner citas. Se les entrega a los usuarios que vienen a solicitar el número de teléfono para que consulten cuando pueden venir a que se les asigne cita. No tengo conocimiento cuantas personas se han devuelto”.*

Por consiguiente, se determinó por parte de este órgano fiscalizador que la Dirección Médica quien funge como jefatura inmediata del servicio, no ha definido un mecanismo eficiente que permita contactar a los usuarios de forma oportuna posterior a la instrucción de retomar la actividad ordinaria de atención.

Lo anterior, incidiendo que las actividades ordinarias no puedan brindarse en un proceso sistemático, que considere aspectos como tiempos de espera, lugares de residencia u otros. Lo cual, podría generar un impacto en la satisfacción del servicio brindado y la imagen institucional.

### 3.2 DE LOS CONTROLES DE MATERIALES Y SUMINISTROS

Se identificó que el servicio de rayos x no dispone de un sistema para la gestión y control de placas radiográficas, químicos, materiales de oficina y otros que se encuentran almacenados en el área designada para almacenaje. De igual manera, fue identificado material de desecho el cual no ha sido gestionado para su retiro y procesamiento.

En relación con la obligación de la administración de garantizar un control satisfactorio, las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo 4 “Normas Sobre Seguimiento del SCI”, establecen:

#### *“(...) 4.1 Actividades de Control*

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad.*

#### 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. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos (...)”*

Se considera que, la Dirección Médica como responsable directo del servicio, no ha establecido mecanismos de delegación y control para la gestión de inventarios de los materiales de primera necesidad del servicio.

<sup>17</sup> Cédula Narrativa del 15 de julio 2020



Por consiguiente, la ausencia de mecanismos efectivos para el control, custodia y gestión de materiales condicionan el garantizar la eficiencia y eficacia del uso de los recursos institucionales, ya que esto expone a que puedan presentarse deterioros o pérdidas que no sean detectadas de manera oportuna.

Así mismo, la acumulación de materiales de desecho u otros, genera hacinamiento y riesgos asociados a la inadecuada gestión que pueda estarse presentando.

#### 4 GESTIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Se determinó la existencia de oportunidades de mejora en la gestión de las actividades de Laboratorio Clínico del Área de Salud Limón, según se detalla a continuación:

##### 4.1 DE LAS ACTIVIDADES DE REPOSICIÓN Y CONTROL DE REACTIVOS

Se determinó que el servicio de laboratorio clínico no dispone de elementos de control razonables, satisfactorios y objetivos para el registro de reactivos utilizados; asimismo, se comprobó la omisión de la participación de la proveeduría en el procedimiento de recepción de reactivos.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10 sobre las responsabilidades por el sistema de control interno, detalla:

*“Será 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 las Normas de Control Interno para el Sector Público en su apartado 4.3 “Protección y Conservación del patrimonio”, describen:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos, así como los requisitos indicados en la norma (...)”.*

El Protocolo para la Gestión de Solicitud y Recepción de Reactivos, detalla lo siguiente:

##### *“5.3. Recepción de Reactivos*

*5.3.1 El Contratista mediante el documento “Plantilla de requerimientos o solicitudes por laboratorio pruebas efectivas” (Anexo 2) coordina con el director o jefe del Laboratorio Clínico para establecer fecha y hora para realizar el primer abastecimiento a los centros.*

*5.3.1.2 El Contratista entrega los reactivos según lo coordinado en el centro, de acuerdo con su estructura funcional en el Área de Almacenamiento y Distribución local (si aplica) o en el Laboratorio Clínico respectivo, en la cantidad y fecha indicadas en el cartel o bien en la fecha solicitada por el director o jefe del Laboratorio (...)”.*



*“(...)5.3.1.4 En caso de que el producto se entregue directamente en el Laboratorio Clínico respectivo, el director o Encargado del Laboratorio comunicará al CSAD (si aplica) o responsable (Áreas de Salud) para que éste instruya a un funcionario a su cargo con el fin de elaborar en conjunto el documento de recepción del producto”.*

La Dra. Hall Loría, hizo mención en entrevista que no se dispone de controles para el consumo de reactivos y que se encuentran disponibles en el momento que se necesiten; sin embargo, para el resto de los materiales se disponía de un control de entradas y salidas. De igual manera, hizo saber que desconocía de la participación del servicio de proveeduría en la recepción de reactivos.

El Sr. González Madriz, detalló que para el procedimiento de recepción de reactivos que son adquiridos por el almacén general, la proveeduría no tiene participación en dicho proceso ya que son entregados directamente en el laboratorio clínico. Así mismo, mencionó el desconocer el protocolo para la solicitud y recepción de reactivos.

En virtud de lo anterior, es consideración de este órgano fiscalizador que la ausencia de mecanismos completos, razonables, integrados y congruentes; así como, la omisión a los procedimientos definidos para el control durante el proceso de ejecución contractual, obedecen a una inadecuada coordinación entre los involucrados en el proceso y un insuficiente proceso de acompañamiento y fiscalización por parte de la Dirección Médica y la Administración.

Es, por tanto, que la condición descrita genera riesgos de extravío y seguridad de los insumos siendo que existe un débil ambiente de control que puede facilitar la ocurrencia de actos irregulares en el uso de los recursos materiales institucionales, contraviniendo de esta manera con la responsabilidad de proteger y conservar el patrimonio público.

#### **4.2 DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO 03-2020**

Se evidenció que el expediente administrativo disciplinario 03-2020 no ha sido tramitado de manera oportuna y efectiva por parte del órgano director; así como, tampoco por el órgano decisor. Lo anterior, por cuanto según refirió la Dra. Hall Loría el procedimiento fue instaurado desde el 22 de julio 2020 aproximadamente y al 30 de setiembre 2020 no se disponían de citaciones para comparencias orales y privadas.

La Ley General de Administración Pública, en el artículo 261 describe lo siguiente:

*“El procedimiento administrativo deberá concluirse, por acto final, dentro de los dos meses posteriores a su iniciación o, en su caso, posteriores a la presentación de la demanda o petición del administrado, salvo disposición en contrario de esta Ley (...)”.*

Así también en el artículo 225 de la misma Ley, se detalla:

*“(...)”*

- 1. El órgano deberá conducir el procedimiento con la intención de lograr un máximo de celeridad y eficiencia, dentro del respeto al ordenamiento y a los derechos e intereses del administrado.*
- 2. Serán responsables la Administración y el servidor por cualquier retardo grave e injustificado”.*

Es así, que la jefatura de laboratorio clínico no ha efectuado un proceso de seguimiento que permita garantizar que el desarrollo del procedimiento se efectúe de manera ágil y eficiente, que permita la



conclusión del procedimiento de manera oportuna y amparado en el ordenamiento e intereses del administrado.

Lo anterior, expondría que el procedimiento administrativo no pudiera resolverse en el tiempo y forma dispuesto, ocasionando un perjuicio para el administrado; así como, el uso ineficiente de los recursos institucionales invertidos para la determinación de la verdad real de los hechos que sirvan de motivo al acto final.

## 5 GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

Se determinó la necesidad de fortalecer los mecanismos de gestión y control implementados en el servicio de farmacia, según se detallan a continuación:

### 5.1 DEL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN EBÁIS

Se identificaron oportunidades de mejora en la gestión de abastecimiento y distribución del Área de Salud Limón. Siendo que durante el periodo de septiembre a octubre 2019 se evidenció que las sedes de farmacia de los EBÁIS de Corales, Río Banano y Sede incrementaron la cantidad de pedidos autorizados en un 387,49 % en promedio, según se detalla a continuación:

**Cuadro 5**  
**Detalle de pedidos de medicamentos III cuatrimestre 2019**  
**Área de Salud Limón**

| EBÁIS      | Mes       | Cantidad de <sup>18</sup> despachos | Cantidad de <sup>19</sup> pedidos planificados por EBÁIS | Crecimiento |
|------------|-----------|-------------------------------------|--|-------------|
| Corales    | Setiembre | 5                                   | 2  | 416,66 %    |
| Río Banano |           | 3                                   |  |             |
| Sede       |           | 23                                  |  |             |
| Corales    | Octubre   | 4                                   | 2  | 366,66 %    |
| Río Banano |           | 5                                   |  |             |
| Sede       |           | 19                                  |  |             |
| Corales    | Noviembre | 3                                   | 2  | 400 %       |
| Río Banano |           | 4                                   |  |             |
| Sede       |           | 23                                  |  |             |
| Corales    | Diciembre | 5                                   | 2  | 416,66 %    |
| Río Banano |           | 4                                   |  |             |
| Sede       |           | 22                                  |  |             |

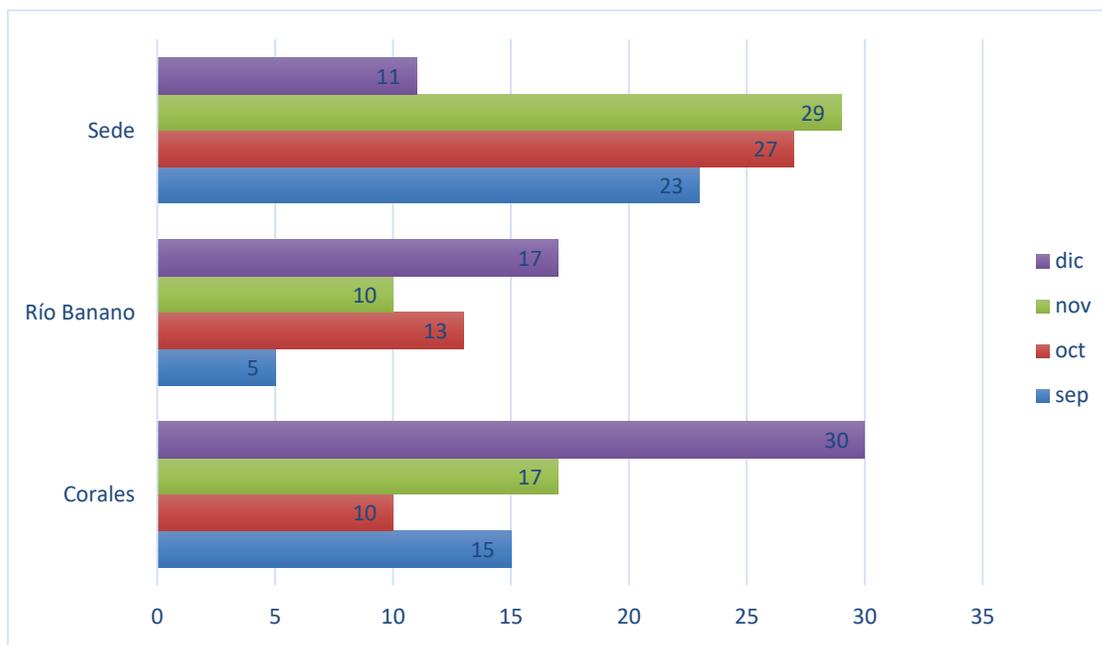
*Fuente: Almacén Local de Medicamentos y jefatura de farmacia del A.S.L.*

De igual manera, durante el mismo periodo fueron identificadas 207 líneas de pedido que no fueron despachadas por parte del almacén local, según se describe a continuación:

<sup>18</sup> Este considera tanto los pedidos ordinarios, como aquellos efectuados para atender eventualidades denominado "extra-pedido".

<sup>19</sup> La jefatura de farmacia en concordancia con la programación de entrega de insumos definida por el almacén nacional de medicamentos designa una fecha de forma mensual para la solicitud de pedidos ordinarios al almacén local de medicamentos por parte de las distintas sedes de farmacia; de la misma manera.

**Gráfico 1**  
**Despacho de medicamentos en 0, III cuatrimestre 2019**  
**Área de Salud Limón**



Fuente: Diseño propio a partir de información Almacén Local de Medicamentos A.S.L.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en relación con las actividades de control en el capítulo IV, sección 4.1 detallan:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad”.*

De igual manera en la sección 4.5 sobre la garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones, se describe:

*“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 (...)”.*

Sobre este particular la Dra. Wallace Arrieta mencionó que la sede de farmacia efectúa esa gran cantidad de pedidos en vista que el almacén local se encuentra junto al despacho y que en su mayoría esos pedidos son de una única línea; por cuanto, al momento que se había efectuado el pedido no se disponía del medicamento en bodegas y al ser suplido posterior por el almacén nacional, se realiza la solicitud para reponer el faltante. Por otra parte, también detalló que tanto el almacén local o esa



jefatura no realizan comunicación de aquellas condiciones que podrían afectar las solicitudes de los EBÁIS, ya que hay despachos que realizan la solicitud de previo a que llegue el pedido del almacén general, según se definió en el cronograma de solicitudes y despacho.

Así mismo, manifestó que en ocasiones se agotan los medicamentos por el alto consumo superando la cuota establecida; sin embargo, consideró que no se pueden realizar ajustes en vista de la limitación de espacio para almacenamiento disponible en algunas sedes de farmacia.

El Lic. José Antonio Fonseca García, jefe de proveeduría de farmacia, mencionó que existen varias razones por las que se presenta esta condición, entre las cuales se mencionan un mal cálculo de cuotas de los EBÁIS, desabastecimiento del almacén nacional u hospitales y productos nuevos de especialista con los que aún no se cuentan.

Por tanto, es consideración que la metodología de planificación actual para el desarrollo de pedidos no contempla las condiciones específicas de cada centro, siendo que la jefatura de farmacia no consideró elementos como la simplificación de trámites, maximización de recursos y espacio, entre otras; de igual manera, el servicio no dispone de canales de comunicación oportunos, que permitan minimizar o identificar previamente aquellos riesgos que podrían incidir en el desarrollo de sus actividades.

Lo descrito condiciona brindar garantía de que la actividad de despacho se efectúa de manera eficiente y efectiva; así como, realizar el máximo aprovechamiento de los recursos institucionales y la calidad de atención.

## 5.2 DE LA FIJACIÓN DE CUOTAS DE MEDICAMENTOS

Se identificó que existen oportunidades de mejora en el proceso de planificación y fijación de cuotas por parte de las sedes de farmacia localizadas en los distintos EBÁIS del Área de Salud de Limón. En razón que se identificaron inconsistencias entre las cuotas autorizadas para el almacén local y las presentadas por los distintos EBÁIS.

Las Normas de Control Interno, en el capítulo V, sección 5.6 sobre la calidad de la información, describen:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo.*

*Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.*

Así mismo, en su capítulo I, sección 1.5 de la responsabilidad de los funcionarios sobre el sistema de control interno, se detalla:

*“De conformidad con las responsabilidades que competen a cada puesto de trabajo, los funcionarios de la institución deben, de manera oportuna, efectiva y con observancia a las regulaciones aplicables, realizar las acciones pertinentes y atender los requerimientos para el debido diseño, implantación, operación, y fortalecimiento de los distintos componentes funcionales del SCI”.*

La Dra. Wallace Arrieta, refirió que desconoce la razón por la cual se presenta la condición planteada en el presente informe.

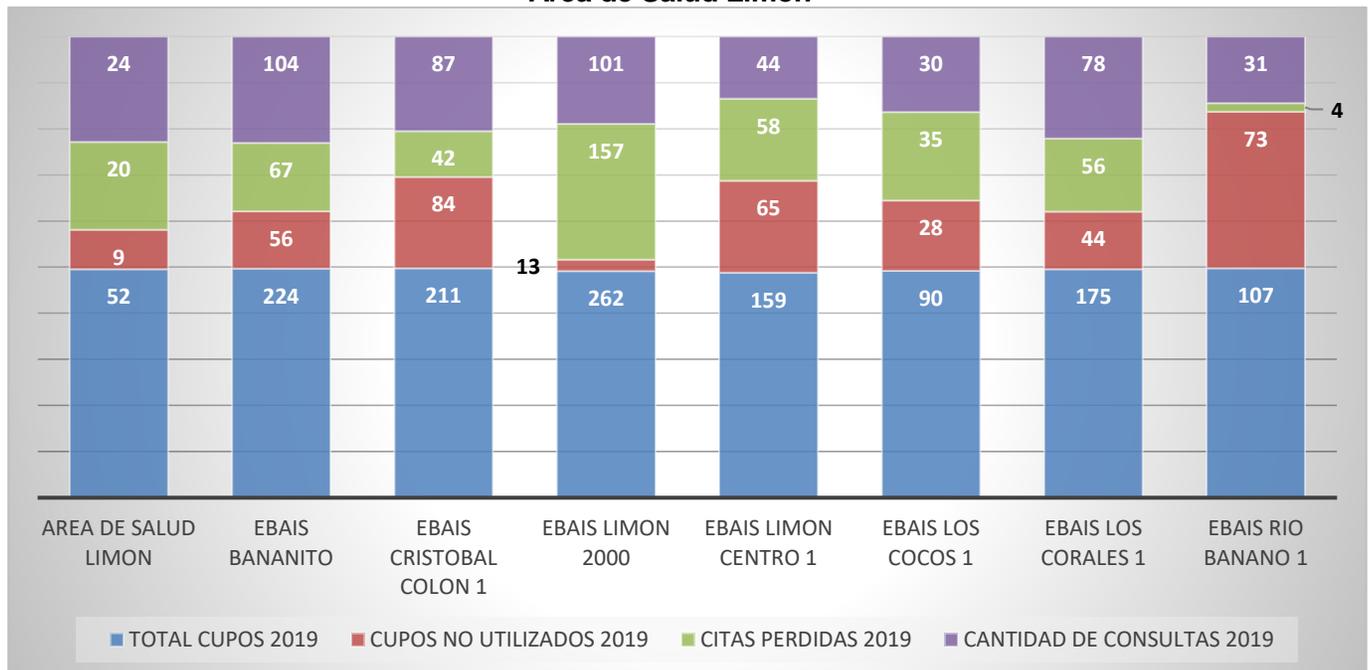
Es criterio de esta Auditoría que en la farmacia del Área de Salud Limón no se ha establecido un sistema de información confiable, oportuno, útil y estandarizado que le permita identificar y verificar este tipo de comportamientos y que garantice la efectividad de los procesos.

Por lo anterior, la falta de un sistema de información que cumpla con los atributos fundamentales de la calidad de la información debilita las actividades de control y, por consiguiente no permite garantizar el uso eficiente de los recursos institucionales. De igual manera, el no considerar información relevante como perfil epidemiológico, racionalidad y eficiencia de procesos, podría generar un desabastecimiento de medicamentos, condicionando así el garantizar la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la prestación de servicios.

### 5.3 DEL AUSENTISMO EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Se identificó que existen oportunidades de mejora en los procedimientos de planificación, ejecución y control de la consulta farmacéutica del Área de Salud Limón. Lo anterior en vista que durante el periodo 2019 se obtuvo un aprovechamiento del servicio del 38,98 %, el cual correspondió que, de 1280 cupos creados, se brindaran 499 consultas, según se detalla a continuación:

**Gráfica 2**  
**Detalle de atención farmacéutica, periodo 2019**  
**Área de Salud Limón**



Fuente: Diseño propio a partir de información de herramienta CUBOS Consulta Externa

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, describen como parte de los objetivos de los sistemas de control interno en el apartado 1.2, lo siguiente:

“(…)



*c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales (...).*

Asimismo, en su apartado 1.5 sobre las responsabilidades de los funcionarios sobre el sistema de control interno, detallan:

*“De conformidad con las responsabilidades que competen a cada puesto de trabajo, los funcionarios de la institución deben, de manera oportuna, efectiva y con observancia a las regulaciones aplicables, realizar las acciones pertinentes y atender los requerimientos para el debido diseño, implantación, operación, y fortalecimiento de los distintos componentes funcionales del SCI”.*

La Dra. Wallace Arrieta, detalló que la problemática del ausentismo se encuentra asociada a que las personas no creen en el programa y que este es un efecto de los usuarios no de las acciones que realizan los farmacéuticos. De igual manera, mencionó que han efectuado acciones como llamadas, envíos de mensajería de texto y material educativo en los paquetes de medicamentos.

Por consiguiente, esta Auditoría determinó que el servicio de farmacia carece de un mecanismo y estrategias efectivas, que le permitan minimizar la incidencia de citas perdidas; así como, de un análisis de las condiciones que se están presentando y que dan origen a la tendencia de crecimiento de este indicador.

Lo anterior, delimita el cumplimiento de los objetivos institucionales, los cuales, se encuentran orientados en el acceso oportuno para que la población en general pueda disponer de la información sobre el tratamiento farmacológico, las estrategias de adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable, garantizando así un mejor manejo y recuperación de las distintas patologías.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta evaluación permitieron concluir que es necesario fortalecer la disposición de herramientas y fuentes de información oportunas y confiables que integren a la totalidad de los actores que participan en la ejecución del proceso de atención a los asegurados, garantizando el formar criterio objetivo sobre las condiciones reales en las cuales se desarrollan las actividades sustantivas de cada servicio.

Es necesario que lo descrito se vea vinculado con una adecuada identificación de los riesgos, planificación, control y seguimiento de metas operativas. Permitiendo así, que la información obtenida del proceso sea insumo suficiente para la planificación, aportando elementos para que la administración activa tenga la posibilidad de revisar, evaluar y ajustar las estrategias necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Así mismo, es necesario que la dirección médica, la administración y los servicios evaluados de manera conjunta analicen y desarrollen mecanismos que permitan el salvaguardar y garantizar la seguridad y uso eficiente de los recursos materiales asignados para la prestación de servicios, así como, el cumplimiento de los mecanismos diseñados para garantizar la transparencia de los procesos vinculados a este tipo de actividad.

En lo referente al fortalecimiento del sistema de control interno para gestionar el ausentismo y la cantidad de cupos perdidos en la atención farmacéutica; así como, el retorno ordenado y paulatino de



las actividades ordinarias del resto de los servicios de apoyo bajo la premisa de brindar un servicio oportuno y de calidad, es importante el diseño de estrategias alternativas que permitan definir una trazabilidad para la captación y continuidad de la población en general, ejerciendo conciencia sobre la importancia de este tipo de atención en el proceso de recuperación.

## RECOMENDACIONES

### A LA DRA. KENCY EVANS TAYLOR, DIRECTORA MÉDICA DEL ÁREA DE SALUD LIMÓN O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1. Revisar y analizar en conjunto con los miembros del equipo de apoyo y de conformidad con lo indicado en el hallazgo 1 referente a las oportunidades de mejora en la actividad de planificación, control y seguimiento del plan anual operativo, herramienta de gestión de riesgos, las debilidades descritas en el presente informe y otras actividades afines, con el objetivo de establecer medidas correctivas y garantizar la preparación y actualización necesaria del personal responsable en formular los planes estratégicos y operativos del centro de salud.

Para acreditar el cumplimiento en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse el análisis situacional y las acciones implementadas a partir de las necesidades identificadas.

2. Efectuar las siguientes acciones en atención a lo identificado en el hallazgo 2.1 referente fortalecer el programa de educación continua:
  - a. Instruir a la Comisión Local de Educación Permanente, el diseñar en conjunto con los miembros del equipo de apoyo, un plan de actualización del marco normativo y otros aspectos técnicos necesarios para el fortalecimiento del desarrollo de las distintas actividades sustantivas de los funcionarios del Área de Salud Limón.
  - b. Instruir a las jefaturas, que todas aquellas actividades de formación, capacitación o actualización deberán ser avaladas por esa comisión, con el objetivo de que las mismas se sujeten al plan de fortalecimiento del programa de educación continua.

Para acreditar su cumplimiento y en un plazo de 6 meses, la Dirección Médica deberá aportar con relación al punto a) el plan validado; mismo que, quedará a la espera de la aprobación por parte del CENDEISS y se extenderá instrucción que la responsabilidad del seguimiento del cumplimiento corresponderá a cada jefatura con apoyo de la Comisión Local Educación Permanente; en lo referente al punto b) se deberá aportar evidencia de la instrucción correspondiente.

3. Analizar, en conjunto con la Administración y en virtud de lo evidenciado en hallazgo 2.2 con relación al control de la asistencia y puntualidad durante la emergencia nacional por COVID-19, la implementación del módulo institucional “Reloj marcador” definido en la circular GG-1964-2020 suscrita por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, con el objetivo de contar con un mecanismo estandarizado, oportuno y confiable.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación y en un plazo de 6 meses, esa Dirección Médica deberá presentar evidencia del análisis solicitado y las acciones adoptadas a partir de este.



4. Instruir a las jefaturas de los servicios de apoyo según lo descrito en el hallazgo 2.3 del presente informe, referente al control y registro de la información personal de los funcionarios, la obligatoriedad en la aplicación de un proceso de orientación en el personal de nuevo ingreso y la evidencia de su ejecución, evaluación de periodo interino y registro actualizado de la información en los expedientes personales.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 1 mes posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de la instrucción efectuada.

5. Implementar, en virtud de lo evidenciado en el hallazgo 3.1 sobre la necesidad de fortalecer el sistema de información en la prestación de servicios de rayos x, una estrategia de registro y abordaje de los usuarios que se encuentran pendientes de asignación de citas.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá presentar evidencia de la implementación de los mecanismos de control, registro y estadística asociados a los pacientes que han visto afectado su proceso de atención.

6. Diseñar en conjunto con la jefatura de laboratorio clínico y el servicio de rayos x, en atención a lo evidenciado en los hallazgos 3.2 y 4.1 de los controles de reactivos, materiales y suministros, un mecanismo de control que permita el registro de ingresos y salidas de materiales; así como, registro de vencimientos.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá presentar evidencia del diseño e implementación del mecanismo de control, de igual manera deberá incluir el responsable del control del proceso.

7. Instruir a la Jefatura de Laboratorio Clínico, ejecutar oportunamente las acciones administrativas que corresponden para la conducción efectiva del procedimiento administrativo, según lo evidenciado en el hallazgo 4.2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá presentar evidencia de lo actuado en atención a la presente recomendación.

#### **A LA DRA. CAROLINA WALLACE ARRIETA, JEFATURA DE FARMACIA DEL ÁREA DE SALUD LIMÓN O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.**

8. Ejecutar de conformidad con lo descrito en el hallazgo 5.1, relacionado con el abastecimiento de medicamentos y en conjunto con el almacén local de medicamentos, un análisis de las condiciones y factores que puedan incidir en condicionar una adecuada gestión de medicamentos en farmacias sede y desconcentradas, del resultado del análisis deberán diseñar un plan de acción que permita mitigar aspectos como excesos de extra-pedidos, desabastecimiento, entre otros.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, el análisis efectuado y el plan de acción, el mismo deberá detallar responsables de cada actividad, plazos de atención, objetivos, posibles resultados y otros elementos que considere necesarios para garantizar eficiencia en la ejecución.



9. Diseñar, según lo indicado en el hallazgo 5.2 correspondiente a la fijación de cuotas de medicamentos, un mecanismo estándar para la determinación de cuotas en las distintas sedes de farmacia, este deberá poseer concordancia con la metodología de fijación de cuotas del almacén local de medicamentos y considerar elementos como población, perfiles epidemiológicos, mecanismos de comunicación y otros, que le permitan efectuar ajustes en función del comportamiento del entorno.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, la instrucción efectuada y el mecanismo implementado, mismo que deberá considerar responsables del proceso, los deberes y obligaciones de cada uno de los involucrados y planes de contingencia.

10. Analizar, las estrategias implementadas para mejorar el indicador de ausentismo en la consulta farmacéutica según se detalló en el hallazgo 5.3, con el objetivo de identificar e implementar nuevas alternativas, que permitan mejorar los resultados obtenidos en la gestión de este indicador, debiendo documentarse formalmente mediante un plan de abordaje.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, evidencia de las acciones planificadas e implementadas, que permitan identificar elementos ergonómicos, efectivos y razonables.

**A LA DRA. CAROLINA WALLACE ARRIETA, JEFATURA DE FARMACIA, KAROLINA HALL LORÍA, JEFATURA DE LABORATORIO CLÍNICO, DR. ROGER GIBSON RODRÍGUEZ, JEFATURA DE ENFERMERÍA Y DRA. KENCY EVANS TAYLOR, DIRECTORA MÉDICA EN CALIDAD DE JEFATURA DE RAYOS X DEL ÁREA DE SALUD LIMÓN O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO**

11. Efectuar en virtud de lo evidenciado en el hallazgo 2.5, un análisis de la oferta y demanda, el cual deberá considerar no únicamente las necesidades de recurso humano, sino también de planta física, materiales y suministros y equipo, de manera integral y ajustada al comportamiento del entorno.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá presentar evidencia de la elaboración de la valoración solicitada, para disponer de un insumo de toma decisiones y justificación de solicitudes.

**AL LIC. RAYMOND BERTY VILCHEZ, ADMINISTRADOR DEL ÁREA DE SALUD LIMÓN O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.**

12. Efectuar las siguientes acciones en atención de lo evidenciado en el hallazgo 2.4 del procedimiento de fiscalización en contratación administrativa y 4.2 de las actividades de reposición y control de reactivos:

- a. Ejecutar un proceso de capacitación a los responsables de procedimiento de fiscalización, que permita fortalecer y atender las inconsistencias identificadas en el presente estudio. De igual manera, deberá analizar los motivos que dan origen a las inconsistencias y valorar la necesidad de aplicar procedimientos que permitan el garantizar el resguardo del patrimonio institucional.



- b. Establecer en conjunto con la jefatura del servicio de laboratorio clínico, un procedimiento que permita garantizar la participación de la persona encargada de la proveeduría del Área de Salud Limón en la recepción de insumos y conteo de pruebas efectivas del laboratorio clínico, con el objetivo de dar cumplimiento a lo así dispuesto en el protocolo para la gestión de solicitud y recepción de reactivos.

Para acreditar el cumplimiento en un periodo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá presentar el plan de capacitación y los resultados del análisis de las inconsistencias identificadas, según se describe en el punto a); por su parte, para la atención del punto b) deberá presentar evidencia del procedimiento definido y su implementación.

## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro social, los resultados del presente informe fueron comentados el 12 de octubre de 2020 con Dra. Kency Evans Taylor, Directora Médica, Lic. Raymond Berty Vilchez, Administrador, Dra. Carolina Wallace Arrieta, jefatura de farmacia, Dra. Karolina Hall Loría, jefatura de laboratorio clínico, Dr. Roger Gibson Rodríguez, jefatura de enfermería, todos funcionarios del Área de Salud Limón.

La Dra. Evans Taylor, solicitó que en la recomendación 2 se indicará que el plan requerido se mantendrá en espera de aprobación del Plan por parte del CENDEISS y que se girará instrucción relacionada con el seguimiento del cumplimiento sujeto a las jefaturas con apoyo del CLEP; se efectúa modificación según lo solicitado.

En relación con la recomendación número 5, la Dra. Evans Taylor, solicitó que la redacción se determine como mejora del sistema de información disponible, se efectúa la modificación correspondiente.

Así mismo, la Dirección General solicitó que las recomendaciones 8, 9 y 10 fueran asignadas bajo la responsabilidad de la Dra. Carolina Wallace Arrieta, jefatura de farmacia.

El Lic. Berty Vilchez, a lo así indicado para la recomendación 12 detalló que se emitió instrucción mediante oficio ADM-422-08-2020 del mes de agosto 2020 del procedimiento de recepción, considerando que no es necesario el proceso de capacitación. Sin embargo, es consideración de esta Auditoría que es necesario el fortalecer dicha actividad mediante el proceso de capacitación y actualización del proceso de fiscalización, pese a la instrucción mencionada.

## ÁREA DE GESTION OPERATIVA

Rocky Calderón Rodríguez  
**Asistente de Auditoría**

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas  
**Jefe de Subárea**

MASR/RCR/ams