AGO-120-2020
16 de octubre de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo 2020 del Área Gestión Operativa, con el objetivo de determinar la aplicación efectiva de la Política Institucional de Hospital Seguro y la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en el Centro de Atención Integral en Salud en Puriscal.

A través de las técnicas y prácticas de Auditoría aplicadas, se determinó que existen oportunidades de mejora respecto a la señalización de los puntos de reunión en casos de emergencia, rutas de evacuación y periodicidad de los simulacros de evacuación.

Se evidenció, además, la necesidad de fortalecer el compromiso por parte de algunos funcionarios del centro de salud, sobre la importancia del cumplimiento de la Política de Hospital Seguro y Calidad y Seguridad, pese a que todos han recibido capacitaciones sobre el tema.

Además, es importante incentivar la formalización de alianzas estratégicas tal y como lo señala la Política de Hospital Seguro, con el propósito de obtener ayuda en el caso de presentarse una emergencia en el centro de salud y así minimizar el impacto y continuar con la prestación de los servicios de salud.

Sobre la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, en relación a la atención segura y el lavado de manos, se determinó la necesidad de disponer de un método de higienización de manos para los usuarios que entran al CAIS o a las Sedes de EBAIS y durante su estadía en los mismos, por lo que se deben extremar las medidas de asepsia entre el personal y los usuarios.

En cuanto al manejo de desechos peligrosos y prácticas de bioseguridad, ambos temas son objetos de mejora debido al poco compromiso del personal; además se observó la carencia de un sistema de información que facilite el reporte, consolidación, análisis y seguimiento a los eventos adversos ocurridos en el CAIS, con el fin de identificar la frecuencia y su impacto.

Por último, se evidenciaron oportunidades de mejora en la limpieza de abanicos, manejo de desechos bioinfecciosos, reposición de toallas y solución para lavar manos, así como una falta de fiscalización en la ejecución de labores del personal de aseo.

A partir de los resultados obtenidos, se recomendó a la Dirección Médica del Centro de Atención Integral de Puriscal el diseño e implementación de una herramienta que permita dar un seguimiento a la Política Institucional de Hospital Seguro para determinar el obediencia de la misma, a fin de garantizar que los incumplimientos detectados sean corregidos en forma oportuna tal y como se desarrolló en el Hallazgo 1.1 y 1.4 del presente informe.

También se recomendó diseñar un plan de capacitación y socialización con el propósito que el personal del centro médico conozca e interiorice la importancia del cumplimiento tanto de la Política de Hospital Seguro como la Política de Calidad y Seguridad al Paciente, con el propósito de reducir los riesgos en la prestación de los servicios de salud, tal y como se ha desarrollado en el presente informe. (Hallazgos 1.2 y 2)

Además se insta a las autoridades del centro médico a ejecutar las acciones que correspondan para formalizar alianzas con otras dependencias que permitan dar la continuidad de los servicios en caso de presentarse un evento adverso, ya sea natural o provocado. (Hallazgo 1.3)

De igual manera se solicitó la implementación de un mecanismo que permita la higienización de las manos por parte de los usuarios al ingresar tanto al CAIS como a las Sedes de EBAIS, así como la higienización de las manos mientras se encuentran dentro del centro de salud, tal y como se desarrolló en el Hallazgo 2.1.1. del presente informe, con el propósito de reforzar la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

CONTIENE firmadigital Ley Nº 8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

Se recomendó por otro lado, la ejecución de acciones para garantizar que el personal del centro de salud cumpla con la normativa referente a la segregación correcta de desechos, prevención de transmisión de infecciones del área quirúrgica y post quirúrgica, almacenamiento de alimentos en áreas no designadas para ello, responsabilizando a las Jefaturas y coordinadores sobre la verificación de estas acciones, quienes deben rendir informes periódicos a esa Dirección Médica, tal y como se desarrolló en los Hallazgos 2.1.2 y 2.1.3; además elaborar un mecanismo de control que facilite el registro y estadísticas de eventos adversos (infecciones intrahospitalarias, reacciones a medicamentos, infecciones de herida quirúrgica, complicaciones técnicas y riesgos de bioseguridad entre otros) contemplando el Servicio en el cual ocurre el evento adversos y el funcionario responsable de reportarlo, con el propósito de disponer de insumos para el análisis de los diferentes eventos y riesgos asociados a esta temática tal y como lo dispone la Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente, además dicho mecanismo debe permitir determinar las lecciones aprendidas en razón de los eventos y las medidas de acción en caso de incumplimientos a las normas. (Hallazgos 2.2)

Como sétima recomendación se sugiere implementar un mecanismo de control que permita verificar de manera constante el cumplimiento de las cláusulas contractuales suscritas entre el proveedor de servicios de limpieza y aseo, en lo referente al cumplimiento de requisitos del personal y la capacitación para la ejecución de labores de éstos, relacionadas con el manejo de desechos bio-infecciosos, limpieza de basureros, utilización de insumos de limpieza y demás estipuladas en el contrato y establecidas por el Centro de Atención Integral en Salud y la normativa institucional y nacional. (Hallazgo 3)

Por último se recomienda implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante, para los funcionarios de aseo y limpieza de la institución, el cumplimiento de las normas relacionadas a la limpieza y desinfección de áreas en establecimientos de salud, segregación de desechos y la Política de Calidad y Seguridad al usuario, así como el cumplimiento de requisitos del personal de aseo y la ejecución de labores de éstos relacionadas con el manejo de desechos bio-infecciosos, limpieza de basureros, limpieza de ventiladores, utilización de insumos de limpieza y demás citadas en las normas ya mencionadas con el propósito de reducir riesgos de contagios o accidentes en el centro de salud (Hallazgo 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 y 3 del presente informe)

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

AGO-120-2020
16 de octubre de 2020

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

EVALUACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HOSPITAL SEGURO Y POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PURISCAL
U.E. 1211

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área Gestión Operativa para el 2020.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de las acciones implementadas por las autoridades del Centro de Atención Integral en Salud de Puriscal en procura del mejoramiento continuo de la seguridad en el centro médico, mediante la ejecución de la Política Institucional de Hospital Seguro y Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la gestión de la Dirección General del centro de salud, en cuanto al cumplimiento de las estrategias planteadas para cada lineamiento tanto de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente como de la Política de Hospital Seguro.

- Verificar las acciones ejecutadas en el CAIS en cuanto a la efectividad del cumplimiento de la Política Institucional de Hospital Seguro y la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.

ALCANCE

El presente estudio se analizaron las acciones realizadas por las autoridades del Centro de Atención Integral en Salud de Puriscal relacionadas al cumplimiento de las “Política Institucional de Hospital Seguro” aprobada por Junta Directiva en el artículo 5 de la Sesión N° 8069 del 7 de julio 2006, y la “Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente”, aprobada en la Sesión N° 8139, del 22 de marzo 2007.

El periodo evaluado comprende el año 2019, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario, tal como se realizó en los recorridos efectuados en los días 28 y 29 de setiembre 2020.

La evaluación se realizó de conformidad con lo establecido 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 1° de enero 2015.

METODOLOGÍA

Para lograr el cumplimiento de los objetivos se ejecutaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Solicitud de información referente al cumplimiento de los lineamientos de la Política Institucional de Hospital Seguro y Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.

• Solicitud de información a la Comisión de Emergencias Vigilancia Epidemiológica, Administración, Dirección de Enfermería, referente a la ejecución de acciones locales en atención a los lineamientos de la Política Institucional de Hospital Seguro y Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente de la CCSS.

Entrevistas con

- Dra. María José Valverde Valverde, Jefe de Consulta Externa.
- Dra. Ivannia Bustamante Marín, Coordinadora de COLOVE.
- Dra. Xinia Alvarado Sánchez, Jefe de Enfermería.
- Juliana Carolina Jiménez Chavarría, Asistente Administrativa.
- Recorridos realizados en compañía de la Dra. María José Valverde Valverde en:
  - Instalaciones administrativas y de salud del Centro de Atención Integral en Salud de Puriscal.
  -EBAIS de Turrubares.
  -EBAIS de Barbacoas.
  -Sede de EBAIS Concentrados y Servicios de Apoyo en la cual se encuentra:
    - Servicio de Terapia Física.
    -Clínica del Dolor.
    -Medicina del Trabajo.
    -Servicio de Farmacia.
    -EBAIS 1.
    -EBAIS 2.
    -EBAIS 3.
    -EBAIS 10.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, 8488.
- Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y privados.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Política Institucional de HOSPITAL Seguro de la CCSS.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Modelo de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Manual de Procedimientos de Limpieza y Desinfección en Áreas y Superficies ambientales.

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. (…)".

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

ANTECEDENTES

El Centro de Atención Integran en Salud de Puriscal, está adscrito a la Dirección Regional de Servicios Médicos Central Sur, siendo un primer nivel de atención; fue inaugurado el 19 de enero 2010 y puesto en funcionamiento el 13 de febrero de dicho año.

La antigua clínica ubicada en Santiago de Puriscal, se utilizó para albergar cinco EBAIS, la Clínica de Cuidados Paliativos, la sede de los Técnicos de Atención Primaria y otros.

En el año 2008 se realizó la remodelación completa del EBAIS La Gloria y para el año 2010 se realizó la construcción del nuevo EBAIS de Turrubares, que son los más distantes en el C.A.I.S.

Además en el 2016 se realizó la remodelación del EBAIS 5 Pedernal- Pozos.

En el CAIS se ofrecen los servicios de Medicina General, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Gastroenterología, Geriatría, Medicina del Trabajo, Odontología, OGA, Telemedicina, Cirugía Menor, Rayos X, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Cirugía Ambulatoria, Biopsias, Cirugía Plástica, Casa de la mujer, Nutrición, Cuidados Paliativos, Transporte de pacientes, Validación de Derechos, Contraloría de Servicios, Servicio de Emergencias y Atención Primaria, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Clínica de ulceras, clínica de piel, clínica del Pulmón, Clínica de mama, entre algunas de las ramas de atención local.

Sobre la Política Hospital Seguro:

La Junta Directiva en el artículo 5 de la Sesión N° 8069 del 7 de julio 2006, aprobó la "Política de Hospital Seguro" definiendo el término como:

> "(...) Hospital Seguro es un establecimiento de salud que cuenta con las medidas de seguridad apropiadas para cuidar la vida de sus ocupantes, conservar las inversiones sociales en equipamiento y mantener los procesos de atención funcionando adecuadamente. Asimismo, un HOSPITAL seguro es aquel que cuenta con la máxima protección posible frente a eventos adversos y cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en la misma infraestructura, inmediatamente después de que ocurre uno de dichos eventos.
>
> El término Hospital se refiere en sentido amplio a todos los establecimientos de salud de la CCSS, cualquiera que sea su nivel de complejidad. En otra perspectiva, un Hospital también es seguro, porque las vías de accesos al establecimiento de salud y los servicios críticos como el suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones, continúan operando después de un desastre natural o provocado por el hombre (antrópico), lo que permite garantizar el funcionamiento continuo del establecimiento y absorber la demanda adicional de atención de salud (...)"

Para que un centro de salud se considere seguro, sus servicios deben permanecer accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural.

El término abarca a todos los establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad. Es seguro porque cuenta con la máxima protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, permitiendo garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica[1].

Debido a que el marco general de acción para atención de desastres en la institución, se centraba en algunas acciones individuales[2], surgió la necesidad establecer la Política Institucional del Hospital Seguro, la misma fue

[1] Fuente: Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org

[2] Programa de Seguridad de Incendios y Seguridad Sísmica, Programa Institucional de Emergencias, Comités Locales de Emergencia.

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

diseñada con la asesoría de expertos de la Organización Panamericana de la Salud, aprovechando la experiencia desarrollada en otros países y con la participación técnica de las diferentes Gerencias de la Institución, que serían el equipo de trabajo que establecería los planes específicos para su cumplimiento y seguimiento.

La Política de Hospital Seguro está conformada por 7 Lineamientos, con sus respectivas estrategias y resultados esperados que guían la línea base, metas y formas de abordaje, estos lineamientos se centran en:

- Fortalecer la organización institucional para la gestión de la seguridad hospitalaria.
- Generar un marco legal que regule y norme la política de Hospital Seguro.
- Garantizar que las nuevas inversiones sean seguras.
- Reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes.
- Fortalecer los preparativos para emergencias y desastres en los servicios de salud.
- Establecer convenios para cumplir con la política de Hospital Seguro.
- Monitorear el cumplimiento integral de la política de Hospital Seguro.

Sobre la Política de Calidad y Seguridad del Paciente.

Mediante la Sesión N° 8139, del 22 de marzo 2007, la Junta Directiva de la Institución, aprobó en el artículo 2 la "Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente" misma que hace énfasis en que la seguridad y la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud son prioridad en el proceso de atención que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social.

> "(...)El Estado ha encomendado a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la atención de la salud de las personas y para ello, cuenta con una amplia red de establecimientos de salud de diferente grado de complejidad, caracterizada por establecimientos de primer nivel a cargo de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y una red de 29 Hospitales, de los cuales 3 son Hospitales nacionales generales y 5 Hospitales especializados en la atención de niños, mujeres, adultos mayores, pacientes psiquiátricos y rehabilitación. Es mediante esta red de servicios que se procura prestar servicios con calidad y seguridad a la población, para satisfacer las demandas de atención (...)".

Dicha Política define:

> "(...) Calidad de Atención
> Calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.
> Seguridad del Paciente:
>
> Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos de la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos y las inyecciones; hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución, así como la difusión de sus resultados (...)"

Por último, la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en 7 lineamientos, a saber:

1. Una atención limpia es una atención segura.
2. Investigación y análisis de los eventos adversos.
3. Prácticas de la Salud Basada en la evidencia
4. Atención domiciliar y comunitaria para la prevención de eventos adversos.
5. Cirugía segura salva vidas.
6. Los insumos seguros aseguran la atención.
7. Laboratorio y Bancos de Sangre Seguros.

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

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

Los objetivos de ambas Políticas se dirigen a resguardar la vida de los usuarios y funcionarios de los Centros de Salud mientras se encuentren dentro de las edificaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sumado a lo anterior, en el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso estandarizar la información relacionada con la seguridad del paciente, con el propósito de realizar una clasificación de eventos adversos que permitan un aprendizaje local, regional, nacional e internacional.

La Alianza Mundial para la Seguridad el Paciente de la OMS reunió a un grupo de expertos para desarrollar la estructura conceptual de la "Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)", por lo que en el 2007 se publicó la primera versión de dicha clasificación; señalando que los establecimientos de salud deben brindar una seguridad al usuario que cuente con un sistema de notificación de eventos adversos, un sistema organizado de datos que permita identificar los problemas más frecuentes y analizarlos, permitiendo por último un aprendizaje que debe ser compartido por el personal de salud.

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

1. Una dependencia encargada y empoderada en temas de calidad y seguridad a nivel nacional, instancias intermedias y establecimientos de salud.
2. Normas de calidad y seguridad para los establecimientos de salud públicos y privados.
3. Clasificación para el adecuado registro de los eventos adversos.
4. Indicadores de seguridad que midan el impacto de la intervención.
5. Documentos de gestión clínica: consentimiento informado, guías práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales.
6. Implementar las buenas prácticas de atención y monitorear su cumplimiento.
7. Implementar un sistema de notificación, aprendizaje y de los eventos adversos e incidentes.
8. Analizar y retroalimentar con enfoque de sistema utilizando herramientas de calidad y seguridad[3].

HALLAZGOS

1. SOBRE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO.

Se determinaron oportunidades de mejora respecto a las actividades preparativas sobre emergencias y desastres en los servicios de Salud, además de la concientización del marco regulatorio de la política de hospital seguro por parte del personal del centro médico, la necesidad de fortalecer las alianzas intersectoriales que contribuyan al cumplimiento de la política de hospital seguro, y por último el seguimiento al cumplimiento de la política institucional de hospital seguro por parte de las autoridades del centro médico.

1.1 SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LOS PREPARATIVOS PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Se evidenció que tanto el edifico del Centro para la Atención Integral en Salud como los EBAIS adscritos a éste, carecen en su infraestructura de la señalización necesaria para evacuación en casos de emergencia, o bien la demarcación de puntos de reunión en caso de presentarse un evento natural o provocado. Sumado a lo anterior, el centro de salud no realiza simulacros desde el año 2016.

[3] Sistema de notificación de incidentes en América Latina, OMS, 2013.

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

En entrevista realizada por esta Auditoria[4] a la Dra. María José Valverde Valverde, Coordinadora de la Comisión de Emergencias, con respecto a la periodicidad de los simulacros indicó:

> "(…) Sí teníamos establecidas fechas, pero era difícil cumplir los cronogramas por la complejidad de la coordinación, además de las situaciones externas que se presentaban y hacía imposible el cumplimiento. El último simulacro fue realizado en el 2016 (…)"

Sobre el tema, la política de Hospital Seguro establece:

> "(…) Estrategia 5.1:
> Fortalecer el desarrollo del planeamiento hospitalario ante situaciones de emergencias y desastres (internos y externos) en los establecimientos de salud.
>
> Resultados esperados:
>
> Cada establecimiento de salud cuenta con un plan de respuesta ante emergencias y desastres, internos y externos; el cual incluye aspectos de seguridad humana.
>
> Los establecimientos de salud y las redes de salud efectúan en forma periódica simulaciones o simulacros ante desastres.
>
> Estrategia 5.2:
>
> Fortalecer el programa de capacitación del personal para fortalecer su capacidad de respuesta ante emergencias y desastres.
>
> Resultado esperado:
>
> Se ha capacitado al personal de salud y administrativo, en temas de prevención y respuesta ante eventos adversos, promoviendo la protección de la vida del personal de salud.
>
> Estrategia 5.3:
>
> Desarrollar sistemas de coordinación de emergencias en los niveles nacional, regional y local.
>
> Resultados esperados:
>
> Los niveles nacional, regional y local disponen de un área acondicionada para operar como una sala de situación, según la complejidad del establecimiento de salud.
>
> Los niveles nacional, regional y local contarán con un sistema organizativo para manejo de emergencias y desastres.
>
> Estrategia 5.4:
>
> Desarrollar un programa de información sobre seguridad a los usuarios de los establecimientos de salud.
>
> Resultado esperado:
>
> Los usuarios conocen aspectos de prevención y respuesta dentro del establecimiento de salud en situaciones de desastres.

[4] Entrevista firmada el 15 de setiembre 2020.

Estrategia 5.5:

Desarrollar un protocolo de evaluación de daños post-desastre para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Resultado esperado:

Se cuenta con herramientas para la evaluación rápida de daños en el nivel local y para su evaluación detallada (…)"

La Ley General de Control Interno, en el Artículo N° 14, sobre Valoración del riesgo, incisos b y d, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, lo siguiente:

"(…) 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. (…) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar (…)"

La Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, menciona en el Artículo 3:

"(…) Prevención: acción anticipada para procurar reducir vulnerabilidad, así como las medidas tomadas para evitar o mitigar los impactos de eventos peligrosos o desastres; por su misma condición estas acciones o medidas son de interés público y de cumplimiento obligatorio (…)"

El "Modelo de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres de la Caja Costarricense de Seguro Social", de marzo de 2015, elaborado por el Área de Gestión de Control Interno, adscrita a la Dirección de Sistemas Administrativos, la atención de una emergencia o desastre que se presente en la Institución se encuentra asociada a los siguientes procesos:

"(…) El proceso de **Preparación procura el desarrollo de actividades que generen** en el personal de servicios las nociones específicas de actuación ante diferentes escenarios de riesgo. De tal manera se incluyen principios de entrenamiento, simulaciones y simulacros cuyos resultados deben permitir validar las estrategias de actuación y facilitar su perfeccionamiento, esto mediante el proceso de **Evaluación Continua**, el cual incluye además la revisión permanente del entorno interno y externo, cuyos resultados retroalimentan los procesos anteriores.

El proceso de **Respuesta**, como su nombre lo indica, implementa en condiciones reales todas las actividades derivadas de los procesos previos. Este proceso es crítico en el Modelo propuesto, ya que sus resultados condicionan el cumplimiento del objetivo de dar continuidad a los servicios institucionales fuera de las condiciones normales de operación; sea que el evento es externo, interno o presente ambas circunstancias (…)" (El resaltado no es del original)

La Organización Panamericana de la Salud, sugiere como parte de las acciones a implementar para obtener hospitales seguros, la capacitación al personal de salud y de otros sectores afines para fortalecer la capacidad de respuesta de los establecimientos y el aseguramiento de los recursos esenciales para atender la emergencia.

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y privados, menciona en el Artículo 2, inciso l que los usuarios tienen derecho a recibir atención en un ambiente seguro.

Si bien el Centro Médico dispone de un Comité de Emergencias y en el Plan de Emergencias están identificadas las zonas de riesgo, lo cierto del caso es que los usuarios no disponen de mecanismos para identificar las salidas de emergencias o puntos seguros en caso de un siniestro, al igual que los funcionarios, en razón de la falta de simulacros realizados; lo anterior, puede dificultar la implementación de acciones coordinadas y efectivas para dar respuesta ante eventos adversos, aumentando el riesgo de afectación a la seguridad humana.

CONTIENE firmadigital Ley Nº 8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

En virtud de lo anterior, la posibilidad de abandonar el inmueble por una emergencia, estaría en riesgo la seguridad y la vida de las personas, ya que no se visibilizan las rutas de evacuación y puntos de reunión, mismos que son recordados en la realización de simulacros.

1.2 SOBRE LA CONCIENTIZACIÓN DEL MARCO REGULATORIO DE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO POR PARTE DEL PERSONAL DEL CENTRO MÉDICO.

Se evidenció que pese a existir una capacitación por parte de las autoridades del centro médico, por medio de la Comisión de Emergencias del CAIS, tendientes a la sociabilización hacia los funcionarios, de la Política de Hospital Seguro, éstos no muestran una concientización de la misma, manifestando desconocer por ejemplo el uso de los extintores, obstruyendo salidas de emergencia o los artículos distribuidos para la utilización en caso de evento natural o incendio.

La finalidad de la Política de Hospital Seguro es que se dispongan de mecanismos que faciliten una respuesta eficaz y oportuna ante situaciones de emergencia y/o desastre con la intención que haya un menor impacto ante un evento adverso natural o provocado.

La Ley General de Control Interno, en el Artículo N° 14, sobre Valoración del riesgo, incisos b y d, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, lo siguiente:

> "(…) 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. (…) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar (…)"

El "Modelo de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres de la Caja Costarricense de Seguro Social", señala la importancia del entrenamiento para actuar en casos de emergencia, así como la revisión permanente del entorno con el propósito de mejorar los puntos débiles.

En recorrido realizado por esta auditoria[5] en compañía de la Dra. María José Valverde Valverde, Jefe de Consulta Externa y Coordinadora de la Comisión de Emergencias se constató:

-Extintores Obstruidos por cajas, basureros y/o macetas. (CAIS de Puriscal, Sede de EBAIS Concentrados)
-Áreas sin extintores (Servicio de Rayos X y Área de Fluoroscopia)
-Zonas de Evacuación sin demarcar (CAIS de Puriscal, EBAIS de Barbacoas, Turrubares, Sede de EBAIS Concentrados)
-Ausencia de demarcación de puntos de reunión (CAIS de Puriscal, EBAIS de Barbacoas, Turrubares, Sede de EBAIS Concentrados)
- Funcionarios manifiestan desconocer el uso de los extintores (CAIS de Puriscal, EBAIS de Turrubares)
-Zona de Evacuación con basura y desechos comunes y bioinfectocontagiosos (EBAIS de Barbacoas).

La causa de lo anterior, denota un poco involucramiento del personal al cumplimiento de las normas y las estrategias planteadas por las autoridades del Centro de Salud para minimizar los efectos de un evento en el Centro de Atención Integral en Salud y los EBAIS adscritos a éste.

Esta aparente falta de compromiso por parte de los funcionarios genera un debilitamiento en los esfuerzos realizados por el Comité de Emergencias del Centro de Atención Integral en Salud, los cuales tienen el propósito de minimizar el impacto de un evento natural o incendio en el centro de salud. Siendo que esta falta de interés expone tanto al personal como a los usuarios ante eventual materialización de éstos, dificultando la implementación de acciones coordinadas y efectivas para dar respuesta ante eventos adversos, aumentando el riesgo de afectación a la seguridad humana.

[5] Recorridos realizados 28 y 29 de setiembre 2020

1.3 SOBRE LAS ALIANZAS INTERSECTORIALES QUE CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO.

Se determinó que las autoridades del CAIS no han establecido alianzas formales y documentadas con otras dependencias externas, con el propósito de contribuir al cumplimiento de la Política de Hospital Seguro.

El propósito de las estrategias del lineamiento 6 versa sobre establecer alianzas intersectoriales que promuevan el cumplimiento de la Política Institucional de Hospital Seguro proponiendo incentivar la participación de otras instancias y/o sectores contribuyendo con los acuerdos sobre Hospital Seguro adoptados en la Conferencia Mundial de Desastres de Kobe, compartiendo la información y estableciendo acuerdos con la Comisión Nacional de Emergencias, con el fin de apoyar la seguridad integral de los establecimientos de salud.

Establece dicho lineamiento como resultados esperados:

> "(…) -La Caja Costarricense de Seguro Social contribuye a los acuerdos sobre Hospital Seguro adoptados en la Conferencia Mundial de Desastres de Kobe, compartiendo la información y estableciendo acuerdos con la Comisión Nacional de Emergencias, con el fin de apoyar la seguridad integral de los establecimientos de salud.
>
> -Convenios, acuerdos, alianzas estratégicas y compromisos con las empresas prestadoras de servicios básicos.
> -Las universidades y colegios profesionales brindan soporte técnico para la implementación de la Política Institucional de Hospital Seguro.
> -Normas vigentes revisadas, adecuadas y validadas en conjunto con las instancias pertinentes (…)"

La Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, menciona en el Artículo 3:

> "(…) La integralidad del proceso de gestión: la gestión del riesgo se basa en un abordaje integrado, en el cual se articulan los órganos, las estructuras, los métodos, los procedimientos y los recursos de la administración (…)
>
> Coordinación: Principio de acción para hacer confluir hacia un mismo fin competencias diversas de diferentes actores. Permite reconocer la autonomía e independencia de cada uno de ellos; pero, a la vez, direcciona en forma concentrada y sistemática hacia propósitos comunes (…)
>
> Prevención: acción anticipada para procurar reducir vulnerabilidad, así como las medidas tomadas para evitar o mitigar los impactos de eventos peligrosos o desastres; por su misma condición estas acciones o medidas son de interés público y de cumplimiento obligatorio (…)"

La Organización Panamericana de la Salud, sugiere como parte de las acciones a implementar para obtener centros de salud que brinden una seguridad razonable, la capacitación tanto al personal de salud como de otros sectores afines para fortalecer la capacidad de respuesta de los establecimientos y el aseguramiento de los recursos esenciales para atender la emergencia.

En entrevista realizada por esta Auditoria[6] a la Dra. María José Valverde Valverde, Coordinadora de la Comisión de Emergencias, ante la pregunta de si el Centro para la Atención Integral de Salud disponía de algún tipo de convenios, acuerdos, alianzas estratégicas y compromisos con empresas prestadoras de servicios básicos en caso de una emergencia, manifestó existen acuerdos locales para tratamiento de agua, oxigeno, electricidad y suministro de agua y combustible. En este apartado es importante mencionar que los acuerdos citados por la Dra. Valverde son con empresas que tienen contrato vigente con el centro de salud.

[6] Entrevista firmada el 15 de setiembre 2020.

En virtud de lo anterior, en cumplimiento a la Política antes citado, resulta necesario la formalización de alianzas con empresas o instituciones de la localidad que puedan contribuir a que, en caso de presentarse un incendio, colapso de estructuras y eventos naturales o emergencia, se cuente con la colaboración necesaria, de manera oportuna para minimizar el impacto de estos eventos.

1.4 SOBRE EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HOSPITAL SEGURO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES DEL CENTRO MÉDICO.

Las autoridades del Centro de Atención Integral en Salud no disponen de indicadores que permitan determinar el cumplimiento integral de la Política de Hospital Seguro.

Las estrategias del lineamiento 7 de la Política Institucional de Hospital Seguro ¨Seguimiento de avances en el cumplimiento integral de la Política de Hospital Seguro¨ se enfocan en el diseño de indicadores para dar seguimiento a la Política de marras, evaluación del cumplimiento de la misma, implementación de acciones que contribuyan a que los establecimientos de salud sean más seguros.

> "(…) Lineamiento 7: SEGUIMIENTO DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO.
>
> Estrategia 7.1:
>
> Evaluar el cumplimiento de la política con base en indicadores previamente elaborados.
>
> Resultados esperados:
>
> - Indicadores diseñados e implementados para el seguimiento.
>
> - Evaluación del cumplimiento de la política.
>
> Estrategia 7.2:
>
> Promover incentivos entre los establecimientos de salud para que implementen la política de Hospital seguro.
>
> Resultado esperado:
>
> - Establecimientos de salud incorporan en su autogestión el desarrollo de actividades que contribuyen a ser más seguros.
>
> Estrategia 7.3:
>
> Difundir los avances en Hospital seguro tanto a nivel nacional como internacional.
>
> Resultados esperados:
>
> - El país y otros países conocen de los avances de la Caja Costarricense de Seguro Social en HOSPITAL seguro, además, el conocimiento y experiencias adquiridas se reproducen en otros escenarios.
>
> - Se demuestra el costo beneficio (económico, social y político) de la aplicación de esta política (…)".

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República enuncian en los incisos 4.5.2 y 4.6 que:

> "(…)El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la

> correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda (…) deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes (…)"

En entrevista realizada por esta Auditoria[7] a la Dra. María José Valverde Valverde, Jefatura de Consulta Externa y Coordinadora de la Comisión de Emergencias del CAIS, manifestó sobre la realización por parte de la Comisión de Emergencias o alguna otra unidad del centro médico, de una evaluación para determinar el cumplimiento de la Política de Hospital Seguro, que anualmente realizan la rendición de cuentas y que contra política van chequeando el cumplimiento de la misma, sin embargo de la prueba aportada a esta Auditoría no se evidencian indicadores previamente elaborados que faciliten verificar el cumplimiento de la política de marras.

La causa de lo anterior puede generarse en la falta de una directriz específica por parte de las autoridades del centro médico para delegar en algún encargado, la necesidad de desarrollar estos indicadores.

La ausencia de indicadores sobre el cumplimiento de la política en estudio no permite conocer elementos claves sobre el accionar general del centro en materia de atención de los riesgos de vulnerabilidad ante desastres, limitando la orientación estratégica y operativa de acciones o recursos para atender debilidades, así como la organización general en caso de presentarse un evento adverso.

2. SOBRE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el presente hallazgo se identificaron oportunidades de mejora sobre la atención limpia para tener una atención segura, y la investigación y análisis de los eventos adversos.

2.1 SOBRE LA ATENCIÓN LIMPIA PARA TENER UNA ATENCIÓN SEGURA

En lo que respecta a la atención limpia para tener una atención segura, existen situaciones sobre el lavado de manos, además del manejo adecuado de desechos peligrosos y prácticas de bioseguridad y las prácticas de bioseguridad y la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, que pueden ser sujeto de optimización.

2.1.1 Sobre el lavado de manos

Se determinó que, algunos baños de los establecimientos pertenecientes al Centro de Atención Integral en Salud, no disponen de jabón y toallas desechables. Además, si bien se realizan esfuerzos por parte de las autoridades del C.A.I.S., para disponer de un lavamanos a las afueras de los centros de salud, la infraestructura de alguno de ellos dificulta esta disposición. Sumado a lo anterior, en algunos EBAIS no se evidencian funcionarios que apliquen solución alcohólica a quienes ingresan al centro de salud y que permita reforzar la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

La Política de Calidad y Seguridad al Paciente, establece:

> "(…) Estrategia 1.1
>
> Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución.
>
> Resultados esperados
>
> -Personal de salud de todos los establecimientos de salud de la CCSS, realiza eficientemente el lavado de manos

[7] Entrevista firmada el 15 de setiembre 2020.

-Programa de Educación Continua de Enfermería de la CCSS con el eje temático sobre lavado de manos incorporado

-Programas de formación de profesionales del área de la salud, con lavado de manos incorporado tanto en el curriculum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS.

- Población realiza el lavado de manos, durante su visita a los establecimientos de la CCSS.

- Eventos adversos asociados a la ausencia de lavado de manos (infección hospitalaria, enfermedades infectocontagiosas), disminuidos.

-Establecimientos de la CCSS cuentan con insumos necesarios para el adecuado lavado de manos. (agua, jabón, servilletas, lavamanos) (…)"

En recorrido realizado por esta auditoria[8] en compañía de la Dra. María José Valverde Valverde, Jefe de Consulta Externa y Coordinadora de la Comisión de Emergencias se constató:

-Ausencia de jabón en baño de usuarios y en el baño de consultorio médico. (CAIS de Puriscal, EBAIS 1)

-Ausencia de dispensadores de alcohol para usuarios. (CAIS de Puriscal EBAIS de Barbacoas, Turrubares, Sede de EBAIS Concentrados)

-Ausencia de lavamanos al ingreso. (EBAIS de Barbacoas)

Sobre la ausencia de lavamanos en algunas Sedes de EBAIS obedece en apariencia a la infraestructura del lugar. En relación a la carencia de insumos de aseo en los baños se debe a una falta de fiscalización de las labores de aseo del personal de dichas unidades. Si bien los funcionarios disponen de solución alcohólica en sus oficinas, no se han hecho las gestiones para que los usuarios, mientras se desplazan por el centro de salud, dispongan de dispensadores de soluciones alcohólicas para la higienización de las manos.

El incumplimiento a esta norma, tomado en consideración el estado del país en relación con la pandemia, genera riesgos para la salud de los usuarios y el personal del CAIS y Sedes de Ebais, siendo que puede haber transmisión de infecciones.

2.1.2 Sobre el manejo adecuado de desechos peligrosos y prácticas de bioseguridad,

Según recorridos realizados por esta auditoría[9] , los funcionarios del Centro de Atención Integral en Salud y los EBAIS adscritos a este, no realizan un adecuado manejo de los desechos bioinfectocontagiosos ni tienen una adecuada práctica de bioseguridad.

En dichos recorridos se observa:

- Segregación de desechos bioinfecciosos inadecuada ya sea porque el basurero sobrepasa la capacidad normada, o bien porque los desechos están en el basurero incorrecto (CAIS de Puriscal EBAIS de Barbacoas, Turrubares, Sede de EBAIS Concentrados)

-Basureros sin tapar o tapas en mal estado (CAIS de Puriscal EBAIS de Barbacoas, Turrubares, Sede de EBAIS Concentrados)

[8] Recorridos realizados 28 y 29 de setiembre 2020.
[9] Recorridos realizados 28 y 29 de setiembre 2020

- Utensilios de limpieza dentro de los baños (Sede de EBAIS Concentrados)

La Política de Calidad y Seguridad al Paciente señala en la estrategia 1.3 sobre los resultados esperados para el Manejo Adecuado de los Desechos Peligrosos:

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

En la misma línea señala la estrategia 1.4 de la citada política sobre las prácticas de bioseguridad y los resultados esperados:

> "(…) -Personal de salud de la CCSS cumple con las medidas de bioseguridad.
>
> -Establecimientos de salud de la CCSS con programas de salud ocupacional fortalecidos.
>
> - Programa de Educación Continua de Enfermería de la CCSS con eje temático sobre normativa Institucional de la Ley sobre Salud Ocupacional en establecimientos de salud, incorporado.
>
> -Programas de las carreras del área de salud con eje temático sobre salud ocupacional incorporado tanto en el currículo como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS (…)"

Este incumplimiento de la norma sobre segregación de desechos, almacenamiento de los insumos de limpieza y estado de los basureros parece ser una falta de compromiso del personal (esto último por la falta de reporte oportuno), toda vez que ha recibido capacitación por parte de las autoridades competentes del centro de salud.

Lo anterior podría tener como efecto una incidencia en las infecciones del centro salud y aumento de costos en razón de la inadecuada segregación de desechos.

2.1.3 Sobre las prácticas de bioseguridad y la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.

Según recorridos realizados por esta auditoría[10] en compañía de la Dra. María José Valverde Valverde, Jefatura de Consulta Externa y Coordinadora de la Comisión de Emergencias del CAIS, se evidencia que los funcionarios de los servicios visitados no realizan acciones de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

En dichos recorridos se evidencia:

-Basura mal segregada.
-Espéculos sucios en un recipiente sin solución.
-Huecos en el piso de baño y farmacia.
- Funcionarios en atención de pacientes con pintura de uñas.
- Refrigeradoras de medicamentos y de insumos para los usuarios con alimentos de los funcionarios.
-Piletas con insumos personales de funcionarios.

[10] Recorridos realizados 28 y 29 de setiembre 2020

-Bolsos de funcionarios sobre camillas.
-Abanicos sucios en su estructura interna y externa.
-Baños con malos olores.

La Política de Calidad y Seguridad al Paciente señala en la estrategia Sobre la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, la estrategia 1.5 tiene como resultados esperados:

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

Los factores que inciden en las debilidades a la norma como lo es el lavado de manos, el manejo de los desechos bioinfecciosos, prácticas de bioseguridad, la prevención de infecciones intrahospitalarias se debe a la falta de compromiso por parte de los funcionarios en aspectos como segregación de desechos o cumplimiento de la política, así como una falta de fiscalización por parte de las autoridades competentes a las labores realizadas por los trabajadores de aseo.

Los incumplimientos de las políticas y normas de calidad y seguridad del usuario, generan riesgos para la salud de los pacientes y el personal del centro de salud, exponiendo a transmisión de infecciones por el inadecuado almacenamiento de los insumos de limpieza en los baños, instrumental médico mal descartado, ventiladores con mal aseo y peligro del contagio debido a la inadecuada segregación de desechos. Además, la incorrecta segregación de desechos implica un uso ineficiente de los equipos de esterilización, con el consecuente impacto en los costos de operación asociados a estos procesos.

2.2 SOBRE LA INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Se determinó que en el Centro de Atención Integral en Salud no se dispone de un sistema de información manual o automatizado, que permita el reporte, consolidación, análisis y seguimiento a los eventos adversos ocurridos en el centro de salud, con el fin de identificar la frecuencia y su impacto.

En entrevista realizada por esta auditoría a la Dra. Ivannia Bustamante Marín, Coordinadora de la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica (COLOVE), ante la consulta de si el centro de salud disponía de un sistema de reporte de eventos adversos indicó:

> "(…) En caso de ESAVI el servicio que lo capte informa al equipo de COLOVE, para su valoración y seguimiento, caso de comentado por la Comisión. Sin embargo, no se cuenta con un sistema donde se incluya dicha información. (…)"

Ante la misma consulta, la Dra. Xinia Alvarado Sánchez, Jefe de Enfermería del Centro de Atención Integral en Salud manifestó:

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

"(…) sobre el sistema de reporte de eventos adversos relacionado con el lavado de manos no hemos tenido ningún reporte al respecto. No tenemos reportes de infecciones asociadas a la prestación de los servicios de salud. Es importante mencionar que las cirugías que se realizan acá, pertenecen a otros centros de salud, por lo que en caso de presentarse, el reporte, no se genera acá (…)"

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

"(...) Estrategia 2.1

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

Resultado esperados

-Personal capacitado en todo el país para la investigación, análisis y el reporte de eventos adversos.

-Sistema Nacional de Indicadores de Eventos Adversos, que propician acciones correctivas.

-Proyectos permanentes de investigación y análisis de los eventos adversos en los establecimientos de salud.

-**Sistema de reporte de eventos adversos funcionando en todos los establecimientos de la CCSS**.

-Establecimientos de salud reportan los eventos adversos.

Estrategia 2.2

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

Resultado esperados

-Reportes de eventos adversos, confiables y de calidad.

-Análisis sistemático de la información recopilada.

-Planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

Estrategia 2.3

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

Resultado esperado

-Compromisos de gestión con indicadores de calidad y de seguridad del paciente incorporados.

-Establecimientos de la CCSS utilizan los indicadores para gestionar incentivos (…)"

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

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

> "(…) El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comunique con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales (…)"

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

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

Lo anterior obedece a la carencia de instrucciones y directrices concretas por parte de las autoridades del centro de salud, en las cuales se establezca el responsable de monitorear, registrar e intervenir en el evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario, así como el sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos.

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

3. SOBRE LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Se evidenció una inadecuada limpieza de varios ventiladores del centro de salud o de los EBAIS adscritos a éste, manejo de desechos, llenado de basureros, reposición de toallas y solución para lavar manos, segregación de desechos, así como una falta de fiscalización por parte de la autoridad competente en la ejecución de labores del personal de aseo.

Esta Auditoría realizó recorridos por diferentes EBAIS del Centro de Atención Integral en Salud, los días 28 y 29 de setiembre 2020 en compañía de la Dra. María José Valverde Valverde, Jefatura de Consulta Externa y Coordinadora de la Comisión de Emergencias, en dichos recorridos se evidenció:

-Baños con malos olores.
-Hisopos dentro de los baños.
-Basureros sin fechas de lavado.
-Basureros con tapas en mal estado.
-Salidas de emergencia obstruida por basura.
-Mala segregación de desechos.
-Baños sin jabón.
-Ventiladores con polvo y telas de araña.

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

> "(...) todos los tipos de desechos que contienen agentes patógenos con suficiente concentración, o cantidad para transmitir enfermedades víricas bacterianas o parasitarias y micóticas a las personas o

animales expuestos a ellos. Se incluyen los residuos que sin ser infecciosos por ellos mismo hayan estado en contacto o son descartados conjuntamente (...)"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estar vacunado contra hepatitis B y tétano y cualquier otra enfermedad prevalente para la cual exista vacuna.

· Utilizar el equipo de protección básico:
-Guardapolvo o mameluco de manga larga.
-Guantes.
-Botas de hule.
-Mascarilla.
-Gorro o turbante

CONTIENE firmadigital Ley Nº8454
"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

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

4.6 Debe sujetarse el cabello y cubrirlo con el gorro.

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

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

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

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

Las Normas y Procedimientos de Limpieza y Desinfección de áreas en establecimientos de salud, establece:

"(…) 5. Alcance y campo de aplicación

Toda esta normativa es de aplicación obligatoria por todos los trabajadores encargados de realizar los procesos de limpieza de establecimientos de salud, tanto trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social como los de contratación por terceros.

6. Objetivo General

Disminuir la propagación de agentes infecciosos entre los pacientes, visitantes y empleados, con el menor impacto negativo en el ambiente y la optimización de los costos, mediante la implementación de los procedimientos de esta Norma.

Favorecer la prevención del deterioro de superficies, objetos y materiales, promoviendo el confort y la seguridad de los pacientes, acompañantes y los funcionarios, por medio de un medio ambiente limpio (…)

(…) Los insumos de limpieza deben permanecer en su respectivo lugar de almacenamiento, los productos de limpieza deben ser manipulados y almacenados siguiendo las recomendaciones de la casa fabricante.

Los recipientes de las soluciones de limpieza y desinfección utilizadas, deben permanecer tapadas, rotuladas y almacenadas en lugares secos, ventilados y alejados del suelo (…)

Limpiar los dispensadores de lavado de manos según procedimiento establecido y mantener siempre equipado con servilletas, jabones para lavado de manos.

Lavar y desinfectar los basureros con hipoclorito de sodio al 0.05%.
Cambiar las bolsas de basura, tantas veces sea necesario cuidando que su capacidad no rebase sus dos terceras partes (…)"

El contrato con la empresa "BRAVROJ S.A." señala:

"(…) **Paredes, Cielo Raso y Lámparas**:

Todas la paredes internas y externas, así como el cielo raso, deben mantenerse siempre limpias, libres de polvo, manchas, telarañas y cualquier otro tipo de suciedad. En este caso es obligación de contratista, velar por que (sic) el procedimiento a utilizar, las herramientas, el equipo y las sustancias no dañe el acabado, apariencia y durabilidad de estos.

Servicios Sanitarios y Baños:

Se mantendrán limpios, libres de manchas, basura, malos olores, comprenderán pisos, paredes, cielos rasos y especialmente lavado y desinfección de todas las piezas de loza sanitaria, e incluyendo lavamanos, espejos, azulejos y puertas y cortinas de baño, utilizando productos químicos de primera calidad.

Mobiliario y Accesorios:

Todos los muebles fijos, semifijos, móviles y sus accesorios, incluye además camas, camillas, mesas de puente, mesas de noche, gigantes, estantes, mesas y sillas de todo tipo, llavines, basureros, microondas, escritorios, bibliotecas, archivos, sillones y sillas de vinil, cuero o tela, lockers, teléfonos, ventiladores de cielo, ventiladores de pared y de mesa, relojes, cuadros y/o pinturas que tengan vidrio, rótulos, pizarras y mostradores de uso general y especifico, en cada área descrita y cualquier otro artículo que no califique como equipo biomédico, se les deberá eliminar todo polvo y se realizará la limpieza de cualquier materia adherida y aplicarse posteriormente las sustancias habituales de protección y/o pulido, de modo que se mantengan en óptimas condiciones de limpieza y libres de contaminación y suciedad (…)

En cuanto a los ventiladores, éstos deberán mantenerse permanentemente libres de polvo y cualquier otro material adosado a su superficie. Su tratamiento incluye la limpieza de bases fijas o móviles, aspas y parrillas protectoras cuando las tengan (…)

Los dispensadores deben mantenerse permanentemente con jabón, papel higiénico, servilletas y/o toallas para secado de manos en todas las áreas según su utilización (…)

CLAUSULA SEXTA. Personal requerido:

El contratista proporcionará al Administrador del Contrato, un detalle de todo el persona que se va a asignar, en cada una de las áreas, en donde se requiere el servicio de aseo y limpieza, con la finalidad de corroborar la veracidad de los atestados Esta información debe presentarse, previo al inicio del contrato y deberá incluir lo siguiente:

(…) Declaración Jurada en donde manifieste que cada trabajador (a) se encuentra vacunado (a) contra la Hepatitis B y DT (presentar, además, copia del carnet de vacunas de cada Trabajador)

El Contratista presentará la acreditación de que cada trabajador que ingrese a prestar los servicios, en los diferentes establecimientos de salud, posea un adecuado adiestramiento en técnicas de limpieza y aseo (…)

El personal del Contratista deberá cumplir con el esquema de vacunación correspondiente, una vez que de inicio con la prestación de las labores de aseo y limpieza contratadas, debiendo estar vacunados, como mínimo, contra la Hepatitis B, Tétano e Influenza (…)"

En entrevista realizada por esta Auditoría[12] a la Licda. Juliana Carolina Jiménez Chavarría, quien es Asistente Administrativa y Fiscalizadora del Contrato de los Servicios de Limpieza indica que el Centro de Atención Integral en Salud dispone de un contrato con 21 trabajadores, además de 6 funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social en las Sedes de EBAIS. Manifiesta que el personal de aseo recibió capacitación por parte de la Comisión de Infecciones Intrahospitalarias al inicio de la pandemia, siendo que antes de esto:

> "(…) debían venir con la inducción que la impartía la Supervisora de ellos, sin embargo, de esas capacitaciones no se tiene evidencia de asistencia ya que se convocan por turno (…)
> Cada sector tiene su cronograma de limpieza general y limpiezas profundas
> ¿Lleva un control sobre el cuadro de vacunación del personal de aseo?
> R/ No.(…)"

Lo descrito evidencia en relación con el contrato de aseo, una carencia de mecanismos de control al proveedor de "BRAVROJ S.A." que permita garantizar el cumplimiento del contrato suscrito en lo referente a las actividades de bioseguridad, la idoneidad del personal de aseo y su protección en relación con el cuadro de vacunación, siendo que la participación en la asepsia y medidas de seguridad es de impacto en los resultados que se obtengan al aplicar la normativa que aquí interesa.

Sobre los funcionarios institucionales, se denota una omisión por parte de las autoridades competentes, de mecanismos de control que permitan una fiscalización sobre el cumplimiento normativo referente a las labores de aseo, que permita monitorear las actividades realizadas por los supervisores de aseo y el personal de limpieza, mismas que son de impacto en los resultados que se obtengan al aplicar la política de seguridad y calidad considerada en la presente evaluación.

Lo anterior, es una limitación para garantizar que en las actividades que están a cargo del personal de aseo, se cumpla con lo establecido en la Política de Seguridad y Calidad al Paciente con el riesgo palpable, tanto para los funcionarios como los usuarios de los servicios de salud del Centro de Atención Integral en Salud como de las sedes de EBAIS, de contagios o trasmisión de enfermedades e infecciones. Además en relación con el contrato con la empresa "BRAVROJ S.A.", esta omisión no favorece la correcta ejecución del contractual, con la eventual afectación en el desarrollo de los servicios adquiridos y en la posición de la administración para un eventual reclamo al proveedor ocasionado por incumplimientos.

CONCLUSIONES

En una época como en la que nos encontramos, donde se hace aún más relevante la prestación de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social, es importante que las unidades de la Institución dispongan de los mecanismos necesarios para una continuidad de las funciones en un ambiente seguro, siendo que, ante una emergencia o evento adverso, la Política de Hospital Seguro coadyuva a que la prestación de los servicios de salud no se detenga.

Según el estudio realizado se observan oportunidades de mejora en la aplicación de la Política de Hospital Seguro, por ejemplo en el fortalecimiento de los preparativos para emergencias y desastres en los servicios de salud, haciéndose necesario la demarcación de las rutas de evacuación y los puntos de reunión en casos de emergencia, siendo que reviste importancia la preparación del personal por medio de simulacros.

Es necesario la concientización del personal para que adquiera un compromiso hacia el cumplimiento de la norma de Hospital Seguro, sin obstaculizar salidas de emergencia, uso de los extintores, todo lo anterior con el propósito de reducir la vulnerabilidad del del Centro de Atención Integral en Salud, ante un evento natural o provocado.
Es necesario realizar formalmente alianzas estratégicas para informar a la población sobre el accionar en caso de encontrarse en establecimientos de salud al momento de una emergencia y a disponer de indicadores que permitan dar seguimiento al cumplimento de la Política de Hospital Seguro.

[12] Entrevista realizada el 22 de setiembre 2020.

Sobre la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente se concluye que se hace necesario el reforzamiento hacia los trabajadores de aseo y limpieza para que los dispensadores de jabón y toallas se encuentren siempre disponibles. Se hace necesario el reforzamiento de los cinco momentos del lavado de manos, así como realizar esfuerzos para disponer de lavamanos afuera de los centros de salud, o bien, que los usuarios dispongan de solución alcohólica al ingresar a las unidades, permitiendo robustecer la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

Se observan oportunidades de mejora en cuanto a la segregación de desechos y disposición de los mismo, además de, la necesidad de contar con un sistema que permita llevar un registro, control y seguimiento de los eventos adversos que suceden en el centro de salud con el propósito de minimizar los riesgos para los usuarios, determinar cuáles son los efectos más frecuentes, los servicios más expuestos y tener un respaldo de lecciones aprendidas que permitan mejorar la atención en la prestación de los servicios.

Es necesario el compromiso de los funcionarios del centro de salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de bioseguridad (alimentos dentro de refrigeradoras de medicamentos, bolsos sobre camillas, mezcla de basureros de desecho común con desechos infecto contagiosos)

Por último, se hace necesario un reforzamiento en la fiscalización tanto del contrato de limpieza entre la empresa "BRAVROJ S.A." como de las labores de aseo y limpieza de los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Con el proveedor, con el propósito de verificar que se entreguen los atestados de los trabajadores para la aprobación previa por parte del CAIS a fin de verificar que los trabajadores cumplan con los requisitos solicitados en el contrato, y que el personal cuente efectivamente con los conocimientos en desechos bioinfecciosos; y para los funcionarios de la institución, para que cumplan de forma eficiente las labores encomendadas.

La exposición al usuario por parte de la institución en temas como seguridad y calidad en la atención y prestación de servicios de salud reviste importancia ya que es el fin para el cual se debe la institución por lo que han gestarse las acciones necesarias que permitan reducir los eventos adversos en la atención a los usuarios.

RECOMENDACIONES

A LA DRA. KATTIA HERRERA FERNÁNDEZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA MÉDICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PURISCAL, O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Diseñar e implementar una herramienta con el propósito de dar un seguimiento a la Política Institucional de Hospital Seguro que permita determinar el cumplimiento de la misma, a fin de garantizar que los incumplimientos detectados serán corregidos en forma oportuna tal y como se desarrolló en el Hallazgo 1.1 y 1.4 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, la herramienta solicitada, cronograma de aplicación, responsables de ejecutar este seguimiento y las medidas de acción pertinentes en caso de incumplimientos.

Plazo de cumplimento: 9 meses posteriores al recibo del presente informe.

2. Diseñar un plan de capacitación y sociabilización con el propósito que el personal del centro médico conozca e interiorice la importancia del cumplimiento tanto de la Política de Hospital Seguro como la Política de Calidad y Seguridad al Paciente, con el propósito de reducir los riesgos en la prestación de los servicios de salud, tal y como se ha desarrollado en el presente informe. (Hallazgos 1.2 y 2)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el plan de capacitación solicitado, cronograma de aplicación, responsables de brindar dicha capacitación, así como las medidas de acción pertinentes en caso negativas para presentarse a dichas capacitaciones o incumplimientos a la norma, lo anterior tiene como propósito de minimizar los eventos adversos en el centro de salud.

Plazo de cumplimento: 6 meses posteriores al recibo del presente informe.

3. Ejecutar las acciones que correspondan para formalizar alianzas con otras dependencias que permitan dar la continuidad de los servicios en caso de presentarse un evento adverso, ya sea natural o provocado. (Hallazgo 1.3)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, las acciones realizadas a con el propósito de formalizar las alianzas mencionadas.

Plazo de cumplimento: 12 meses posteriores al recibo del presente informe.

4. Implementar un mecanismo que permita la higienización de las manos por parte de los usuarios al ingresar tanto al CAIS como a las Sedes de EBAIS, así como la higienización de las manos mientras se encuentran dentro del centro de salud, tal y como se desarrolló en el Hallazgo 2.1.1. del presente informe, con el propósito de reforzar la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, la estrategia planteada y responsables de ejecutar la fiscalización de su cumplimiento.

Plazo de cumplimento: 6 meses posteriores al recibo del presente informe.

5. Ejecutar las acciones que correspondan para garantizar que el personal del centro de salud cumpla con la normativa referente a la segregación correcta de desechos, prevención de transmisión de infecciones del área quirúrgica y post quirúrgica, almacenamiento de alimentos en áreas no designadas para ello, responsabilizando a las Jefaturas y coordinadores sobre la verificación de estas acciones, quienes deben rendir informes periódicos a esa Dirección Médica, tal y como se desarrolló en los Hallazgos 2.1.2 y 2.1.3.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, las acciones realizadas a fin evitar situaciones como las descritas en presente informe. La intención de esta recomendación es minimizar los riesgos en el manejo de desechos bioinfectocontagiosos y contagios en el desempeño de las funciones.

Plazo de cumplimento: 6 meses posteriores al recibo del presente informe.

6. Elaborar un mecanismo de control que facilite el registro y estadísticas de eventos adversos (infecciones intrahospitalarias, reacciones a medicamentos, infecciones de herida quirúrgica, complicaciones técnicas y riesgos de bioseguridad entre otros) contemplando el Servicio en el cual ocurre el evento adversos y el funcionario responsable de reportarlo, con el propósito de disponer de insumos para el análisis de los diferentes eventos y riesgos asociados a esta temática tal y como lo dispone la Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente, además dicho mecanismo debe permitir determinar las lecciones aprendidas en razón de los eventos y las medidas de acción en caso de incumplimientos a las normas. (Hallazgos 2.2)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el mecanismo implementado con las características antes dichas a fin de reportar los eventos adversos. El fin de esta recomendación es poder tomar las acciones necesarias de forma oportuna cuando un evento adverso se repita con similares características.

Plazo de cumplimento: 9 meses posteriores al recibo del presente informe.

A LA DRA. KATTIA HERRERA FERNÁNDEZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA MÉDICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE PURISCAL PARA QUE EN CONJUNTO CON EL LIC. LUIS RUBÍ CASCANTE, EN SU CALIDAD DE ADMINISTRADOR DEL CAIS, O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO

7. Implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante el cumplimiento de las cláusulas contractuales suscritas entre el proveedor de servicios de limpieza y aseo, en lo referente al cumplimiento de requisitos del personal y la capacitación para la ejecución de labores de éstos, relacionadas con el manejo de

desechos bio-infecciosos, limpieza de basureros, utilización de insumos de limpieza y demás estipuladas en el contrato y establecidas por el Centro de Atención Integral en Salud y la normativa institucional y nacional. (Hallazgo 3)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el mecanismo de control solicitado, forma de aplicación, responsables de ejecutar esta fiscalización y las medidas de acción pertinentes en caso de incumplimientos.

Plazo de cumplimento: 3 meses posteriores al recibo del presente informe.

8. Implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante, para los funcionarios de aseo y limpieza de la institución, el cumplimiento de las normas relacionadas a la limpieza y desinfección de áreas en establecimientos de salud, segregación de desechos y la Política de Calidad y Seguridad al usuario, así como el cumplimiento de requisitos del personal de aseo y la ejecución de labores de éstos relacionadas con el manejo de desechos bio-infecciosos, limpieza de basureros, limpieza de ventiladores, utilización de insumos de limpieza y demás citadas en las normas ya mencionadas con el propósito de reducir riesgos de contagios o accidentes en el centro de salud (Hallazgo 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 y 3 del presente informe)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el mecanismo de control solicitado, forma de aplicación, responsables de ejecutar esta fiscalización y las medidas de acción pertinentes en caso de incumplimientos. El propósito de esta recomendación es vigilar que el personal de aseo cumpla con las labores de limpieza, desinfección y manejo de desechos de una forma eficiente y eficaz contribuyendo con ello a minimizar los riesgos de infecciones hospitalarias.

Plazo de cumplimento: 6 meses posteriores al recibo del presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio se comentaron con la Dra. Kattia Herrera Fernández, portadora de la cédula de identidad 107270739, Directora Médica, Lic. Luis Rubí Cascante, portador de la cédula de identidad 900680911, Administrador y la Dra. María José Valverde Valverde, portadora de la cédula de identidad 112500015, Jefe de Consulta Externa; siendo que en dicho comentario, la Dra. Herrara solicita la ampliación de plazos de las recomendaciones 1, 4, 6 y 8 para nueve, seis, nueve y seis meses respectivamente.

AREA GESTIÓN OPERATIVA

LAURA RODRIGUEZ ARAYA (FIRMA)
Firmado digitalmente por LAURA RODRIGUEZ ARAYA (FIRMA)
Fecha: 2020.10.16 09:42:22 -06'00'

Licda. Laura Rodríguez Araya
Asistente de Auditoría

MELVIN ZUÑIGA SEDO (FIRMA)
Firmado digitalmente por MELVIN ZUÑIGA SEDO (FIRMA)
Fecha: 2020.10.16 09:46:04 -06'00'

Lic. Melvin Zúñiga Sedó
Jefe Subárea

OSC/MZS/LRA/jfrc