

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó según el plan anual de trabajo 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna, con el fin de evaluar los controles implementados en la gestión administrativa del servicio de Hematología del hospital México.

Se analizó la eficiencia y eficacia de la gestión administrativa del servicio, evaluando la propuesta de remodelación de la sección 14 de Consulta Externa; análisis de informes emitidos por las comisiones locales y custodia de los bienes muebles (activos). Asimismo, la estructura organizativa y funcional e informes de brechas en recursos humanos.

La especialidad de Hematología es una rama de la Medicina Interna que se encarga del abordaje de enfermedades malignas y benignas del sistema hematopoyético (médula ósea y sistema linfático). Por la importancia de ese servicio y la sensibilidad de la población que requiere atención en esas áreas, resulta de interés -para esta Auditoría- determinar los elementos que mejoren su gestión en cumplimiento de los atributos de eficiencia y eficacia. Lo anterior, con el fin de establecer la mejor distribución de los recursos, el cumplimiento de la legislación, la optimización de su funcionamiento y la mejora en la calidad de la atención que se brinda a la población usuaria.

Una vez concluida la presente auditoría, se determinó la propuesta del proyecto de remodelación de la sección 14 en Consulta Externa, presentado ante la Comisión de Mantenimiento e Ingeniería (COMAIN), y se estima el inicio de la obra para enero 2020, cuyos recursos serán obtenidos mediante donación de terceros; sin embargo, no se comprobó el criterio técnico de las comisiones locales; además, la jefatura del Laboratorio de Hematología Especializada hizo unos señalamientos de los riesgos que pueden surgir en la dependencia a su cargo, si no son considerados en dicha propuesta.

Se determinó que el citado servicio no dispone de un informe de auditoría de cumplimiento relacionada con la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, y que el comité utiliza un nombre distinto al que se está usando a nivel institucional: "Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)".

Asimismo, se analizaron 3 informes emitidos por la Comisión Local de Emergencias y la Unidad de Salud Ocupacional, cuyas recomendaciones no han sido del todo atendidas.

Uno de los aspectos reiterados por esta Auditoría, es la gestión en materia de los Bienes Muebles del centro médico; en el caso del servicio evaluado, se determinó la concentración de activos, recayendo la custodia en mayor cantidad al jefe de servicio y enfermeras de los programas de Trasplante de Médula Ósea (TMO) y de Hemofilia; asimismo, se observó el informe local de gestión de activos, el cual tiene puntos pendientes sin ser atendidos.

Los resultados dejan entrever, que la norma interna se debe estandarizar, lo que permitiría uniformar y mejorar la utilización del tiempo, los recursos y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.



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

Ante las debilidades encontradas, esta Auditoría emitió una serie de recomendaciones dirigidas a la Dirección General, a las jefaturas del servicio de Hematología y del Área Financiero Contable de la Dirección Administrativa Financiera, dentro de las cuales cabe destacar: Que el proyecto de remodelación de la sección 14, disponga de los criterios técnicos de los comités locales y que la fiscalización de la obra sea realizada por el servicio de Ingeniería y Mantenimiento; adicionalmente, se dé seguimiento a los tres informes vigentes de las comisiones locales; que se adopten las provisiones necesarias de los riesgos que puedan surgir en afectación al Laboratorio de Hematología Especializada y/u otros servicios continuos de consulta externa; que analicen la concentración de activos que recae en la jefatura, principalmente; que se atiendan los puntos pendientes del informe de activos MAFCBM-008-2018 de la oficina de contabilidad de Bienes Muebles; que la normativa interna se ajuste a una estandarización; y que el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias utilice el nombre establecido a nivel institucional.





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

AGO-140-2019
22-10-2019

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MÉXICO, U.E. 2104

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los controles implementados para la gestión administrativa del servicio de Hematología del hospital México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar el proyecto de remodelación de la sección 14 de consulta externa.
- Analizar los informes emitidos al servicio por parte de las comisiones locales.
- Verificar la administración de los bienes muebles (activos) en custodia.
- Determinar la existencia e implementación de políticas, estrategias, lineamientos, directrices y normas establecidas en el servicio.

NATURALEZA Y ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio comprendió la revisión y análisis de las acciones y actividades desarrolladas en el servicio de Hematología del hospital México, en cuanto a estructura organizativa y funcional, recursos humanos, gestión operativa, infraestructura y equipos, normativa interna, y análisis de los informes y recomendaciones emitidos por el denominado Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, de la Comisión Local de Emergencias y de la Unidad de Salud Ocupacional. Se revisó la propuesta de remodelación de la sesión 14 de Consulta Externa del servicio de Hematología.

El período del estudio comprende del 1° de enero de 2018 a junio del 2019, extendiéndose o considerando plazos anteriores en los casos que se estimó necesarios.

El examen se realizó de conformidad con lo establecido en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público.





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

METODOLOGÍA

- Análisis de documentos físicos y/o digitales:
 - ✓ Propuesta del proyecto de Remodelación de la sección 14 del servicio.
 - ✓ Minutas de la Comisión de Mantenimiento e Ingeniería (COMAIN¹)
 - ✓ Informe CLE-HM-0008-2017, del 06-04-2017, de la comisión local de emergencias.
 - ✓ USOHM-130-15 del 30-03-2015, y USOHM-0041-2017 del 17-04-2017; informes de la Unidad de Salud Ocupacional.
 - ✓ Informe MAFCBM-008-2018, del 20-09-2018, de la oficina de contabilidad de Bienes Muebles del centro médico.
 - ✓ Plan Anual Operativo 2019 del Comité de Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias.
- Entrevista escrita y/o consultas verbales a:
 - ✓ Dr. Marco Vinicio Williams González, jefe del departamento de Hematología.
 - ✓ Dra. Pilar Chaverri Saenz, jefe del servicio de Hematología
 - ✓ Dra. Joselyn Chacón Madrigal, Médico Asistente Administrativo del departamento de Hematología.
 - ✓ Dra. Marianela Trejos Herrera, jefe Laboratorio de Hematología Especializada.
 - ✓ M. Sc. Damaris Orias Anchía, Enfermera del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
 - ✓ Ing. Luis Fonseca Valerio, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento.
 - ✓ Ing. José David Burgos Villalobos, jefe de la Subárea de Equipo Médico.
 - ✓ Dr. Luis Rodolfo Granados Hernández, asistente de la Dirección General.
- Inspección física a la sección 14 de Consulta Externa, con la Dra. Joselyn Chacón Madrigal y el Dr. Luis Rodolfo Granados Hernández.
- Los resultados aquí expuestos consideran los criterios externados por el nivel local representado por las jefaturas y funcionarios del servicio de Hematología, en el transcurso de la auditoría.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, del 04-09-2002.
- Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles, versión 6.2, del 26-01-2017.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención Código MT.GM.DDSS. ARSDT-110116, versión 02, 2016.
- Manual de Bioseguridad para establecimientos de salud y afines, Decreto 37552 -S del 08-12-2012.

¹ COMAIN, miembros: Dirección General, Dirección Administrativa Financiera, Servicio de Ingeniería y Mantenimiento y Área de Bienes y Servicios del centro médico.





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

- Normas de Control Interno para el Sector Público, del 06-02-2009.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, Junta Directiva CCSS, artículo 2 de la sesión 8139, celebrada el 22-03-2007.

INFORMES DE AUDITORÍA RELACIONADOS CON EL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

- AGO-100-2019 del 05-09-2019 “Estudio especial sobre la disponibilidad de camas (capacidad instalada) en el área de Hospitalización (Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica), y de salas de operaciones en el servicio de Cirugía Oncológica del hospital México, U.E. 2104”.

ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

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

GENERALIDADES SOBRE LA AUDITORÍA REALIZADA

La Hematología en Costa Rica nace como una necesidad urgente a una demanda creciente allá por los años 60. Es con el nacimiento del hospital México, en 1969, que se crea el servicio de Hematología a cargo del Dr. Roberto Cordero Murillo, quien se había formado en Chile y México.

La especialidad de Hematología es una rama de la Medicina Interna que se encarga del abordaje de enfermedades malignas y benignas del sistema hematopoyético (médula ósea y sistema linfático). Entre las enfermedades malignas se pueden mencionar: leucemias, linfomas, entre otros. Dentro de la patología benigna el hematólogo es el especialista en el estudio y abordaje de las anemias y de los trastornos de la coagulación. Es especialista igualmente en Quimioterapia.

El servicio de Hematología del hospital México tiene a cargo, como área de atracción, el 50 % de la población del país; atiende en promedio 50 casos nuevos de Leucemia Aguda por mes, los cuales requieren el estudio morfológico de la Médula Ósea para su diagnóstico. Entre las patologías a cargo del servicio están: la Leucemia aguda, los Síndrome Linfoproliferativo, citopenias de diferente origen; para dichas el análisis de Médula Ósea son fundamentales tanto en el diagnóstico como seguimiento y la valoración de respuesta al tratamiento.





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

HALLAZGOS

1. DEL PROYECTO DE REMODELACIÓN DE LA SECCIÓN 14 EN CONSULTA EXTERNA

Se determinó que el Departamento de Hematooncología, por medio del servicio de Hematología (anexo 1 estructura actual), está gestionando ante la Comisión de Mantenimiento e Ingeniería (COMAIN), el proyecto de remodelación (anexo 2) de la sección 14 de Consulta Externa de esa dependencia, mismo que estará siendo financiado bajo la figura de donación por parte de la empresa Florida Ice and Farm Company S.A., por medio del programa patrocinado por la cerveza Pilsen de Cervecería de Costa Rica, bajo la representación del Arq. Luis Valverde Madriz; estimándose el inicio de la obra en enero 2020, con una duración de tres meses aproximadamente; no obstante, no se evidenció el criterio técnico de las comisiones locales, mismos que son requeridos en este tipo de rediseño de las áreas a modificar.

El proyecto de remodelación contribuiría con las necesidades de infraestructura y hacinamiento que actualmente tiene el servicio de Hematología; y atendería las observaciones de la Unidad de Salud Ocupacional (oficios USOHM-130-15 del 30-03-2015 y USOHM-0041-2017 del 17-04-2017, suscritos por el Dr. Guillermo Sanabria Umaña, Coordinador); lo cual fue evidenciado por esta Auditoría Interna en inspección física.

De acuerdo con la justificación de la propuesta del proyecto de remodelación, los consultorios actuales no cumplen con los requisitos mínimos esperados (Ley 7600 y lavamanos); así como una insuficiencia de consultorios; presentando, además, subutilización de zonas y uso intensivo de otras; el personal y pacientes carecen de una fluidez al transitar dentro del servicio. Algunos de los actuales consultorios son más grandes que otros y existen cinco consultorios (uno para tomas de muestra ósea, un área de Hemofilia que presenta subutilización, y los tres restantes para atención de Consulta Externa). La estación de secretaría es muy pequeña. El área de bodega se encuentra fuera de la sección, específicamente en el Laboratorio de Hematología Especializada.

En la minuta 31 del 23-09-2019, firmada por los miembros de COMAIN, sobre la donación y detalles del proyecto de remodelación, se lee:

- a. Se hace presente el Arq. Luis Valverde a nombre de la Cervecería de Costa Rica, el Dr. Marco Vinicio Williams González, Jefe Departamento Hemato-oncología y la Dra. Chacón Madrigal, médico Servicio de Hemato-oncología.
- b. El Arq. Luis Valverde realiza presentación sobre el anteproyecto.
- c. De la presentación realizada se informa lo siguiente:
 - Se construirá a partir del mes de enero 2020.
 - La remodelación tendrá una duración de aproximadamente tres meses.
 - Todas las partes afectadas tienen que alojar el área excepto el Laboratorio.
 - El Dr. Vinicio Williams informa que realizó oficio para alquilar un área para el traslado.
 - Este proyecto no cuenta con ventanas, aire acondicionado ni el sistema de protección contra incendios.



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

1. Del anteproyecto presentado se requiere la firma de aprobación en los planos del Comité de Infecciones Intrahospitalaria, Laboratorio de Hematología, Salud Ocupacional, servicio de Dermatología, servicio de Psiquiatría, servicio de Hematología y el servicio de Ingeniería y Mantenimiento. Además de un acta de aprobación de los servicios antes mencionados.
2. Una vez se cuenta con el punto uno de los acuerdos este proyecto tendrá el visto bueno para dar inicio.
3. Se hace presente la Dra. Claudia Zeledón a quien se le solicita coordinar los movimientos para los traslados requeridos.
4. El Servicio de Ingeniería hará entrega de las especificaciones técnicas del área eléctrica y listado de materiales a utilizar.
5. El Servicio de Ingeniería analizará los requerimientos que no estén incluidos dentro de esta contratación para que sean realizados según se disponga.
6. El 7 de octubre se revisará nuevamente este proyecto en COMAIN”.

En entrevista realizada a la Dra. Marianela Trejos Herrera, jefe del Laboratorio de Hematología Especializada, sobre los riesgos que puedan surgir en la dependencia a su cargo, producto de la citada remodelación, indicó:

“Por la experiencia que se tuvo con la remodelación que se inició hace como dos años, en el servicio de Oftalmología, se podrían presentar situaciones similares sino hubiera una adecuada comunicación y coordinación con el personal del Laboratorio:

- 1) La vibración y el polvo que puede generar la remodelación afecta el funcionamiento de los equipos, principalmente del coagulómetro, donde realizamos las pruebas de coagulación y los exámenes realizados a los pacientes Hemofílicos. El polvo también afecto el sistema respiratorio de los funcionarios asmáticos y con problemas de alergias, con el resultado de que se presentaran incapacidades en dos o tres funcionarios del laboratorio.
- 2) Para evitar la vibración y polvo expuestos en el punto 1, se coordinó para que los trabajos se realizaran después de las 4 pm, pero al día siguiente, a pesar de que se había coordinado para tapar los equipos, las mesas de trabajo y los muebles amanecían llenos de polvo y sobre los mismos había pisadas de los trabajadores de la construcción.
- 3) Entrada de los trabajadores de la empresa sin autorización de ingeniería ni del personal del laboratorio, lo cual ocasiono que dejaran un refrigerador del laboratorio desconectado todo un fin de semana, con la afectación de varios reactivos. - No se puede desconectar la electricidad ni desenchufar equipos sin autorización del personal del Laboratorio.

De parte de la jefatura del Laboratorio, sabemos de la necesidad urgente de mejorar la infraestructura del Servicio de Hematología para mejorar la atención de los pacientes Hematoncológicos, pero es necesario una comunicación abierta y fluida con la jefatura y el personal del Laboratorio de Hematología Especializada, para evitar las situaciones que se presentaron en la remodelación de oftalmología y evitar que se tenga que suspender la realización de los exámenes por la presencia del polvo y la vibración que pueden afectar el funcionamiento adecuado de los equipos y los reactivos.





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

Las Normas de control interno para el sector público, apartado 4.5.5 Control sobre bienes y servicios provenientes de donantes externos, dictan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, mantener, perfeccionar y evaluar las actividades de control necesarias en relación con los bienes y servicios provenientes de donantes externos, sean estos obtenidos bajo la modalidad de donación, cooperación técnica o cooperación financiera no reembolsable. Lo anterior, de manera que sobre esos bienes o servicios se ejerzan los controles de legalidad, contables, financieros y de eficiencia que determina el bloque de legalidad.

Como parte del control ejercido, deben velar porque tales bienes y servicios cumplan con la condición de satisfacer fines públicos y estén conformes con los principios de transparencia, rendición de cuentas, utilidad, razonabilidad y buena gestión administrativa”.

El proyecto de remodelación se encuentra, en este momento, en proceso de análisis y gestión ante la Comisión de Mantenimiento e Ingeniería (COMAIN), tal y como se ha señalado, no obstante, los riesgos indicados por la Dra. Trejos Herrera permiten alertar a las autoridades, para que consideren la afectación que tuvo -en su momento- el Laboratorio de Hematología Especializada, con la anterior remodelación del servicio de Oftalmología, razón por la cual, se podrían presentar situaciones similares sino se coordina adecuadamente entre las partes involucradas; lo cual podría afectar la dinámica laboral de ese laboratorio con implicación en la atención de los pacientes.

2. SOBRE AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Se determinó que el servicio de Hematología no dispone de un informe de auditoría de cumplimiento relacionada con la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, lo cual fue verificado con la Dra. Pilar Chaverri Saenz, jefe de esa dependencia y la M.Sc. Damaris Orias Anchía, enfermera de ese comité; mismo que en este momento es requerido para la propuesta de remodelación de la sala 14 de Consulta Externa.

En el Plan Anual Operativo (PAO) 2019 del Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (CPCIIH)² del centro médico, se establece como objetivo general, mantener un programa de vigilancia continua en la aplicación adecuada y oportuna de las técnicas y procedimientos según las Normas Institucionales para la Prevención y el Control de las Infecciones Intrahospitalarias, y en la prestación de todos los servicios que se brindan a los usuarios con el fin último de prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias.



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

Es importante indicar que, a nivel institucional, el nombre de ese comité se denomina “Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)”.

Además, se verificó la ejecución del Programa y Estrategia Multimodal para el Mejoramiento de la Higiene de Manos, gestado por la Dirección de Enfermería en el citado servicio, determinándose que la implementación de ese programa está adecuadamente desarrollado a nivel de la Consulta Externa, y entre las actividades desarrolladas se encuentra impartir (tres veces a la semana) charlas sobre el adecuado lavado de manos y la asepsia, dirigida a pacientes que inician con la aplicación de Quimioterapia.

El Manual de Bioseguridad para establecimientos de salud y afines, Decreto 37552-S, entre sus objetivos específicos, cita:

- “2.1. Prevenir la transmisión de microorganismos provenientes tanto de fuentes conocidas como desconocidas.
- 2.2. Cumplir con el deber del Ministerio de Salud de garantizar la salud de la población, así como reglamentar lo estipulado en la Ley General de Salud, Ley de Riesgos del Trabajo (Ley 6727) y la Ley General sobre VIH-SIDA (Ley 7771)”.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente señala:

“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”.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería indica, en el estándar 16 “Infecciones asociadas a la atención de la salud”, lo siguiente:

“En el cuidado de la persona usuaria se aplican medidas de control y prevención de infecciones atribuibles a la atención en salud (IASS)”.

Lo expuesto obedece, según se lee en el citado PAO CPCIIH, donde se describe en las debilidades del FODA, que ese comité tiene una incapacidad de realizar la vigilancia activa diaria a la totalidad de los servicios por falta de recurso humano.



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

La ausencia de la supervisión a la implementación de las políticas relacionadas con el proceso de prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud puede ocasionar que persistan prácticas contrarias a la aplicación adecuada y oportuna de las técnicas y procedimientos establecidos en las normas institucionales.

La conceptualización equivocada de algunas premisas relacionadas con las estrategias de prevención, hacen incurrir no solo al personal de salud, sino a pacientes y/o a sus acompañantes, en prácticas que pueden atentar en el proceso de vigilancia epidemiológica requerida; además, asociado a otros factores como las condiciones estructurales, que podrían ocasionar la transmisión de los microorganismos patógenos y la aparición de infecciones asociadas.

3. DE LOS INFORMES DE LAS COMISIONES LOCALES

Se evidenciaron tres informes de comisiones locales, emitidos al servicio de Hematología:

TABLA 1
HOSPITAL MÉXICO
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA
INFORMES DE COMISIONES LOCALES

COMISIÓN	NÚMERO INFORME	ALCANCE
Comisión Local de Emergencias	CLE-HM-0008-2017 del 06-04-2017 suscrito por el Dr. José Martínez Cortes, Coordinador de la comisión, dirigido a la Dra. Pilar Chaverri Saenz, jefe del servicio de Hematología.	Evaluación de los riesgos observados en la plaza física del Laboratorio de Hematología Especializada.
Unidad de Salud Ocupacional	USOHM-130-15 del 30-03-2015, suscrito por el Dr. Guillermo Sanabria Umaña, Coordinador Unidad de Salud Ocupacional, dirigido al Dr. Guillermo Jiménez Cruz, en ese entonces, jefe del servicio de Hematología.	Inspección de área de preconsulta y pasillo principal del servicio de Hematología.
Unidad de Salud Ocupacional	USOHM-0041-2017 del 17-04-2017, suscrito por el Dr. Guillermo Sanabria Umaña, Coordinador Unidad de Salud Ocupacional, dirigido a la Dra. Pilar Chaverri Sáenz, jefe del servicio de Hematología.	Inspección de riesgos y condiciones del servicio de Hematología.

Fuente: Servicio de Hematología

Se desprende de la tabla 1, que con la remodelación de la sección 14 (hallazgo 1), se estarían atendiendo las inconsistencias detectadas por la Unidad de Salud Ocupacional (USOHM-0041-2017).

Al respecto, en lo que interesa se lee:

“[...] el servicio no cumple con las condiciones mínimas para la atención de pacientes, según reglamentos, por lo que impera la necesidad de elevar esta problemática de espacio a la dirección y a la administración con el objetivo de que se den las condiciones adecuadas para laborar y mejorar la atención de los usuarios externos, tomando como opción el alquiler de un espacio adecuado fuera de las instalaciones del hospital o realizando una remodelación y una distribución adecuada de todo el servicio, incluyendo el laboratorio



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

especializado y las áreas de toma de muestras, las cuales ya se ha plasmado en otros documentos la necesidad de mejora”.

Asimismo, los aspectos identificados por la Comisión Local de Emergencias al Laboratorio de Hematología Especializada no han sido atendidos, mismos que inciden en el servicio respectivo, en cuanto a:

- Disponer del plan de emergencia del hospital.
- Colocación del plano de evacuación en el lugar.
- Rotulación de punto de reunión en caso de evacuación.
- Ausencia del sistema de detección computarizado con central de monitores.
- No existen detectores de humo.
- Falta rociadores contra incendio.
- No hay rotulación en los breques.
- Ausencia de lámparas de emergencias auxiliares.

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

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al Sistema de Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos”.

Lo expuesto, promovió la gestión del proyecto de remodelación de la sección 14; sin embargo, la desatención de los riesgos detectados podría generar una afectación directa en la calidad y eficiencia en la atención de los pacientes; aunado a que los usuarios de ese servicio -por su condición de salud- requieren un espacio adecuado para su atención y una protección de emergencia en caso de alguna contingencia.

4. SOBRE LA GESTIÓN DE BIENES MUEBLES (ACTIVOS)

4.1 DE LA CONCENTRACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Se determinó una concentración de activos en un mismo responsable, la mayoría recae en la jefatura del servicio y dos enfermeras; situación que deja entrever la necesidad de que se redistribuya esa responsabilidad de manera equitativa entre los colaboradores del servicio, en virtud de que tal situación puede atentar contra la protección que requiere el patrimonio institucional:



CUADRO 1
HOSPITAL MÉXICO
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA
CONCENTRACION ACTIVOS POR RESPONSABLE
Setiembre 2019

CÉDULA	NOMBRE	CANTIDAD	%	VALOR EN LIBROS	%
107040925	MARÍA DEL PILAR CHAVERRI SAENZ	33	30.84%	1 582 033, 41	25.04%
602140827	ANA LORENA VARGAS MENA	14	13.08%	335 805, 37	5.32%
105660640	MIRIAM SELENIA SANDOVAL	14	13.08%	369 821, 37	5.85%
401730580	ANA ISABEL ARCE MONTERO	9	8.41%	490 554, 47	7.77%
112620501	EVELYN DE LOS ANGELES SOLIS BOLAÑOS	9	8.41%	1 054 676, 99	16.70%
26819425	IRMA JUDITH TELLO VILLALAZ	8	7.48%	1 069 596, 30	16.93%
109600764	CLAUDIA MARGARITA GARCÍA HERNANDEZ	7	6.54%	633 895, 48	10.03%
112710756	MARIAM BARBOZA CALDERON	7	6.54%	172 915, 30	2.74%
113360263	MARIELA ILEANA RODRIGUEZ DURAN	3	2.80%	321 414, 51	5.09%
106310160	MIGUEL ANGEL DE JESUS RODRÍGUEZ PINEDA	2	1.87%	104 377, 39	1.65%
112300023	KIMBERLY PAOLA CUBILLO AGUILAR	1	0.93%	182 120, 82	2.88%
TOTAL		107	100%	6 317 211, 41	100%

Fuente: Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles (SCBM)

En el cuadro 1 se observa que el servicio de Hematología tiene 107 activos para su uso, el 30,84 % se encuentra bajo la responsabilidad de la Dra. María del Pilar Chaverri Saenz, jefatura; y el 26,16 % en custodia de dos enfermeras del programa de Trasplante de Médula Ósea (TMO) y de Hemofilia; y el 43 % restante distribuido en médicos y secretarias de esa dependencia.

4.2 RESULTADOS DEL INFORME LOCAL DE GESTIÓN DE ACTIVOS

Se evidenció el primer avance de la revisión y evaluación del inventario de activos aplicado al servicio de Hematología, minuta MAFCBM-008-2018 del 20-09-2018, elaborado por el Sr. Héctor Esquivel Montero, en ese momento, Asistente de la Dirección Administrativa Financiera, en el cual se lee:

1. Según consulta al SCBM es posible observar que este Servicio cuenta con un total de 79 activos, siendo que si bien es cierto que existe distribución de activos entre sus funcionarios, la misma no es equitativa, ya que la mayor cantidad recae en la Dra. Maria Pilar Chaverri Saenz con 26 bienes y la Dra. Irma Judith Tello Villalaz con 15 activos, además 10 activos están bajo la responsabilidad de dos colaboradores que ya no trabajan en este Servicio, como lo son el Dr. Guillermo Jimenez Cruz ya pensionado con 3 activos y Ana Grace Barrantes Ramírez con 07 activos que se trasladó a otro Servicio.
2. En el área de aplicación de quimioterapia se localiza el eco cardiógrafo placa 637982, ubicado según el SCBM en Cardiología y bajo la responsabilidad del Dr. Mario Arrieta Bolaños, este activo no se está utilizando, no obstante, aún se mantiene bajo el contrato #1639 con la empresa Elvatron, con un monto mensual de \$450, cabe señalar que este activo agoto su vida útil, está totalmente depreciado y además fue sustituido por otro eco cardiógrafo de tecnología de punta.
3. Los activos placas 825520 y 825521 que corresponde a dos juegos para diagnóstico de pared, ambos de la marca Welch Allyn, no se están utilizando, el activo placa 825520, bajo la responsabilidad de la Dra. Mariela Ileana Rodriguez Duran, está mal ubicado, siendo que



el mismo de acuerdo con el SCBM se localiza en el servicio 732 (Laboratorio Especializado de Hematología).

4. De acuerdo con consulta realizada en el SCBM por los activos correspondientes a la Unidad de Medula Ósea 410-09, el mismo no reporta bienes muebles en dicho Servicio.
5. Se utiliza una refrigeradora de uso doméstico, placa 709869 Refrigeradora 14 pies, modelo marca Atlas Mod. AF40P de 2 puertas, totalmente depreciada, utilizada para la conservación de productos farmacéuticos (Factores de coagulación). En este momento dicho activo este presentado problema y congelando dichos factores de coagulación.
6. Tres sillones reclinables se encuentran mal codificados en el SCBM, siendo lo correcto Sillón reclinable para quimioterapia.
7. Para procedimientos especiales como lo son aplicación de quimioterapia, se está utilizando una cama corriente para hospitalización, misma adquirida en el año 1968 (50 años)

Otros hallazgos:

- En la oficina de la secretaría se localiza un ventilador de pie, dañado, no pertenece a la CCSS.
 - Necesario enlistar equipos para retirar, plaquear, revisar funcionamiento, enviar oficios a quien corresponda. [...]
8. De la cantidad de activos en el Servicio de Hematología en Consulta Externa 510-10, 79 activos, la distribución de los mismos no es equitativa, siendo que la mayor cantidad recae en la Dra. Maria Pilar Chaverri Saenz con 26 bienes y la Dra. Irma Judith Tello Villalaz con 15 activos, además 10 activos están bajo la responsabilidad de dos colaboradores que ya no trabajan en este Servicio, como lo son el Dr. Guillermo Jimenez Cruz ya pensionado con 3 activos y Ana Greis Barrantes Ramírez con 07 activos que se trasladó a otro Servicio.

Además, según el desglose dos colaboradores únicamente reflejan solo 2 activos bajo su responsabilidad. [...]"

Al respecto, se determinó que de los hallazgos identificados en el informe MAFCBM-008-2018, aún persiste la situación advertida en cuanto a:

- El eco cardiógrafo placa CCSS 637982, continúa en el Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles (SCBM) en uso y bajo contrato de mantenimiento, según consulta realizada a la Dra. Sofía Bogantes Ledezma, jefe de servicio de Cardiología, e Ing. José David Burgos Villalobos, jefe de la Subárea de Equipo Médico.
- Los activos placas 825520 y 825521 son juegos para diagnóstico de pared; de acuerdo con el criterio del Taller de Equipo Médico (oficio SH-HM-194-2018, del 25-09-2018), el estado de estos es regular.
- Refrigeradora placa 709869, usada para la conservación de productos farmacéuticos (congelando los factores de coagulación).
- Persiste la concentración de activos en varios funcionarios.



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

- Para procedimientos especiales como aplicación de quimioterapia, se está utilizando una cama corriente para hospitalización, adquirida en 1968 (hace 51 años).

Es importante indicar que, el servicio de Hematología, al cierre del presente informe, no presentaba faltante de activos, de acuerdo con la verificación del Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles y consulta efectuada a la Tec. Mayra Angelina Cruz Gómez, funcionaria de la oficina de contabilidad de Bienes Muebles del centro médico.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, apartado 4.3.2 Custodia de Activos, señalan que:

“La custodia de los activos que cada funcionario utilice normalmente en el desarrollo de sus labores, debe asignársele formalmente. En el caso de activos especialmente sensibles y de aquellos que deban ser utilizados por múltiples funcionarios, la responsabilidad por su custodia y administración también deber encomendarse específicamente, de modo que haya un funcionario responsable de controlar su acceso y uso”.

El Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles, en el artículo 12, sobre la asignación de responsable de un activo, señala:

“Todo activo mueble debe de tener un responsable de uso y custodia, debidamente asignado por el superior de la dependencia y/o servicio, el cual debe ser informado o registrado en el SCBM y acta u oficio escrito tal como lo menciona la circular N. º GDF-13.271 del 29 de marzo del 2006”.

Lo descrito obedece a que los activos de mayor concentración son los de uso común; y la jefatura de Hematología y la oficina de contabilidad de Bienes Muebles han realizado propuestas para desconcentrar la responsabilidad de custodia que recae mayormente en la jefatura del servicio, sin embargo, se observa que estas no han tenido el efecto requerido.

Lo anterior, incide en un alto riesgo financiero, debido a que, los 107 activos registran un valor en libros por la suma de ₡6 317 211, 41, importe menor debido a que más del 50 % de estos ingresaron entre 1968 y el 2009, y se encuentran depreciados contablemente, razón por la cual el importe en libros no incrementa; no obstante, en caso de pérdida o no localización, el monto de resarcimiento se incrementaría con base en el valor de mercado que generaría el Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles (SCBM).

5. DE LA NORMALIZACIÓN TÉCNICA PARA ORIENTAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA

A nivel institucional no se tienen aprobados los lineamientos o metodologías de uso general (estandarizadas) en relación con “Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención”. No obstante, comprobó en la siguiente dirección web <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/protocolos.pdf> y en la intranet del hospital nacional





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

psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, la publicación del documento denominado “Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos”, elaborado en el 2007 por el Área de Atención Integral de las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; sin embargo, en consulta realizada a esa dirección, indicaron a esta Auditoría que ese documento no estaba vigente y que desconocían si estaba siendo utilizado por las Unidades de la institución. Como complemento, se determinó que el servicio de Hematología dispone de normativa interna, a saber:

- Manual Operativo para internos universitarios y médicos residentes.
- Manual para el Tratamiento de la Hemofilia.
- Manual sobre trasplante de células madre.
- Manual del paciente post trasplante.
- Protocolo de manejo de pacientes con trasplante de células madre.

Al respecto, se determinó que los citados documentos no se ajustan a un estándar o norma en común; la estructura de cada uno es diferente y no se evidencia que hayan sido aprobados por la jefatura competente, debido a que no se tiene aprobada la normalización técnica de carácter institucional; sin embargo, la Dirección de Servicios Institucionales ha emitido la plantilla para la elaboración de manuales (ver anexo 1 de este informe) que podría cumplir con ese requerimiento o referencia para los fines señalados.

La Sra. Iris Bedoya Cabezas, colaboradora del Área de Publicaciones e Impresos de la Dirección de Servicios Institucionales, sobre la normalización para elaborar protocolos o guías de atención administrativos, indicó:

“[...] se adjunta la plantilla para la elaboración de manuales. En cuanto a la elaboración de guías y protocolos estamos trabajando en la definición de la estructura con las unidades técnicas competentes”. [...] actualmente estamos trabajando con las unidades competentes, esto con el fin de analizar y estandarizar las plantillas de cada tipo de documento normativo, con la finalidad de que indistintamente sea un tema administrativo o médico les sea de gran utilidad a las unidades con la competencia para la elaboración de documentos normativos”.

El Dr. Mario Mora Ulloa, jefe Área de Regulación de Diagnóstico y Tratamiento, de la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud, señaló:

“En la Dirección de Desarrollo no existe una unidad formal que tenga a cargo la regulación de servicios médicos, únicamente se regulan los servicios complementarios (trabajo social, nutrición, enfermería, odontología, psicología, laboratorio clínico y farmacia). De hecho, por lo que tengo conocimiento no existe a nivel Institucional una unidad a cargo de los servicios médicos en general [...]”.

En el oficio DDSS-0997-17, del 8 de agosto de 2017, suscrito por del Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director a.i. de Desarrollo de Servicios de Salud, dirigido a la Licda. Yorlene Rojas Ortega, Coordinadora de la



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

Contraloría General de la República, ante la solicitud de información sobre protocolos para la atención de patologías en respuesta del oficio DFOE-SOC-0767, en lo que interesa se lee:

“[...] 2. Aprobar la metodología propuesta de mejora regulatoria: Metodología de Normalización, Metodología de Priorización y Sistemas de Administración del Conocimiento (KMS) para la implementación del sistema de simplificación, que ha sido elaborada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud”

De manera resumida la metodología plantea:

- 1)-Tipos y jerarquía de documentos de normalización técnica.
- 2)-Niveles y competencias de aprobación de documentos de normalización técnica.
- 3)-Procedimiento de diseño local de documentos de normalización técnica. [...]
- 2)-Niveles y competencias de aprobación de documentos de normalización técnica

[...] Jefaturas de Servicio, Jefaturas de Clínica: Aprueban documentos de aplicación en el ámbito local (establecimiento de salud) como son protocolos de atención de los servicios, manuales locales, instrucciones de trabajo, procedimientos internos, lineamientos del establecimiento, circulares internas. [...]

Protocolos de Atención Clínica: Es un tipo de manual de procedimientos que consiste en documentos de consulta rápida con una descripción detallada de la (secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado) actuación de los profesionales en salud ante determinada situación, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica (GPC). Son de tipo más normativo. [...] Se infiere de esta definición que este tipo de documentos son de competencia local y las autoridades del establecimiento tienen competencia para su aval [...]

B)- ¿QUIEN ELABORA EL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO?

Lo ideal es que a nivel de cada servicio existan equipos técnicos, o al menos un funcionario designado, que asuman la coordinación del proceso de elaboración y revisión de los documentos de normalización (v.g. protocolos), con autoridad técnica y administrativa para tomar decisiones y girar directrices en este sentido, el jefe de clínica, o el jefe de servicio (si no existe jefe de clínica) debiera formar parte de este comité o bien estar muy al tanto al respecto. [...]

La Contraloría General de la República, en el informe DFOE-SOC-IF-12-2017, del 7 de noviembre de 2017, señaló:

“[...]entre las buenas prácticas citadas por los directores de los hospitales, 4 de ellos hicieron énfasis especial en los protocolos para atender las patologías, como una herramienta valiosa en el logro de la atención oportuna y de calidad para los pacientes.



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

[...] si bien existen protocolos generales para la atención de las patologías, suministrados por la Dirección de Desarrollo de la Gerencia Médica, lo cierto es que éstos son de carácter general y funcionan como una guía para que los hospitales confeccionen sus propios protocolos a nivel local de acuerdo con (sic) sus necesidades y características, así como capacidad resolutive. [...].”

El documento³ “Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones adscritas”, señala que le corresponde a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, entre otros:

“[...] la asesoría, la evaluación, la elaboración de políticas, normativas, proyectos, estrategias, protocolos, guías y procedimientos, para la atención directa de las personas en la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud en los tres niveles de atención en salud en el ámbito institucional.”

El Informe del Equipo de Especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud de la CCSS⁴, emitido en el 2011, señaló en la recomendación R-64:

“Además de sus propios problemas de gestión, la CCSS se ha visto afectada por una enorme cantidad de normativa (leyes y decretos), mucha de la cual corresponde a una visión del sistema de salud diferente al que buscaba la reforma de los años noventa, o simplemente promulgada en contextos temporales diferentes a los actuales (...). Por ello, con una perspectiva de mediano plazo, se propone una revisión detallada de la normativa que afecta a la institución en lo referente de salud, que resulte en recomendaciones para su actualización y alineamiento respecto al sistema de salud deseable para el país, según se detalla más adelante”.

Las Normas de control interno para el sector público, en el apartado 4.2 Requisitos de las actividades de control, inciso e, disponen:

“e. Documentación. Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación”.

Lo expuesto obedece a que, a nivel institucional, no se cuenta con la normalización técnica respectiva para protocolos de atención y, según se lee en el oficio DDSS-0997-17, la determinación para el diseño de dichos documentos radica en el análisis de situación de salud con mayor incidencia, prevalencia, severidad y mortalidad.

³ Documento citado en el informe ASS-386-2011.

⁴ Recomendación 64 indicado en el oficio DDSS-00997-17, emitido por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.





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

La estandarización de los protocolos permitiría contar con instrumentos de consulta rápida, cuya descripción detalla la secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a los procesos realizados en dicho servicio, lo que coadyuvaría a que el servicio de Hematología pueda contar con documentos con un formato uniforme, construido y validado en el ámbito local, donde se considera la capacidad resolutoria propia que se implementaría.

Se debe considerar que la normalización técnica constituye una herramienta de aprobada utilidad en la formación del equipo de salud, facilitando el cuidado del paciente, a través del cumplimiento de instrucciones técnicas en forma escrita, lo que reduce la posibilidad de inducir a un error técnico científico en su atención. El aporte adecuado producto de una referencia médica sustentada, impacta las decisiones clínicas y, por ende, los resultados en la salud del paciente.

Una práctica asistencial sin el respaldo de una normalización técnica validada podría ocasionar un ejercicio profesional no estandarizado, lo que -a su vez- limita la coordinación desde una rectoría y articulación en la prestación de servicios especializados, afectando la oportunidad en el abordaje integral, eficaz y eficiente de las patologías o procedimientos implementados.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto, con la remodelación de la sección 14, se garantizaría una razonable distribución del espacio físico y mejoras de infraestructura en Consulta Externa; ese proyecto debe responder al cumplimiento de la Ley 7600; además, mejorar la parte electromecánica y disponer, entre otros, de sistemas de ventilación y extracción de aire; así como espacios para la preparación de medicamentos, cuarto séptico, entre otras necesidades propias de ese servicio; igualmente, la propuesta debe considerar los riesgos citados por la jefatura del Laboratorio de Hematología Especializada y otras dependencias continuas a la obra, y lo señalado por los diferentes comités locales; todo de manera conjunta en pro del mismo servicio.

Los resultados de la evaluación determina la importancia de los hallazgos evidenciados por las diferentes comisiones locales y el seguimiento a las recomendaciones emitidas por esas dependencias en aras de la propuesta de remodelación de la sección 14; por su parte, la ausencia del informe del Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias; la emisión y atención de las advertencias que puedan hacer estos comités, permitiría dar seguimiento al cumplimiento de las directrices institucionales ante el abordaje de infecciones asociadas a la atención en salud, emergencias y salud ocupacional, cuyo fin coadyuva a evitar la proliferación de microorganismos, brindar seguridad hospitalaria y laboral; además, considerando el tipo de paciente que es atendido en el citado servicio, que por su condición en salud, merece una atención de calidad y personalizada.

Por otra parte, la concentración de activos entre funcionarios es un asunto que de manera recurrente es señalado por esta Auditoría; debido a que la custodia de bienes muebles, generalmente recae en las jefaturas, situación que debe abordarse mediante el involucramiento





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

integral del personal administrativo y médico, siendo que para lograrlo es requerido establecer acciones para fortalecer los controles, el manejo del sistema de información y promover conciencia en la protección sobre el patrimonio institucional.

Finalmente, estandarizar los instrumentos (guías de atención y sus respectivos protocolos), uniformaría la normalización de la gestión de los servicios de Hematología, permitiendo así resolver y optimizar las actividades que ejecuta el personal médico y de enfermería en el abordaje de los pacientes atendidos; además, mejoraría la utilización del tiempo, de los recursos y la calidad de la atención.

RECOMENDACIONES

En aras de fortalecer la gestión del servicio de Hematología del hospital México, se presentan las siguientes recomendaciones, a las cuales se les establece un tiempo de ejecución que rige una vez recibido el presente informe, sin embargo, las recomendaciones 1 y 2 dependerán de la aprobación a la propuesta de remodelación de la sección 14; las acciones que se ejecuten para su cumplimiento son responsabilidad de la Administración Activa, quien adoptará las decisiones que considere necesarias partiendo de los resultados determinados en esta evaluación:

AL DR. DOUGLAS MONTERO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MÉXICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Solicitar a la Comisión de Mantenimiento e Ingeniería (COMAIN), a la Unidad de Salud Ocupacional, Comisión Local de Emergencias y al Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud; que realicen un análisis a la propuesta de remodelación de la sección 14 de Consulta Externa del servicio de Hematología; además, que cada una esas instancias emitan y/o actualicen el informe técnico respectivo, con el fin de que los riesgos identificados sean consignados en la propuesta final del proyecto. Además, que, en la carta de aceptación o convenio de donación, se incluya que la fiscalización de la obra la realizaría el servicio de Ingeniería y Mantenimiento del centro médico, conforme a la normativa vigente. Asimismo, si la donación incluye mobiliario y equipamiento, previamente se gestione con la Oficina de Bienes Muebles del centro médico, el procedimiento que se debe cumplir cuando se reciben activos donados. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, los informes elaborados por cada una de las comisiones citadas, la consulta a la oficina de contabilidad de Bienes Muebles, la propuesta final de la remodelación de la sección 14 debidamente aprobada y copia de la carta de aceptación o convenio de donación suscrito entre las partes. **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: 6 MESES (contados una vez que el proyecto de remodelación sea aprobado), DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DE LOS HALLAZGOS 1, 2 Y 3 DE ESTE INFORME.**
2. Analizar en conjunto con la jefatura del servicio de Ingeniería y Mantenimiento, los riesgos señalados en el hallazgo 1 del presente informe, en relación con la posible afectación que pueda ocasionar el proyecto de remodelación a los servicios contiguos a la sección 14, en especial el Laboratorio de Hematología





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

Especializada y establecer un plan de mitigación de riesgos que permita ejercer acciones que no afecten la continuidad de las dependencias cercanas a las obras. Comunicando esta recomendación a la empresa que dará la donación, con el fin de que se gestionen las previsiones arquitectónicas y de readecuación del objeto donado. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, el plan de mitigación de riesgos asociado a lo señalado en el hallazgo 1 del presente informe. **PLAZO: 6 MESES (contados una vez que el proyecto de remodelación sea aprobado), DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 1 DE ESTE INFORME.**

AI DR. JOSÉ ANTONIO CASTRO CORDERO, COORDINADOR DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL HOSPITAL MÉXICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

3. Corregir el actual nombre del comité y utilizar el término “Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, la comunicación oficial a las instancias del centro médico sobre el cambio de nombre del citado comité. **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: 3 MESES, DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 2 DE ESTE INFORME.**

A LA DRA. PILAR CHAVERRI SÁENZ, EN SU CALIDAD DE JEFE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MÉXICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4. Analizar la concentración de activos (cuadro 1 del presente informe), estableciendo una distribución equitativa entre los funcionarios que los utilizan para sus funciones y proceder con el ajuste en el Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles; además, en el caso de los bienes muebles de uso común, solicitar a la oficina de contabilidad de Bienes Muebles del centro médico, la política aprobada para una adecuada segregación de responsabilidad. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, un oficio indicando las acciones ejecutadas, cómo redistribuyó los activos entre los colaboradores y los cambios respectivos en el Sistema de Contabilidad de Bienes Muebles. **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: 6 MESES, DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 4.1 DE ESTE INFORME.**
5. Establecer un coordinador del servicio de Hematología para el proceso de revisión y actualización de la normativa interna; documentos que pueden ser modificados con la metodología para la elaboración de manuales, incluida en el anexo 3 del presente informe. Lo anterior, en espera de que la Dirección de Servicios Institucionales elabore y apruebe las plantillas que normalizarán las Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, los documentos ajustados, aprobados y divulgados a los colaboradores del servicio de Hematología. **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: 8 MESES, DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 5 DE ESTE INFORME.**
6. Gestionar un informe de seguimiento a las recomendaciones dadas por la Comisión Local de Emergencias y la Unidad de Salud Ocupacional (tabla 1 del hallazgo 3). Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, el informe de seguimiento que detalle las acciones





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

ejecutadas. **PLAZO: 6 MESES, DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 3 DE ESTE INFORME.**

AL LIC. HERNÁN CEDEÑO RODRÍGUEZ, JEFE DEL ÁREA FINANCIERO CONTABLE DEL HOSPITAL MÉXICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

7. Analizar los puntos pendientes del informe MAFCBM-008-2018, del 20-09-2018, realizado por el Sr. Héctor Esquivel Montero, en ese momento, funcionario de la Dirección Administrativa Financiera, y ejecutar las acciones que considere necesarias y que permitan una administración de riesgos en protección de los bienes institucionales bajo custodia del servicio de Hematología. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría Interna, el informe final que recabe las acciones ejecutadas en atención al documento citado (MAFCBM-008-2018), y demás documentación que permita comprobar las acciones para su atención. **PLAZO DE CUMPLIMIENTO: 6 MESES, DE CONFORMIDAD CON EL RESULTADO DEL HALLAZGO 4.2 DE ESTE INFORME.**

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, mediante el oficio AI-2941-19, del 16-10-2019, se realizó convocatoria para comunicar los resultados obtenidos en el presente informe, los cuales fueron comentados con los siguientes funcionarios del hospital México:

- Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, Subdirector General
- Dr. Luis Rodolfo Granados Hernández, Asistente Dirección General
- Dra. Pilar Chaverri Saenz, jefe servicio de Hematología
- Dr. Luis Fonseca Jiménez, médico general Departamento de Hemato-oncología
- Dr. Juan Carlos Villalobos Ugalde, director a.i. Laboratorio Clínico
- Dra. Marianela Trejos Hernández, jefe Laboratorio Hematología Especializada
- Dr. José Antonio Castro Cordero, Coordinador Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- M. Sc. Damaris Orias Anchía, Enfermera Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- Ing. Fabián Pacheco Jiménez, jefe servicio de Ingeniería y Mantenimiento
- Lic. Hernán Cedeño Rodríguez, jefe Área Financiero Contable
- Tec. Mayra Cruz Gómez, coordinadora oficina de Contabilidad de Bienes Muebles

VALORACIÓN DE OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME DE AUDITORÍA

Las observaciones realizadas por la Administración Activa a los resultados y recomendaciones del informe fueron analizadas y se ajustaron a criterio de esta Auditoría Interna, en cuanto a:



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

- En la recomendación 1, eliminar la palabra “ejecución”, para que no se interprete que el servicio de Ingeniería y Mantenimiento se va a encargar de realizar el proyecto de remodelación de la sección 14.
- Revisión de plazos de la recomendación 1 y 2, cambiar a 8 meses, debido a que depende de las acciones de la aprobación y ejecución de la remodelación de la sección 14.
- En la recomendación 1, en caso de que el proyecto incluya mobiliario y/o equipamiento, se adiciona que se gestione ante la oficina de Contabilidad de Bienes Muebles, el procedimiento a seguir cuando se trata de activos donados.
- El Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz solicita que se incluya una recomendación nueva en aras de darle seguimiento y atención a los informes de las comisiones locales, según el hallazgo 3, tabla 1.
- El Dr. José Antonio Castro Cordero indicó que se realizará un informe en relación con las recomendaciones emitidas al proyecto de remodelación de la sección 14, con el fin de que este sea acorde con la normativa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- La Dra. Pilar Chaverri Sáenz indicó que revisará, con los compañeros de la oficina de Contabilidad de Bienes Muebles, para determinar por qué el activo placa 1221824 se encuentra a nombre de la funcionaria Kimberly Paola Cubillo Aguilar, debido a que ella no pertenece a ese servicio.

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Licda. Xiomara Rodríguez Álvarez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgtr.
JEFE DE SUBÁREA

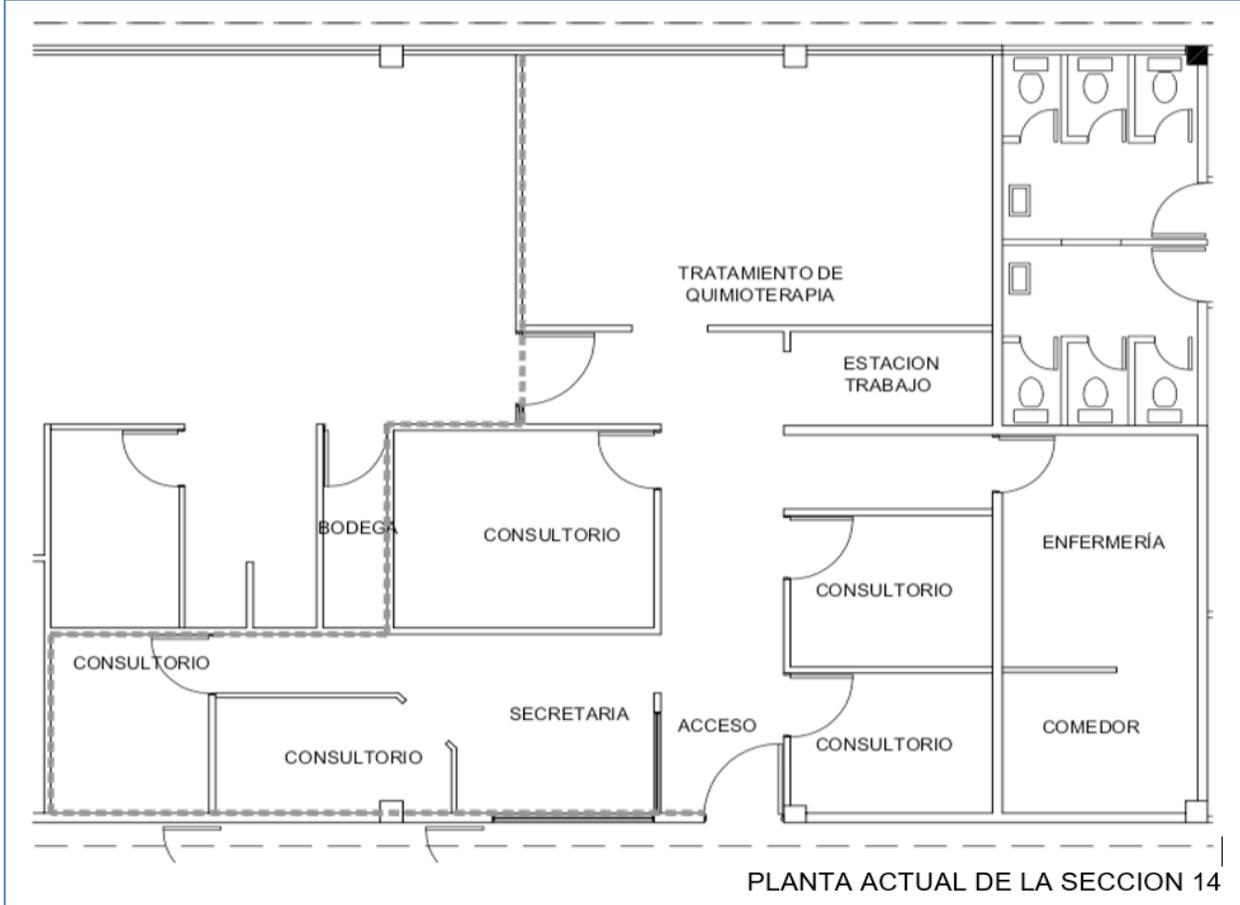
OSC/GAP/XRA/jfrc

Ci: Auditoría



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

ANEXO 1
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA
CROQUIS DE LAS INSTALACIONES ACTUALES



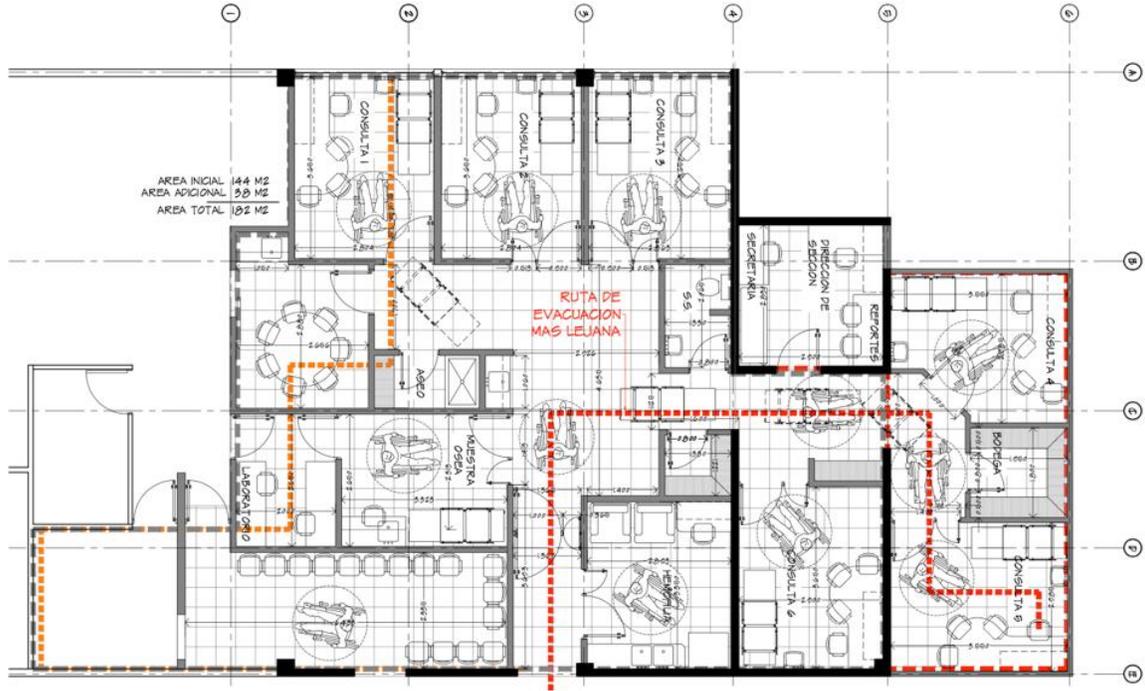
Fuente: Proyecto de remodelación sección 14 del servicio de Hematología.



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

ANEXO 2
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA
DISEÑO PROPUESTO EN EL PROYECTO

DESCRIPCION DEL PROYECTO PROPUESTO



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GENERAL SECCIÓN 14

Fuente: Proyecto de remodelación sección 14 del servicio de Hematología.



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

ANEXO 3

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE LA GERENCIA



Nombre de la dirección
Nombre de la unidad emisora

NOMBRE DEL DOCUMENTO
NORMATIVO
Código

Versión 0.00
Fecha de emisión MES/AÑO



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



Hoja de aprobación

Elaborado/ modificado por	Unidad	Fecha	Firma
Funcionario que elabora el documento y el cargo que ocupa	Unidad a la que pertenece	Fecha de elaboración	Firma del funcionario
Revisado por	Unidad	Fecha	Firma
Funcionario que revisa el documento y el cargo que ocupa	Unidad a la que pertenece	Fecha de revisión	Firma del funcionario
Aprobado por	Unidad	Fecha	Firma
Funcionario que aprueba el documento y el cargo que ocupa	Unidad a la que pertenece	Fecha de aprobación	Firma del funcionario

Presentación

Se debe indicar a manera de resumen cual es el contenido del manual, antecedentes, el objetivo y resultados esperados.

Introducción

Se indica una breve exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización.

Objetivo

Describir el propósito del documento que se emite, describiendo el qué, cómo y para qué se establece el documento.

Marco Normativo

Se describe en detalle la legislación y normativa vigente relacionada con la materia específica que se desarrolla.



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

Antecedentes

Definiciones o terminología

Se indican las palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el documento, los cuales por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario su comprensión.

Desarrollo del tema

Vigencia

Indica el plazo de vigencia en el cual entrará a regir el documento

Anexos

Se incluyen los documentos, cuadros u otros, que permiten reforzar o ampliar cualquier aspecto que se considere necesario, para fundamentar el documento.

Control de documentos

Código	Nombre del documento	Responsable	Soporte de Archivo	Acceso autorizado

Control de cambios en el documento

Referencia	Fecha	Descripción del cambio