



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

**AGO-095-2019**  
**30-08-2019**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio se realizó en cumplimiento al Plan Anual Operativo 2019, del Área de 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.

Según los resultados del estudio de marras se determinó que no hay un involucramiento por parte del personal, en cuanto al cumplimiento de la Política Institucional de Hospital Seguro y la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.

Se evidenció una falta de concientización por parte de 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.

Es importante que las autoridades Hospital Monseñor Sanabria, realicen alianzas estratégicas formales 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. De igual forma es importante disponer de indicadores que permitan determinar el cumplimiento de esta Política y establecer los temas que son sensibles, a fin de que sean objetos de mejora ya que el lineamiento 7 se enfoca en el diseño de indicadores para dar seguimiento a la Política de marras, evaluación del cumplimiento de ésta, implementación de acciones que contribuyan a que los establecimientos de salud sean más seguros.

Sobre la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, en relación a la atención segura y el lavado de manos, se determinó que la infraestructura del hospital no permite tener un lavatorio en cada salón, por lo que se deben extremar las medidas de asepsia entre el personal y los usuarios. Así como realizar los esfuerzos necesarios para dotar de soluciones alcohólicas en todos los salones para reforzar la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

En cuanto al manejo de desechos peligrosos y prácticas de bioseguridad, ambos temas son objetos de mejora debido a la falta de compromiso del personal.

Se evidencia la carencia de un sistema de información que facilite el reporte, consolidación, análisis y seguimiento a los eventos adversos ocurridos en el nosocomio, con el fin de identificar la frecuencia y su impacto.

Además, se verifica que no existen acciones necesarias por parte de los encargados de Sala de Operaciones que permitan corregir de forma oportuna las faltas que ponen en riesgo la salud de los usuarios en una intervención.



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

Por último, se evidencia una inadecuada limpieza en el centro de salud, manejo de desechos bioinfecciosos, llenado de basureros, reposición de toallas y solución para lavar manos, así como una falta de fiscalización por parte de la jefatura de Servicios Generales del Hospital Monseñor Sanabria en la ejecución de labores del personal de aseo en todo el centro de salud.

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda a la Dirección General del Hospital 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, a fin de reducir los riesgos en la prestación de los servicios de salud tal y como se ha desarrollado en el presente informe.

Se recomienda elaborar e implementar una herramienta con el propósito de dar un seguimiento a la Política Institucional de Hospital Seguro y a la Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente que permita determinar el cumplimiento de la mismas, con el propósito de garantizar que los incumplimientos detectados serán corregidos en forma oportuna tal y como se desarrolló en el Hallazgo 1.3 del presente informe.

Se recomienda en esta línea de ideas realizar 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 adverso y el funcionario responsable de reportarlo, con la intención 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, 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 2.1, 2.2 y 2.3)

Se recomienda asimismo realizar las acciones que correspondan para garantizar que el personal del centro de salud cumpla con la normativa referente a la segregación correcta de desechos, uso del equipo de protección personal, prevención de transmisión de infecciones del área quirúrgica y post quirúrgica, consumo 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 General.

Por último, se le advierte a la Dirección Médica para que en conjunto con la Jefatura de Servicios Generales del Hospital Monseñor Sanabria, implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante 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, utilización de insumos de limpieza y demás citadas en las normas citadas con el propósito de reducir riesgos de contagios o accidentes en el centro de salud (Hallazgo 3 del presente informe).



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

AGO-095-2019  
30-08-2019

## 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 HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA U.E. 2702

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se efectuó en cumplimiento del Plan Anual Operativo del Área Gestión Operativa 2019.

#### OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de las acciones implementadas por las autoridades del Hospital de Hospital Monseñor Sanabria tendientes al 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 hospital 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 analiza las acciones realizadas por las autoridades del Hospital Monseñor Sanabria 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.



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

El período evaluado comprende de enero a diciembre 2018, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

Tal como se realizó en los recorridos efectuados en los días 15 y 16 de mayo y 13 de junio 2019.

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

## 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 los Comité de Emergencias, Comité de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Médica, 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

Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General.

Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador del Servicio de Vigilancia Epidemiológica.

Lic. Greivin Guerrero Álvarez, Jefe de Lavandería y Ropería, Coordinador de la Comisión de Emergencias.

Licda. Marleny Aguirre García, Jefatura de Servicios Generales del Hospital Monseñor Sanabria.

- Recorridos realizados en las instalaciones administrativas y de salud del Hospital.

Dra. Daniela Carvajal Asenjo, asistente de la Dirección.

Lic. Maryan Boniche López, enfermera de Vigilancia Epidemiológica.

Licda. Cecilia Barrantes Marín, Enfermera Encargada del Control de Infecciones.

Lic. Wilberth León Espinoza, miembro de la Comisión de Emergencias.

Lic. Héctor Salazar Bustos, miembro de la Comisión de Emergencias.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, 8488.



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

- 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.

### ASPECTOS NORMATIVOS A CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jearca 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 jearca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. (...)”*

### ANTECEDENTES

El Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez tiene una construcción de un poco más de 40 años, siendo que en los años 90 tuvo un reforzamiento en su infraestructura para la adecuación sísmica.

Según el documento *“El Hospital que la Población necesita: Nueva Infraestructura, Nuevos Procesos, Mejores Servicios”*, elaborado en el 2018 indica:

*“(...) En sus inicios, la cobertura de atención de este establecimiento de salud involucró lo que actualmente se denomina: Región Pacífico Central y una parte de la Región Chorotega. Sin embargo, como parte del reforzamiento de la atención a usuarios de esta última región, los servicios se brindan a la Región Pacífico Central primordialmente. Como parte del trabajo en Red con otras unidades y de acuerdo con la cooperación y buena comunicación entre estas, se apoya en algunas especialidades en jornada ordinaria, y en extraordinaria, a la población de la Región Chorotega según se requiera, sin dejar de lado la atención que se brinda a la gran cantidad de usuarios de otras regiones que visitan el pacífico costarricense por diferentes razones (...)”*



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

En razón del terremoto ocurrido en setiembre de 2012 la infraestructura del centro médico sufrió daños severos, especialmente la antigua torre de hospitalización como consecuencia de lo anterior se demolieron siete pisos de la misma.

Actualmente el proyecto para el nuevo hospital para Puntarenas se encuentra en la etapa de adjudicación, siendo prioridad en el portafolio de inversiones institucional.

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 <sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> Fuente: Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org>

<sup>2</sup> Programa de Seguridad de Incendios y Seguridad Sísmica, Programa Institucional de Emergencias, Comités Locales de Emergencia.



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

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:*



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

*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.

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 del 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:





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

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<sup>3</sup>.

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO.

#### 1.1 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 Hospital Monseñor Sanabria, tendientes a la sociabilización hacia los funcionarios, de la Política de Hospital Seguro, el personal del hospital no muestra 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.

Las estrategias de este lineamiento van direccionadas a que se disponga de mecanismos que faciliten una respuesta eficaz y oportuna ante situaciones de emergencia y/o desastre.

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”, de marzo de 2015, elaborado por el Área de Gestión de Control Interno, adscrita a la

<sup>3</sup> Sistema de notificación de incidentes en América Latina, OMS, 2013.



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

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)*

En recorrido realizado por esta auditoria<sup>4</sup> en compañía del Sr. Wilfredo León Espinoza y Héctor Salazar Bustos, ambos miembros de la Comisión de Emergencias y Brigadistas del Hospital Monseñor Sanabria se constató:

- Extintores Obstruidos (Lavandería, Fontanería y Albañilería, Taller de Soldadura, Área de Reconversión, Área de Archivo, Entrada a Emergencias, Terapia Respiratoria, Área Taller de Refrigeración, Centro de Esterilización, Clínica de Heridas, Área de Proveduría)
- Áreas sin extintores (Bodega de Servicios Generales, Servicio de Cardiología, Supervisión de Servicios Generales, Sala de Gestión Ambiental, Vigilancia Epidemiológica y Anticoagulados; Terapia Física, Biblioteca)
- Extintores colocados entre basureros de punzocortantes (Entrada Módulo D)
- Salidas de Emergencias obstruidas (Lavandería, Dirección de Enfermería, Ala Este, Cirugía Mujeres)
- Salidas de emergencia en malas condiciones (Consulta Externa-Sección A, Patología y Centro de Equipos)
- Zonas de Evacuación sin demarcar (Contiguo a la morgue)
- Funcionarios sin equipo de protección personal -EPP- (Casa de Máquinas)
- Muebles con cajas y artículos estibados en la parte superior (Taller de Soldadura, Departamento de Ingeniería, Pasillo de Rayos X)
- Funcionarios manifiestan desconocer el uso de los extintores (Farmacia, Área de Lactantes, Servicio de Nutrición, Recursos Humanos)
- Zona de Evacuación con tubos expuestos (Azotea)

<sup>4</sup> Recorrido realizado el 16 mayo 2019.



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

La causa de lo anterior, parece ser una indiferencia del personal al cumplimiento de las normas y las estrategias planteadas por las autoridades del nosocomio para minimizar los efectos de un evento en el centro médico.

Esta falta de compromiso por parte de los funcionarios genera un debilitamiento en las estrategias promovidas por el Comité de Emergencias del Hospital Monseñor Sanabria, mismas que pretenden minimizar los impactos de un evento natural o incendio en el centro de salud. Siendo que esta falta de compromiso 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.

### **1.1 SOBRE LAS ALIANZAS INTERSECTORIALES QUE CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE HOSPITAL SEGURO.**

Se determinó que las autoridades del Hospital Monseñor Sanabria no han establecido algún tipo de alianza formal y documentada con otras dependencias con el propósito de contribuir al cumplimiento de la Política de Hospital Seguro.

El propósito de las estrategias del lineamiento 6 que versa sobre establecer alianzas intersectoriales que promuevan el cumplimiento de la Política Institucional de Hospital Seguro propone se incentive 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:



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

*“(...) 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 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.

En entrevista realizada por esta Auditoria<sup>5</sup> al Lic. Greivin Guerrero Álvarez, Coordinador de la Comisión de Emergencias y Jefe de Lavandería y Ropería del Hospital Monseñor Sanabria, ante la pregunta sobre los acuerdos con empresas prestadoras de servicios básicos en caso de una emergencia, manifestó tener como “aliados” al Cuerpo de Bomberos, Servicio Nacional de Guardacostas, y la Comisión Nacional de Emergencias, como ejemplo citó que para el terremoto del 2012, realizaron alianzas con varias empresas de las zonas para la atención de los usuarios y funcionarios.

En este apartado es importante mencionar que pese a no aportar prueba documental que compruebe las alianzas mencionadas por el Lic. Guerrero Álvarez con empresas prestadoras de servicios básicos, universidades y colegios para brindar un soporte técnico en la implementación de la política de maras, se tiene evidencia que al menos han realizado coordinaciones con el Cuerpo de Bomberos de la Localidad, quienes han participado en algunos simulacros de incendio realizados por la Comisión de Emergencia del Hospital Monseñor Sanabria.

Esta falta de alianzas formales pueden contribuir a que, en caso de presentarse un incendio, colapso de estructuras y eventos naturales o emergencia, no se cuente con la colaboración necesaria de manera oportuna para minimizar el impacto de estos eventos.

---

<sup>5</sup> Entrevista realizada el 13 mayo, 2019



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

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

Las autoridades del Hospital Monseñor Sanabria 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 (...)"*



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

En entrevista realizada por esta Auditoría<sup>6</sup> al Lic. Greivin Guerrero Álvarez, Coordinador de la Comisión de Emergencias y Jefe de Lavandería y Ropería del Hospital Monseñor Sanabria, 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.

Pese a lo indicado por el Lic. Guerrero Álvarez, no se aporta prueba a esta Auditoría que permita determinar que el centro médico dispone de 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 que sea una Unidad en particular la encargada 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.**

### **2.1 SOBRE LA ATENCIÓN LIMPIA PARA TENER UNA ATENCIÓN SEGURA**

#### **2.1.1 Sobre el lavado de manos**

Se determinó que, si bien la Unidad de Epidemiología del Hospital Monseñor Sanabria realiza esfuerzos para capacitar al personal en las adecuadas técnicas de lavado de manos, la infraestructura del centro de salud no permite tener un lavatorio en cada salón promoviendo así entre el personal y los usuarios el adecuado lavado de manos en los cinco momentos, sumado a lo anterior el nosocomio es carente de soluciones alcohólicas en todos los salones para reforzar la asepsia en el contacto entre usuarios y funcionarios.

En entrevista realizada por esta Auditoría<sup>7</sup> al Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Monseñor Sanabria, ante la consulta sobre los mecanismos establecidos en el Hospital para fortalecer la práctica de lavado de manos, manifestó que fomentan la colocación

---

<sup>6</sup> Entrevista realizada el 13 mayo, 2019

<sup>7</sup> Entrevista realizada el 12 junio 2019



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

de insumos para el lavado de manos. Han identificado de las áreas críticas como lo es el Servicio de Emergencia, Pediatría, y Hospitalización además del área reconversión que no dispone de los insumos físicos adecuados por lo que promueven la utilización de soluciones alcohólicas. Vigilan la funcionalidad de los lavamanos y realizan capacitaciones sobre el tema, rotulaciones de los cinco momentos de lavado de manos y los pasos, y la rotulación de la solución alcohólica. Indica asimismo que brindan charlas sobre el lavado de manos en los cursos de inducción y reinducción y que capacitan a los visitantes de los usuarios y a los acompañantes sobre la importancia del mismo.

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*

*-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) (...)”*

### **2.1.2 Sobre el manejo adecuado de desechos peligrosos y prácticas de bioseguridad.**

Según recorridos realizados por esta auditoría<sup>8</sup>, los funcionarios del Hospital Monseñor Sanabria no realizan un adecuado manejo de los desechos peligrosos ni tienen una adecuada práctica de bioseguridad.

En dichos recorridos se observa:

- Segregación de desechos bioinfectiosos inadecuada ya sea porque el basurero sobrepasa la capacidad normada, o bien porque los desechos están en el basurero incorrecto (Servicio de Cardiología, Sala N° 3 de Rayos X, Sala de TAC, Área de Enfermería Puesto 1, Área de Tratamiento VIH, centro de Acopio de Hospitalización, Modulo 3 de Salud Mental, Servicio Cirugía de Hombres, Servicio Cirugía Mujeres.

<sup>8</sup> Recorridos realizados los días 15 y 16 mayo, 13 de junio, todos 2019



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

- Utensilios de limpieza por varias áreas del hospital (Área Supervisión de Servicios Generales, Servicio Cirugía de Mujeres)
- Inadecuada colocación de basureros de punzocortantes (Entrada Módulo D)

En entrevista realizada por esta Auditoría<sup>9</sup> al Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Monseñor Sanabria indicó sobre sí han girado directrices sobre el manejo de desechos peligrosos, técnicas de asepsia o prácticas de bioseguridad, que la unidad de Epidemiología lo que realiza son charlas al personal 100% operativo y también al personal de salud, así como reportes de los hallazgos que tienen en los recorridos.

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 currículum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS. (...)*”

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

Según recorridos realizados por esta auditoría<sup>10</sup> con Dra. Daniela Carvajal Asenjo, asistente de la Dirección, Lic. Maryan Boniche López, enfermera de Vigilancia Epidemiológica, Licda. Cecilia

<sup>9</sup> Entrevista realizada el 12 junio 2019

<sup>10</sup> Recorridos realizados los días 15 y 16 mayo, 13 de junio, todos 2019





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

Barrantes Marín, Enfermera Encargada del Control de Infecciones, Lic. Wilberth León Espinoza, miembro de la Comisión de Emergencias, y el Lic. Héctor Salazar Bustos, miembro de la Comisión de Emergencias a diferentes áreas del Hospital Monseñor Sanabria, 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:

- Paños húmedos sobre las camas de los usuarios (Servicio Cirugía de Hombres, Servicio Cirugía Mujeres, Servicio Medicina Hombres, Servicio Medicina Mujeres, Bloque Estancia Programada, Servicio de Emergencias)
- Basura mal segregada (Servicio Cirugía Hombres, Servicio Cirugía Mujeres, Servicio Medicina Hombres, Servicio Medicina Mujeres, Cuarto de Aseo, Laboratorio, Servicio de Emergencias, Área de Neonatología, Servicio de Lactantes, Centro de Acopio del Pasillo de la UCI, Unidad de Monitoreo fetal Ambulatoria, Servicio de Maternidad y Ginecología, Sala de Gastroenterología, Consultorio de Ortopedia, Clínica de Heridas)
- Mal estado de pintura en baños (Servicio Cirugía Mujeres)
- Funcionarios en atención de pacientes con joyas, cabello suelto y pintura de uñas (Dra. Liliana Gómez Ceciliano, Dra. Rosibel Sánchez González, Dra. Karen Miranda Villalobos, Dra. Laura Venegas Leiva, Dra. Evelyn Durán Mora).
- Cuartos de preparación de medicamentos con alimentos y cooffemaker (Servicio Medicina Mujeres, Cirugía Ambulatoria Oficina de VIH)
- Piletas de lavado y preparación de alimentos con moho (Cocina Central)
- Cuartos de aislamiento sin rotulación y con sus puertas abiertas.

Sobre el particular, la Política de Calidad y Seguridad al Paciente señala en la estrategia 1.4 (Prácticas de Bioseguridad) sobre 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 (...)”*

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.*



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

***-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 (...)” – la negrita no es del original-*

Sobre este tema, el Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica indica a esta Auditoría <sup>11</sup> que procuran tener siempre los insumos necesarios para el adecuado lavado de manos o disponibilidad de soluciones alcohólicas; realizan charlas al personal sobre el manejo de desecho, técnicas de asepsia y prácticas de bioseguridad.

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 deben a factores estructurales del centro médico como lo es la carencia de lavados en los servicios, así como la falta de soluciones alcohólicas en cada salón; sumado a la falta de compromiso por parte de los funcionarios en aspectos como segregación de desechos o cumplimiento de la política, evidenciándose que no existe un adecuado compromiso por parte del personal en salud, mismo que pese a tener constante capacitación y recordatorios sobre la normativa relacionada a la calidad y seguridad del usuario, hace caso omiso de la misma.

Los incumplimientos de las políticas y normas de calidad y seguridad del usuario, generan riesgos para la salud de los pacientes y el personal hospitalario exponiendo a transmisión de infecciones por el inadecuado uso de los dispositivos de protección personal, ingreso de agentes infecciosos a los quirófanos y salones 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 Hospital Monseñor Sanabria 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 nosocomio, con el fin de identificar la frecuencia y su impacto.

En entrevista realizada por esta auditoría <sup>12</sup> al Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Monseñor Sanabria Epidemiología, ante la consulta sobre

<sup>11</sup> Entrevista realizada el 12 de junio 2019

<sup>12</sup> Entrevista realizada el 12 de junio, 2019.



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

si disponían de un sistema que reportara los eventos adversos indicó que lo que realizan es la boleta de reporte obligatorio de reportes adversos y la ficha de investigación de la misma.

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<sup>13</sup> 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:

***“(...) 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 (...)”***

<sup>13</sup> Aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contralora N° 2-2009-CO-DFOE, publicadas en La Gaceta N° 20 del 6 de febrero 2009.



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

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

*“(...) 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 Hospital Monseñor Sanabria de un sistema de información que registre y facilite identificar los eventos adversos más frecuentes, los servicios recurrentes, 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.

### 2.3 SOBRE LAS CIRUGÍAS SEGURAS

Se determinó que los responsables de sala de operaciones del Hospital Monseñor Sanabria no realizan las acciones necesarias para solucionar las faltas que ponen en riesgo la salud de los usuarios, ante un procedimiento quirúrgico.

En recorrido realizado por esta Auditoría<sup>14</sup> a las salas de operaciones del Hospital Monseñor Sanabria, en compañía de la Dra. Daniela Carvajal Asenjo, asistente de la dirección y la Master Cecilia Barrantes Marín, enfermera encargada del control de infecciones del nosocomio se observó:

- Cajas de cartón donde deambulan personal tanto con ropa verde como ropa normal.
- Cilindros de oxígeno sin anclaje.
- Extintores obstruidos por hamper.
- Tarrones plásticos de alimentos frente a la estación de enfermería.
- Gabinetes de insumos con las puertas abiertas.
- Anestesiólogo (Andrea Martínez Araya) con cadena puesta, sin mascarilla en SOP.
- Piletas y cielo raso en mal estado.

<sup>14</sup> Recorrido realizado el 13 de junio 2019



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

- Personal con mascarillas mal puestas.
- Manchas de sangre en pisos.

El lineamiento 5 de la Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente refiere “Cirugía segura salva vidas” y tiene como estrategias la evaluación integral del paciente previo a cada procedimiento quirúrgico, en caso de cirugía electiva y de acuerdo a la condición nosológica de cada paciente en urgencia; garantizar los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos quirúrgicos; garantizar que los eventos adversos presentados en la sala de operaciones y recuperación se registren en forma efectiva; garantizar adecuada atención del paciente postquirúrgico, tanto en salas de recuperación como en salón de hospital.

#### ***“(...) Estrategia 5.1***

*EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE PREVIO A CADA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, EN CASO DE CIRUGÍA ELECTIVA Y, DE ACUERDO A LA CONDICIÓN NOSOLÓGICA DE CADA PACIENTE EN URGENCIA*

#### ***Resultados esperados***

- *Procedimientos de valoración en Consulta Externa y Hospitalización debidamente supervisados por médicos capacitados.*
- *Información completa y reportes de exámenes de laboratorio presentes en el expediente médico del paciente.*
- *Pacientes admitidos a sala, debidamente identificados.*
- *Consentimiento informado realizado y explicado por el médico tratante y firmado por el paciente.*
- *Evaluación preanestésica, realizada a todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico.*
- *Pacientes debidamente preparados por enfermería antes de ser llevados a sala.*
- *Pacientes con cuidado post operatorio pertinente.*

#### ***Estrategia: 5.2***

*GARANTIZAR LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD ESTABLECIDOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS*

#### ***Resultados esperados***

- Equipo e instrumental quirúrgico y sala de operaciones, en condiciones óptimas para realizar la cirugía.*
- *Sala de operaciones, con personal idóneo y la protección necesaria y adecuada para la cirugía.*
- *Técnicas de asepsia medico quirúrgicas, se cumplen en todas las salas de operaciones antes de la cirugía.*
- *Eventos adversos, detectados antes de que ocurran y efectos del error clínico minimizados (...)*”

La Ley General de Control Interno establece en el artículo 12, sobre los Deberes del jerarca y de los titulares subordinados que deben:



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

*“(...) b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades (...)”*

Mediante oficio VE-HMS-010-2019, del 14 de junio 2019, el Dr. Steven Villareal Kayen, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, indicó que como parte de los eventos de vigilancia obligatoria, se reportan en el SISVE mediante el siguiente flujo:

- Revisión diaria de los CUBOS extraídos del EDUS.
- Registro digital en el SISVE
- Confeción de la boleta digital de la VE-01
- Envío de la boleta a las diferentes Áreas de Salud, Nivel Regional, para sus respectivas investigaciones de campo

Lo anterior se debe en apariencia a una falta de compromiso por parte del personal encargado de sala de operaciones, ya que las técnicas de asepsia médica son de conocimiento del equipo médico y de enfermería.

Este incumplimiento en las normas provoca riesgos para la salud de los pacientes y personal en salud, elevando la posibilidad de transmisiones de infecciones por el inadecuado comportamiento dentro de sala.

### **3 SOBRE LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA EN EL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA**

Se evidencia una inadecuada limpieza en el centro de salud, manejo de desechos, llenado de basureros, reposición de toallas y solución para lavar manos, segregación de desechos en el Centro de Acopio, así como una falta de fiscalización por parte de la jefatura de Servicios Generales del Hospital Monseñor Sanabria en la ejecución de labores del personal de aseo en todo el centro de salud.

Esta Auditoría realizó recorridos por diferentes Servicios del Hospital, los días 15 y 16 de mayo y 13 de junio 2019 junto con Dra. Daniela Carvajal Asenjo, asistente de la Dirección, Lic. Maryan Boniche López, enfermera de Vigilancia Epidemiológica, Licda. Cecilia Barrantes Marín, Enfermera Encargada del Control de Infecciones, Lic. Wilberth León Espinoza, miembro de la Comisión de Emergencias, y el Lic. Héctor Salazar Bustos, miembro de la Comisión de Emergencias a diferentes áreas del Hospital Monseñor Sanabria, en dichos recorridos se evidenció:

- Baños sucios.
- Hisopos y escobas entre las divisiones de los baños.
- Basureros sin fechas de lavado.
- Basureros sobrepasando su capacidad.



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

- Centros de acopio con basura mal segregada.
- Baños sin jabón y toallas de papel.
- Pasillos sucios.
- Se observa por todo el hospital palas y escobas de aseo.

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, 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.*

*2.1.7 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 antes 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:



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

*“(...) 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*

*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.*

*3.11 Descarte la mascarilla.*

*4.12 debe bañarse dentro del centro de trabajo, antes de salir del mismo (...)*”

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*





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

*(...) 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 (...)"*

En entrevista realizada por esta Auditoría<sup>15</sup> a la Licda. Marleny Aguirre García, Jefe de Servicios Generales del Hospital Monseñor Sanabria indicó que los funcionarios reciben una inducción sobre las Normas y Procedimientos de Limpieza y Desinfección de áreas en establecimientos de salud.

Manifiesta además que se cuenta con cuartos del aseo donde deben ser guardados los insumos de aseo y en donde no se dispone de estos cuartos de aseo, se dispone de estantes para guardar los insumos. Manifiesta que cada supervisor de aseo es el responsable de verificar el cumplimiento de la norma. No disponen de un plan de capacitación para el personal. Y no llevan un control sobre el cuadro de vacunación del personal. Agrega que para ejecutar las labores encomendadas tiene limitaciones como el personal sin estudios superiores, falta de compromiso del personal y la escolaridad en general. Manifiesta que a los supervisores se les requiere para labores no propias del cargo como mover muebles, poner toldos, sillas, supervisar eventos; les corresponde hacer SOCOS. Por último, indica que tienen un informe realizado por el Área de Investigación y Seguridad Institucional en el año 2017, que señala que existe una sobre carga de labores en los supervisores por el exceso de segregación del hospital, del cual aporta copia.

Lo descrito evidencia que la Jefatura de Servicios Generales, ha omitido el uso de mecanismos de control eficientes para fiscalizar la labor realizada por los supervisores de aseo y el personal de limpieza, que permita garantizar el cumplimiento de las normas relacionadas con el tema tanto en lo referente a las actividades relacionadas con la bioseguridad y aseo del centro médico en general como en la idoneidad del personal de aseo cuya participación en la asepsia y medidas de seguridad es 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

---

<sup>15</sup> Entrevista realizada el 13 de junio 2019



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

palpable de tanto para los funcionarios como los usuarios de los servicios de salud del nosocomio de contagios o transmisión de enfermedades e infecciones.

## CONCLUSIONES

La infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria es antigua, sumado a que su posición geográfica lo vuelve un centro de salud vulnerable ante desastres naturales, sismos, incendios o colapsos de infraestructura. Por lo anterior dicho nosocomio requiere una adecuada planificación y prevención con el propósito de mitigar el impacto de alguno de estos eventos adversos en la prestación de servicios de salud.

Siendo que la prestación de servicios brindada por la institución es vital para la población del lugar y lugares adscritos es relevante que se cuenten con los mecanismos necesarios para dar una continuidad en la prestación de los servicios de salud ante una emergencia o evento adverso, es ahí, donde la Política de Hospital Seguro reviste una particular importancia para que estos servicios no se vean interrumpidos.

De la evaluación realizada, esta Auditoría ve oportunidades de mejora en la aplicación de la Política de Hospital Seguro, aprobada por Junta Directiva desde el 6 de julio 2006<sup>16</sup>, así como en la sociabilización de la misma.

Es importante que exista un compromiso por parte de los funcionarios del centro médico con el propósito de cumplir la norma (en el caso de no obstrucción de salidas de emergencias y extintores) y brindar una ayuda a la labor realizada por la Comisión de Emergencias con el propósito de reducir la vulnerabilidad del Hospital Monseñor Sanabria.

Se les insta a continuar con los criterios de priorización de las zonas de riesgo, así como los simulacros periódicos. Se deben 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 cumplimiento de la Política de Hospital Seguro.

En lo referente al cumplimiento de la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente se concluye que los funcionarios no tienen una concientización sobre la importancia del cumplimiento de la norma en la prestación de los servicios de salud.

La infraestructura del centro médico no permite tener un lavatorio en cada Servicio, por lo que la aplicación de los cinco momentos del lavado de manos debe ser vigilada rigurosamente a fin de

---

<sup>16</sup> Sesión N°8069.



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

evitar mayores contagios; no se evidencia además una educación para cada usuario que ingresa a hospitalización o al nosocomio. (Lineamientos 1 y 2)

No se observa una valoración y mapeo de riesgos de la práctica de la atención que permita priorizar las intervenciones, así como planes de contingencia y mejoras basados en el análisis de situación y valoración de riesgos. (Lineamiento 3)

Sobre el lineamiento 5 que refiere a que una cirugía limpia salva vidas, se concluye que no hay un seguimiento que permita determinar las omisiones cometidas por los funcionarios que ponen en riesgo la salud de los pacientes en un procedimiento quirúrgico.

Por último, se concluye que algunos los funcionarios administrativos, personal de salud y de aseo no están comprometidos en cuanto al cumplimiento de las normas de bioseguridad.

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 deben gestarse las acciones necesarias que permitan reducir los eventos adversos en la atención a los usuarios

## RECOMENDACIONES

### **AL DR. RANDALL ALVAREZ JUÁREZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA, O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

1. 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.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el plazo de 9 meses posteriores al recibo del presente informe, 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, lo anterior tiene como propósito de minimizar los eventos adversos en el centro de salud.

2. Diseñar e implementar una herramienta con el propósito de dar un seguimiento a la Política Institucional de Hospital Seguro y a la Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente que permita determinar el cumplimiento de la mismas, con el propósito de



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

garantizar que los incumplimientos detectados serán corregidos en forma oportuna tal y como se desarrolló en el Hallazgo 1.3 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el plazo de 9 meses posteriores al recibo del presente informe, la herramienta solicitada, cronograma de aplicación, responsables de ejecutar este seguimiento y las medidas de acción pertinentes en caso de incumplimientos. El fin de esta recomendación es poder detectar las oportunidades de mejora para el cumplimiento de las políticas citadas supra.

3. 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 2.1, 2.2 y 2.3)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el plazo de 9 meses posteriores al recibo del presente informe, 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.

4. 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, uso del equipo de protección personal, prevención de transmisión de infecciones del área quirúrgica y post quirúrgica, consumo 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 General.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el plazo de 9 meses posteriores al recibo del presente informe, 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.



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

**PARA QUE EN CONJUNTO CON LA LICDA. MARLENY AGUIRRE GARCÍA, EN SU CALIDAD DE JEFE DE SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA, O A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

5. Implementar un mecanismo de control para verificar de manera constante 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, utilización de insumos de limpieza y demás citadas en las normas citadas con el propósito de reducir riesgos de contagios o accidentes en el centro de salud (Hallazgo 3 del presente informe)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el plazo de 9 meses posteriores al recibo del presente informe, 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.

**COMENTARIO**

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los resultados del presente estudio fueron comentados el 28 de agosto del 2019 con el Dr. Randall Álvarez Juárez, Director Médico del Hospital Monseñor Sanabria, y por parte de Auditoría Interna el Lic. Roy Manuel Juárez Mejías, Jefe de Subárea Gestión Operativa Región Sur y la Licda. Laura Rodríguez Araya Asistente de Auditoría.

**ÁREA GESTIÓN OPERATIVA**

Licda. Laura Rodríguez Araya  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías  
**JEFE**

RJM/LRA/ams