



## RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa, apartado de actividades programadas, con el propósito de evaluar la gestión de servicios de apoyo en el Área de Salud Heredia-Virilla.

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

Además, se determinó la pertinencia de reforzar la actividad orientada a la gestión de personal, principalmente en el programa de educación continua y control de expedientes por parte de la jefatura, mismas que son claves para el éxito en la consecución de metas y objetivos.

A través de inspección efectuada en la sede de área y ebáis desconcentrados, se logró evidenciar la existencia de activos en desuso o mal estado que se encuentran almacenados en cada uno de los puestos de atención; lo cual, impacta en el hacinamiento del personal y las condiciones de ornato del centro de salud.

Con relación a la gestión propia de los servicios de apoyo, se identificó en el servicio de farmacia un alto porcentaje de ausentismo en la actividad de atención farmacéutica; así como, deficiencias tanto en el control de medicamentos psicotrópicos, como en el abastecimiento por parte del almacén local de farmacia hacía las distintas farmacias satélites, incluido el despacho principal.

Por su parte, la gestión efectuada por el servicio de enfermería presentó aspectos sujetos de mejora en actividades esenciales en la prestación de servicios, en lo relacionado con la educación en salud al usuario, acciones en la prevención de infecciones asociadas en la atención en salud y el control de materiales que entregan a los usuarios. Así mismo, es necesario que la jefatura de enfermería brinde una mayor atención a los informes de supervisión; los cuales, son efectuados por la enfermera a cargo de la atención directa y están orientados a fortalecer las debilidades identificadas.

En lo correspondiente en la gestión efectuada por la jefatura de laboratorio clínico, si bien el servicio ha efectuado acciones para brindar la atención de manera oportuna a la población es necesario realizar acciones dado el creciente ausentismo presentado para la toma de muestras. Así también, se constató que para el proceso de reposición de reactivos el servicio de proveeduría no forma parte del proceso de conteo y recepción, de igual manera el laboratorio clínico obvia el uso de formularios así definidos institucionalmente para esa actividad.



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

En lo referente a la ausencia de permisos de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud para el laboratorio clínico y farmacia de sede, lo cual, expone a riesgos en la continuidad en la prestación de servicios a la población.

De conformidad con los resultados obtenidos en esta evaluación, se formularon 13 recomendaciones dirigidas a las autoridades del centro de salud y las jefaturas de los servicios de enfermería, laboratorio clínico y farmacia, de manera que se proceda a establecer las acciones correspondientes para subsanar los aspectos sujetos de mejora referidos en el presente informe.



## ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

### AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL ÁREA DE SALUD HEREDIA-VIRILLA

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

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

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnico-administrativa de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

#### ALCANCE Y NATURALEZA

El presente estudio contempla la gestión de los servicios de apoyo (laboratorio clínico, farmacia y enfermería) en el Área de Salud Heredia-Virilla, en lo concerniente a la prestación de los servicios de salud durante el periodo 2019, ampliándose en aquellos casos que se consideró necesario.

El estudio se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público R-DC-064-2014, emitidas por la Contraloría General de la República.

#### METODOLOGÍA

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



- Inspección ocular en las instalaciones en las cuales se desarrollan las actividades sustantivas de los servicios de enfermería (auxiliares de enfermería), farmacia y laboratorio clínico.
- Aplicación de encuesta a la totalidad del personal de los servicios de enfermería, laboratorio clínico y farmacia, esto considera sedes y Ebáis desconcentrados.
- Revisión del proceso de planificación, seguimiento y control del plan presupuesto y valoración de riesgos.
- Revisión de las actividades de prestación de servicio brindado por el área de enfermería; así como, la disposición en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (I.A.A.S.).
- Valoración de la prestación de servicios brindados y la gestión del laboratorio clínico.
- Verificación de la gestión de activos.
- Entrevista escrita a los siguientes funcionarios del Área de Salud Heredia-Virilla:
  - o Dra. Angie Retana Blanco, Jefatura de Laboratorio Clínico.
  - o Dra. Idianey Ortega Bustos, Jefatura de Enfermería.
  - o Dra. Karla Calderón Quintana, Jefatura de Farmacia.

## MARCO NORMATIVO

- Política institucional para la gestión de las personas.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Ley General en Salud, N° 5395.
- La Ley 7085 y su Reglamento “Estatuto de Servicios de Enfermería”.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Reglamento de Seguro de Salud.
- El Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines
- Normativa de Relaciones Laborales.
- Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.
- Normas Técnicas Específicas del Plan Presupuesto Institucional.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres niveles de atención.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles.
- Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales.
- Protocolo para la Gestión de Solicitud y Recepción de Reactivos.
- Guía para Jefes en el Programa de Inducción.
- Instructivo Informe Sobre Periodo Interino.



## ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR

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

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

## ASPECTOS GENERALES

El Área de Salud Heredia Virilla se clasifica como tipo 1 y se encuentra localizada en la provincia de Heredia, en el cantón central, comparte los distritos de San Francisco y Ulloa, la sede principal se ubica al costado norte de la escuela de Guararí. Actualmente está constituida por 5 sectores, a saber: Guararí, Lagos, Lagunilla, Milpa, Aurora y Barreal, distribuidos en 14 ebáis. El centro hospitalario de referencia es el hospital San Vicente de Paúl.

El centro de salud dispone de una población total adscrita de 68.430<sup>1</sup>, según se detalla a continuación:

**Cuadro 1**  
**Población adscrita**  
**Área de Salud Heredia-Virilla**

CENTRO DE SALUD	CANTIDAD ADSCRITOS
ÁREA DE SALUD HEREDIA-VIRILLA	3044
EBÁIS AURORA 1	7585
EBÁIS AURORA 2	2893
EBÁIS AURORA 3	3723
EBÁIS AURORA 4	2703
EBÁIS BARREAL 1	5924
EBÁIS BARREAL 2	3765
EBÁIS GUARARI 1	9343
EBÁIS GUARARI 2	4749
EBÁIS GUARARI 3	4050
EBÁIS LAGOS 1	3195

<sup>1</sup> Según cubo de adscripción identifica 11 de género desconocido.



CENTRO DE SALUD	CANTIDAD ADSCRITOS
EBÁIS LAGOS 2 (LA GRANADA)	1789
EBÁIS LAGUNILLA	5457
EBÁIS MILPA 1	7525
EBÁIS MILPA 2	2685
Total general	68430

Fuente: Herramienta cubos adscripción

El centro de salud dispone de servicio de laboratorio clínico, farmacia en sede y ebáis a excepción del ebáis de Lagunilla; el cual, únicamente dispone de despacho de medicamentos.

El servicio de enfermería dispone de 4 profesionales, distribuidos de la siguiente manera:

**Cuadro 2**  
**Distribución Enfermeras Profesionales**  
**Área de Salud Heredia-Virilla**  
**Al 14 de enero 2020**

Código	Nombre del funcionario	Identificación	Ubicación	Turno
26351	Idianey Ortega Bustos	109160048	Jefatura de Enfermería (E4)	I
21711	M° Yorleny González Jiménez	900760634	Encargada Supervisión Auxiliares de Enf (E1)	I
12302	Ericka Méndez Quesada	205210147	Encargada de Atención Primaria (E1)	I
49188	Ericka Rodríguez Bolaños	206120612	Atención II turno (E1)	II

Fuente: Jefatura de enfermería A.S.H.V.

Con relación a la atención directa a los usuarios, el servicio dispone de 18 auxiliares de enfermería, 2 asistentes de pacientes y 1 asistente de centro de equipos.

El servicio de laboratorio clínico se encuentra bajo la responsabilidad de la Dra. Angie Rebeca Retana Blanco, que dispone de un perfil ocupacional de Microbiólogo Clínico Químico 2 y el equipo está constituido por 1 MQC1, 1 diplomado y 5 técnicos. Según se detalla en el boletín estadístico el servicio efectúa 221.957 exámenes distribuidos en parasitología, uroanálisis, serología y coagulación, química y hematología.

Asimismo, el equipo ofrece el servicio trasladándose a las distintas sedes de ebáis de forma periódica para la realización de exámenes, según se detalla:



### Cuadro 3 Toma de Muestras en Ebáis Área de Salud Heredia Virilla

Sede de Ebáis	Periodicidad	Cantidad de visitas mensuales <sup>2</sup>
Guararí y Milpa	Lunes y jueves <sup>3</sup>	8
Barreal	Martes <sup>4</sup>	3
Aurora	Miércoles	4
Lagunilla	Viernes <sup>5</sup>	2
Lagos		2

*Fuente: Jefatura de Laboratorio Clínico A.S.H.V.*

La farmacia se encuentra bajo la responsabilidad de la Dra. Karla Gabriela Calderón Quintana, Farmacéutica 1, a cargo de un total de 19 funcionarios, 5 farmacéuticos, 12 técnicos, 1 técnico administrativo y un jefe de bodega.

Según el boletín estadístico local, el servicio de farmacia despachó en el periodo 2019 un total de 718.748 cupones; de los cuales, la mayor demanda correspondió a la atención de copias con un 44,06 %, seguido de la consulta externa con un 41,20 %.

En relación con la actividad farmacéutica, los ebáis a excepción de Lagunilla disponen de equipos completos de farmacia constituidos por el personal farmacéutico y técnicos<sup>6</sup>. Para la atención de Lagunilla uno de los 2 técnicos localizados en la localidad de Lagos se desplaza a realizar despacho de medicamentos, para uso inmediato del equipo de ebáis, el médico dispone de un stock de medicamentos mínimos, los cuales son repuestos mediante la receta electrónica.

## HALLAZGOS

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

Se determinó que existen oportunidades de mejora en el desarrollo de las actividades de planificación, control y seguimiento correspondiente a las herramientas del plan presupuesto y valoración de riesgos, efectuados por parte de las jefaturas de farmacia, laboratorio clínico y enfermería; por cuanto, se evidenció que las jefaturas de los servicios no disponen ni han participado de programas de capacitación para el diseño, ejecución y control de las citadas herramientas.

<sup>2</sup> En el caso que el mes disponga de 4 semanas.

<sup>3</sup> Acá son incluidos usuarios desconcentrados que se presenten a solicitar cita en sede

<sup>4</sup> El primer martes del mes no se visita la sede.

<sup>5</sup> Corresponde a únicamente viernes de por medio.

<sup>6</sup> La cantidad de este dependerá de la población adscrita al centro de salud.



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

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

Asimismo, en el punto 8 del mismo documento, se detalla sobre el proceso plan-presupuesto local, indicando:

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

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

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

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

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

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

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

*Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados*



*estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.*

La Dra. Idianey Ortega Bustos, jefatura de enfermería indicó<sup>7</sup> que la herramienta del plan presupuesto es de uso exclusivo de la Dirección Médica; sin embargo, que todos los indicadores que corresponden a enfermería son analizados en conjunto con la dirección y de la misma manera son efectuadas las modificaciones; así mismo, detalló que no disponía de solicitudes de modificación, por la razón antes descrita.

De la misma manera, la Dra. Ortega Bustos, refirió que no había recibido capacitación para la planificación, control y seguimiento del plan presupuesto o gestión de riesgos, siendo que el conocimiento del que dispone ha sido a través de consejos técnicos en los cuales la facilitadora del centro de salud les transmite lineamientos.

Sobre el particular, la Dra. Karla Calderón Quintana, jefatura de farmacia refirió<sup>8</sup> que únicamente ha recibido capacitación en gestión de riesgos. De manera coincidente, detalló que la actividad de seguimiento y formulación del plan presupuesto la realiza en conjunto con la Dirección Médica.

La Dra. Angie Retana Blanco, jefatura de laboratorio clínico, indicó<sup>9</sup> que no ha recibido capacitación formal sobre la elaboración y seguimiento de la herramienta de valoración de riesgos o plan presupuesto y que la formulación y seguimiento se efectúa en conjunto con la dirección médica. Destacó que han recibido apoyo por parte de la dirección y de la administración en el desarrollo de actividades cuando así es requerido.

Por consiguiente, si bien algunos de los procesos son efectuados en conjunto con la Dirección General y otros involucrados, es evidente que las jefaturas se encuentran realizando actividades de planificación y fiscalizando procesos fundamentales para garantizar la continuidad en la prestación de servicios, sin disponer de capacitación suficiente para considerar la totalidad de elementos y eventos que puedan incidir en los resultados de su gestión.

El no disponer de herramientas, capacitación y actualización adecuada para el diseño y establecimiento de actividades de control del plan presupuesto y herramienta de valoración de riesgos, delimita el disponer de fuentes de información confiables y oportunas, provocando que lo planificado no sea coincidente con la condición y capacidad real del real del servicio, exponiendo el no poder garantizar el logro de los objetivos y el desarrollo eficiente de los procesos de prestación de servicios de salud.

## **2. SOBRE LA GESTIÓN DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE APOYO**

Se determinaron oportunidades de mejora en la gestión efectuada por los funcionarios a cargo de los procesos de enfermería, farmacia y laboratorio clínico del Área de Salud Heredia Virilla, según se detalla a continuación:

<sup>7</sup> Mediante entrevista del 27 de febrero 2020.

<sup>8</sup> A través de entrevista del 28 de febrero 2020.

<sup>9</sup> En entrevista del 26 de febrero 2020.



## 2.1. DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA AL PERSONAL

Se identificó la necesidad de fortalecer y actualizar el programa de educación continua, dirigido a los equipos de trabajo, orientados en políticas, reglamentos, normas técnicas y actividades en equipo. Lo anterior siendo que, a través de aplicación de encuesta de satisfacción al total del personal de los servicios de enfermería, farmacia y laboratorio clínico, evidenció que el 37,84 % de los encuestados refirió conocer parcialmente lo relacionado con políticas, normativa y lineamientos y un 29,73 % refiere no haber participado en actividades de actualización o capacitación durante los últimos 2 años.

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

*Artículo 53.*

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

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

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

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

Es consideración de esta auditoría, que, si bien se dispone de un programa o actividades de capacitación y actualización, las jefaturas de los servicios de apoyo evaluados carecen de un análisis que permita identificar sus necesidades según el perfil ocupacional y las implicaciones en la prestación de servicios. Así mismo, no disponen de estrategias que garanticen que alcance a todos los miembros del equipo.

La ausencia de un programa de educación y actualización limita el disponer de los insumos necesarios para garantizar una atención de calidad y que esta se efectúe de manera eficiente y efectiva.

## 2.2. DEL CONTROL Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL

Se determinó la necesidad de fortalecer el registro de la información disponible en los expedientes personales con que cuentan los servicios de laboratorio clínico y farmacia, por cuanto el total de



expedientes de nuevos<sup>10</sup> ingresos durante el periodo 2019 verificados, no se logró evidenciar que se disponga de un programa de inducción al funcionario de nuevo ingreso; así como, la realización de evaluaciones durante el periodo interino.

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

*“Inducción y capacitación*

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

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

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

Al respecto de las evaluaciones durante el periodo interino, el Instructivo Informe Sobre Periodo Interino, define:

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

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

Con relación a no disponer de un programa de inducción para funcionarios nuevos y no efectuar las evaluaciones de periodo interino la Dra. Karla Calderón Quintana, jefatura de farmacia, refirió<sup>11</sup> que a consecuencia de que los funcionarios sustitutos ingresan de inmediato a las labores, se omite el desarrollo de actividades de inducción o evaluaciones.

Por su parte la Dra. Angie Retana Blanco, jefatura de laboratorio clínico, detalló<sup>12</sup> que anteriormente solo se disponía de una microbióloga en el servicio, la cual debía realizar labores técnicas y administrativas, lo que limitaba que pudiera efectuar estas actividades.

<sup>10</sup> Correspondieron únicamente a 3 nuevos ingresos, dos de farmacia y uno de laboratorio clínico.

<sup>11</sup> Entrevista del 28 de febrero 2020

<sup>12</sup> Entrevista del 26 de febrero 2020



Es consideración, que existe por parte de la jefatura de farmacia y laboratorio clínico omisión en el cumplimiento de las responsabilidades así designadas; las cuales, son inherentes en la gestión y administración del personal a su cargo.

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

### 3. GESTIÓN DE ACTIVOS

Se determinó la ausencia de mecanismos eficientes, efectivos y oportunos por parte de las jefaturas de los servicios laboratorio clínico, farmacia y enfermería y la Administración en la gestión de equipos que se encuentren en desuso por mal estado o sustitución. Lo anterior en vista que fueron identificados 61 activos en la sede de área y ebáis desconcentrados en condición de desuso, mismos que se detallan en el anexo 1.

El Manual de Normas y Procedimientos Contables y Control de Activos Muebles, en su artículo 27 define:

*“Cuidado del Bien*

*El mantenimiento y reparación o modificación de los bienes muebles son responsabilidad de cada jefatura donde presten servicio y de los trabajadores que los utilicen para realizar sus tareas. El trabajador que utiliza el bien es responsable del uso adecuado, cuidado y es su deber informar formalmente a su superior de los daños o de la merma en el rendimiento de los mismos. El superior lo antes posible propiciará el mantenimiento o reparación requerida”.*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su apartado 4.3.1 Regulaciones para la Administración de Activos establecen que:

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actualizar y comunicar las regulaciones pertinentes con respecto al uso, conservación y custodia de los activos pertenecientes a la institución.*

*Deben considerarse al menos los siguientes asuntos:*

*“(...) g. El Tratamiento de activos obsoletos, en desuso o que requieran reparaciones costosas (...).”*

Así mismo, el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional en el artículo 35: De los deberes y responsabilidades de otras jefaturas respecto a la protección del recurso físico, se establece lo siguiente:



*“... c) Tramitar la solicitud de las acciones de conservación y mantenimiento que correspondan, en procura de mantener en adecuadas condiciones de disponibilidad y confiabilidad los activos que se le han asignado”.*

Con relación a las actividades realizadas por parte de los servicios de apoyo en la gestión de estos equipos, la Dra. Angie Retana Blanco, jefatura de laboratorio clínico, indicó<sup>13</sup> que se había comunicado de forma verbal de un microscopio que fue sustituido mediante FREM y que no ha sido dado de baja. Así mismo, la Dra. Karla Calderón Quintana, jefatura de farmacia, mediante entrevista del 28 de febrero 2020, refirió que como parte de las acciones solicitó a los farmacéuticos el levantamiento de un inventario de activos en desuso para su posterior publicación a través de la WebMaster y, que, en el caso de los equipos dañados está pendiente el criterio de baja por el servicio de mantenimiento.

Por su parte la Dra. Idianey Ortega Bustos, jefatura de enfermería, hizo ver<sup>14</sup> que únicamente ha comentado la situación con el encargado de activos y el compañero de mantenimiento.

Mediante correo electrónico<sup>15</sup> el Lic. Rolando Rojas Umaña, administrador a.i. del Área de Salud Heredia Virilla traslado criterio de los funcionarios responsables de los procesos de baja y destrucción de activos, en el cual el Ing. Adrián Campos Rojas CGI Local y Encargado de Activos detalló que durante el 2019 se confeccionaron 34 comprobantes contables (vales #48) para retirar del inventario un total de 166 activos, realizándoles el proceso de baja y destrucción correspondiente.

Asimismo, el Técnico Miguel Monge Naranjo, encargado de Mantenimiento describió que *“(...) Los criterios de baja no se hacen uno a uno; sino que se acumulan varios activos y se hace un solo oficio con el criterio de varios. Al año se realizan entre 3 y 4 criterios de baja y sus respectivas destrucciones. Las fechas de los criterios varían, aunque generalmente se hace uno antes o después del inventario cuando se encuentran activos dañados (...)”.*

Al respecto, se considera que la Administración del Área de Salud Heredia-Virilla, no dispone de los mecanismos, procedimientos y recursos suficientes e idóneos para atender la necesidad de incidencias presentadas a consecuencia de la actualización y la obsolescencia de los equipos utilizados en la prestación de servicios.

Lo descrito en el presente hallazgo, implica que no exista certeza sobre la condición real del estado de los equipos, lo que puede conllevar a un uso inadecuado del bien o ineficiencia en el proceso retiro y destrucción, lo cual podría afectar las cuentas de activos. Así mismo, y de forma directa pone en detrimento el ornato y genera condiciones de hacinamiento, por la necesidad de efectuar bodegajes alternativos en las áreas que brindan servicios, con un mayor impacto en los ebáis desconcentrados que ya disponen de dificultades con las condiciones de planta física.

#### **4. DE LA GESTIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA**

<sup>13</sup> Entrevista del 26 de febrero 2020

<sup>14</sup> Mediante entrevista del 27 de febrero 2020

<sup>15</sup> Del 3 de marzo 2020



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

#### 4.1. AUSENTISMO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Se identificó que existen oportunidades de mejora en los procesos de gestión del indicador de porcentaje de ausentismo en la consulta farmacéutica del Área de Salud Heredia-Virilla. Lo anterior, por cuanto se evidenció un incremento de 62.5 % de citas perdidas, esto al comparar los periodos 2018 y 2019. Según se detalla a continuación:

**CUADRO 4**  
**Atención Farmacéutica – comportamiento de consultas**  
**Área de Salud Heredia-Virilla**  
**Periodo 2018 – 2019**

Consultas	Periodo		Crecimiento (%) <sup>16</sup>
	2018	2019	
Otorgadas	237	594	60.10 %
Realizadas	144	346	58.38 %
Perdidas	93	248	62.5 %
Aprovechamiento <sup>17</sup>	60.76 %	58.25 %	-4.30 %

Fuente: Herramienta Cubos de Consulta Externa

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

“(…)

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

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

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

<sup>16</sup> Consiste en el cálculo de  $((\text{valor 2019} - \text{valor 2018}) / \text{valor 2019}) * 100$

<sup>17</sup> Corresponde a la relación de citas realizadas / citas otorgadas



La Dra. Calderón Quintana, refirió<sup>18</sup> que es de conocimiento la situación de ausentismo en la atención farmacéutica, por lo que realizan es confirmación de citas a través del farmacéutico el día anterior, enfrentando la limitante que los números que dan en su mayoría no corresponden. Asimismo, en el ebáis de Aurora dependiendo de la lista de espera, se brinda atención farmacéutica toda una mañana para adelantar pacientes.

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

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

#### 4.2. RESGUARDO DE PSICOTRÓPICOS EN FARMACIA SEDE

Se evidenció que la Farmacia del Área de Salud Heredia Virilla no dispone de mecanismos efectivos para la custodia y control de medicamentos psicotrópicos, debido a que ese centro de salud realiza el despacho total del almacén local de este tipo de medicamento y es almacenado en la jefatura de farmacia, sin ningún mecanismo de seguridad.

Sobre el particular, el Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos, en su apartado 14, Área de Almacenamiento define:

*“14.11 Los almacenes tendrán un área especial segregada para el almacenamiento de productos farmacéuticos controlados, la cual debe permanecer bajo llave o tener un sistema que permita el acceso sólo al responsable. Esta área debe estar bajo la responsabilidad del regente farmacéutico”.*

De la misma manera, el Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, detalla:

*“ 9.1.4. Almacenamiento y distribución de medicamentos Con relación a las actividades propias del almacenamiento y distribución de los medicamentos, aplica la normativa contemplada en el Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos vigente, y en términos generales con las tareas que se señalan a continuación:*

- *Almacenar y distribuir los medicamentos e insumos farmacéuticos en condiciones que permitan mantener la seguridad y calidad de los mismos (...).”*

Dadas las condiciones de almacenaje, en entrevista del 28 de febrero 2020, la Dra. Calderón Quintana refirió que los psicotrópicos se encuentran despachados y localizados en su oficina, debido a que no se

<sup>18</sup> Entrevista del 28 de febrero 2020



dispone de la capacidad instalada para almacenarlos de manera segura, razón por la cual, prefiere resguardarlos en su despacho, que cuenta con acceso restringido.

Es consideración que, si bien existe una condición de espacio en el almacén local de medicamentos, la jefatura de farmacia no ha efectuado las gestiones necesarias para atender de manera prioritaria lo que corresponde al resguardo de estos productos farmacéuticos que requieren de un mayor control.

Por tanto, la ausencia de mecanismos de seguridad que limiten el acceso, como equipos de refrigeración o muebles bajo llave que garanticen un control efectivo en la custodia de estos medicamentos, expone a daños patrimoniales a consecuencia de situaciones como hurto o deterioro dadas las condiciones actuales de almacenamiento.

#### 4.3. SOBRE EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN EBÁIS

Fueron identificadas oportunidades de mejora en la gestión de abastecimiento efectuada por el Almacén local a las sedes de farmacia del Área de Salud Heredia Virilla. Al respecto, se identificó que durante el último trimestre 2019 fueron efectuadas 217 solicitudes de pedido que contenían 6.597 líneas de medicamentos, de las cuales el 68,66 % de boletas de solicitud presentaron alguna diferencia entre la cantidad solicitada y lo despachado, ya sea porque la entrega fue parcial o no se entregó en su totalidad.

Asimismo, que cada ebáis superó entre 3 y 47 veces la cantidad de pedidos y extra-pedidos planificados para efectuar de manera mensual, según se detalla a continuación:

**CUADRO 5**  
**Cantidad de pedidos efectuados mensuales**  
**Área de Salud Heredia Virilla**

Ebáis	Mes	Boletas de pedidos efectuados	Cantidad de pedidos y extra-pedidos <sup>19</sup> planificados mensuales	Excedente de solicitudes
<b>Aurora</b>	Octubre	10	2	8
<b>Barreal</b>		10		8
<b>Despacho principal</b>		43		41
<b>Lagos</b>		10		8
<b>Aurora</b>	Noviembre	10		8
<b>Barreal</b>		8		6
<b>Despacho principal</b>		49		47
<b>Lagos</b>		9		7
<b>Aurora</b>	Diciembre	8		6
<b>Barreal</b>		14		12
<b>Despacho principal</b>		40		38

<sup>19</sup> La jefatura de farmacia en concordancia con la programación de entrega de insumos definida por el almacén nacional de medicamentos, designa una fecha de forma mensual para la solicitud de pedidos ordinarios al almacén local de medicamentos por parte de las distintas sedes de farmacia; de la misma manera, y bajo la premisa de eventualidades se permite realizar un segundo pedido mensual denominado "extra-pedido", dando así la posibilidad de efectuar dos pedidos mensuales por cada sede de farmacia.



<b>Lagos</b>		5		3
<b>Total</b>		217		192

Fuente: Farmacia A.S.H.V.

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

#### Capítulo IV, Normas Sobre Actividades de Control

##### *“4.1 Actividades de Control*

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

##### *4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones*

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

Con relación al despacho medicamentos, la Dra. Calderón Retana refirió en entrevista del 28 de febrero de 2020, que la gran cantidad de pedidos realizados durante el mes corresponde al traslado de la receta subsecuente de otros centros de salud, siendo que esta ha aumentado la salida de medicamentos; por lo cual, la forma de subsanar que el usuario tenga medicamentos a tiempo es mediante los extra-pedidos, garantizando así el no presentar un desabastecimiento.

De la misma manera, la Dra. Calderón Retana recalcó que el funcionario responsable de preparar los pedidos le comunica y consulta los ajustes que realiza; así mismo, que si hay que realizar alguna modificación en las cantidades solicitadas queda a discreción del jefe de proveeduría, quien analiza la cantidad en existencias, en vista que la idea es que alcance para todas las farmacias.

Por su parte, indicó que los regentes farmacéuticos mediante SIFA conocen la existencia de un medicamento a través de la herramienta de verificación de existencias; además, que el jefe de proveeduría al identificar un desabastecido comunica a las farmacias desconcentradas al ingreso de este. Sin embargo, manifestó que existía una directriz anterior la cual instruía que pese a conocer la no disponibilidad en el almacén local, se realizara la solicitud de medicamento como resguardo de la gestión realizada por cada farmacéutico.



Con el propósito de atender las diferencias presentadas en las cuotas actuales con la necesidad real, la Dra. Calderón Retana detalló que se están realizando las modificaciones de 20 líneas mensuales como ha sido autorizado por el ALDI en función de la necesidad del usuario.

Por tanto, es consideración que la metodología actual del servicio de farmacia para definir las cantidades de medicamentos al realizar solicitudes al almacén local no considera el trabajo realizado por los regentes farmacéuticos; así como, tampoco dispone de mecanismos de comunicación oportunos y efectivos.

Lo descrito ha incidido que no se pueda asegurar que los recursos institucionales se asignen de manera eficiente en mejorar la calidad de atención; así mismo, el no considerar la totalidad de la información disponible para la toma de decisiones, genera un impacto en la definición de cuotas efectivas de medicamentos por perfil epidemiológico, racionalidad y eficiencia de procesos, elementos que podrían generar un desabastecimiento de medicamentos, condicionando así el garantizar la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la prestación de servicios repercutiendo en la calidad de vida de los usuarios.

## 5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

Con relación a la atención brindada por el personal de enfermería, se concluyó que existen oportunidades de mejora en el desarrollo de actividades durante la prestación de servicios, según se describe a continuación:

### 5.1. EDUCACIÓN AL USUARIO

Se evidenció la necesidad de fortalecer las actividades de educación en salud efectuadas por el auxiliar de enfermería durante la prestación de servicios; así como, las orientadas a la prevención de la enfermedad del Área de Salud Heredia-Virilla.

Durante el desarrollo del estudio fueron encuestados 25 usuarios identificando que el 49 % de los usuarios considerados en el procedimiento indicó “no” haber recibido información relacionada con cuidados generales para prevención y control de la enfermedad y el 2 % detalló que dependía de quien se encontrara. Así mismo, en 19 de 37 (48 %) expedientes verificados, se evidenció que no disponen de educación adecuada o satisfactoria, ubicando estos resultados en una condición “crítica”, por cuanto obtuvieron un porcentaje menor a 85 %.

Como parte de los Derechos y Deberes relativos a la promoción y conservación de la salud personal y familiar, la Ley General en Salud (N° 5395), en su artículo 10, describe:

*“(...) Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales (...)”.*



La Ley 7085 y su Reglamento “Estatuto de Servicios de Enfermería”, en relación con las actividades de educación describe en su capítulo IV “De la descripción de los deberes y responsabilidades de las clases de puestos de enfermería y sus requisitos”, artículo 20, apartado tareas del auxiliar de enfermería:

*“(...) 6) Participar, por asignación de la persona profesional de enfermería, en la educación para la salud, según programación establecida (...)”.*

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería dirigido a los tres Niveles de Atención, en su enfoque IV Educación a la persona usuaria, su familia y comunidad, basada en conocimientos científicos, según necesidades del paciente, detalla:

*Estándar N° 4: El Personal de enfermería, en sus acciones directas con individuos o grupos, brinda educación basada en conocimientos científicos, necesidades de salud identificadas y recursos disponibles. Lo anterior, bajo el justificante que la educación contribuye a la promoción, conservación y restauración de la salud, así como, el individuo o grupo, a través de la educación, logra cambios de conducta, asume responsabilidades y puede tomar decisiones relacionadas con su salud.*

La Dra. Idianey Ortega Bustos, jefatura de enfermería, detalló<sup>20</sup> que el personal de enfermería dispone de programas de educación como el curso de parto, ferias de salud, trabajo adolescente y niños en escuelas, agregó que todas las actividades se abordan de manera interdisciplinaria, en su mayoría coordinadas por el ebáis. Asimismo, indicó que la educación durante la prestación de servicio se verifica a través de supervisión de EDUS y que cada sector tiene condiciones de demanda distintos, situación que interfiere de manera directa en el tiempo que dispone el auxiliar de enfermería para la educación; por cuanto, no solo debe efectuar la actividad de preconsulta.

Sin embargo, pese a esto la Dra. Ortega Bustos considera que Expediente Digital Único en Salud, al brindar la opción de enfatizar en los temas en los cuales se brinda educación, sin la necesidad de detallar una nota clínica de lo comentado, permite garantizar la oportunidad de abarcar la educación de manera satisfactoria y acorde a las necesidades del usuario.

Es criterio de este órgano fiscalizador que las actividades de supervisión, control y seguimiento efectuadas por la jefatura de enfermería no consideran elementos necesarios que garanticen la eficiencia y oportunidad necesarios para la toma de medidas preventivas y correctivas necesarias al identificar deficiencias en los procesos sustantivos de la educación efectuada.

Por lo anterior, se considera que la insuficiente educación brindada por el personal en salud condiciona la posibilidad de que la población pueda modificar sus conductas y adopte estilos de vida saludable para asumir responsabilidad en el cuidado de su estado físico y mental; así como, el disponer de la información necesaria para tomar decisiones que afecten su calidad de vida.

## **5.2. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (I.A.A.S.)**

---

<sup>20</sup> Entrevista del 27 de febrero 2020



Se identificaron oportunidades de mejora en la ejecución de las actividades relacionadas con medidas de prevención de infecciones asociadas en la atención en salud, por parte del personal de enfermería del área de salud de Heredia-Virilla.

Lo anterior, por cuanto en inspección efectuada el 19 de febrero 2020 se consultó al personal de enfermería acerca de la descripción de los 5 momentos del lavado de manos y la disponibilidad de información a los usuarios, identificando que desconocían la totalidad de los momentos y que no se disponía de información suficiente, oportuna y visible para la comunidad en general.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, define en su lineamiento 1 “Una Atención Limpia es Una Atención Segura”, detallando en las estrategias 1.1, 1.2 y 1.5 lo siguiente:

### **“Estrategia 1.2**

**APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA (MEDICA Y QUIRÚRGICA) EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

#### **Resultados esperados**

- *Personal profesional y técnico aplica en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado directo del usuario (a).*
- *Programas de Educación Continua de Enfermería de la CCSS con eje temático sobre principios de asepsia (técnica aséptica médica y quirúrgica), incorporado.*
- *Programas de formación de profesionales del área de la salud, con eje temático sobre principios de asepsia, incorporado tanto en el currículum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimientos de la CCSS.*

### **Estrategia 1.5**

**PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

#### **Resultados esperados**

- *Personal de salud de la CCSS realiza eficientemente acciones de prevención y control de las infecciones hospitalarias.*
- *Hospitales de la CCSS cuentan con Comité de Infecciones Hospitalarias.*
- *Personal de salud de la CCSS cumple con la normativa institucional sobre prevención y control de las infecciones hospitalarias (...)*”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público en el capítulo primero sección 1.5 con relación a la “Responsabilidad de los funcionarios sobre el Sistema de Control Interno”, lo siguiente:

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



Sobre el particular, la Dra. Ortega Bustos manifestó<sup>21</sup> que constantemente se trasladan actualizaciones de lineamientos y normativa relacionados con la prevención de las infecciones; además, que se han implementado pizarras informativas que están siendo actualizadas constantemente según la necesidad. Así mismo, detalló que disponen de información relacionada al lavado de manos y de un programa de supervisión durante la ejecución de procedimientos.

Por tanto, se considera que la jefatura de enfermería no ha dispuesto de un sistema de control que permita garantizar la continuidad de las buenas prácticas asépticas durante la prestación de servicios de salud; así como, el cumplimiento de los pronunciamientos para la prevención y control de infecciones asociadas en la atención en salud.

Siendo así, la ausencia de mecanismos de control eficientes, eficaces y oportunos exponen a la población en general a presentar complicaciones en su salud asociadas a la prestación de servicios de salud; además de, incurrir a la institución en costos operativos por acciones y comportamientos prevenibles.

### 5.3. SEGUIMIENTO A INFORMES DE SUPERVISIÓN

Se determinó que la jefatura de enfermería dispone de oportunidades de mejora en el diseño de actividades de seguimiento para la atención de los resultados y recomendaciones emitidas en la actividad de fiscalización efectuada por la profesional de enfermería encargada del programa de atención directa a la población del Área de Salud Heredia Virilla.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el capítulo 6 “Normas Sobre Seguimiento del SCI”, detalla:

#### *“(…) 6.1 Seguimiento del SCI*

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, actividades permanentes y periódicas de seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento de los elementos del sistema a lo largo del tiempo, así como para asegurar que las medidas producto de los hallazgos de auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan de manera efectiva y con prontitud.*

#### **6.2 Orientaciones para el seguimiento del SCI**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben definir las estrategias y los mecanismos necesarios para el efectivo funcionamiento del componente de seguimiento del SCI.*

*Dichas orientaciones deben ser congruentes y estar integradas a las gestiones relacionadas con la operación, mantenimiento y perfeccionamiento del SCI, ser de conocimiento de todos los funcionarios, estar disponibles para su consulta y ser revisadas y actualizadas periódicamente.*

---

<sup>21</sup> Entrevista del 27 de febrero 2020



*Como parte de tales orientaciones, entre otros, se deben establecer formalmente, mecanismos y canales de comunicación que permitan la detección oportuna de deficiencias y desviaciones del SCI, y que quienes las detecten informen con prontitud a la autoridad competente para emprender las acciones preventivas o correctivas que procedan, de acuerdo con la importancia y riesgos asociados (...)*”.

Con relación a esta actividad la Dra. Ortega Bustos refirió<sup>22</sup> que se analizan los datos más importantes indicados en los resúmenes de supervisión, para dar atención a las que corresponden a la actividad de la jefatura e implementar mecanismos para corregir lo evidenciado a nivel operacional.

Sin embargo, es criterio de esta Auditoría que los mecanismos actuales implementados por la jefatura de enfermería carecen de elementos que le permitan garantizar la atención oportuna de los aspectos que podrán considerar un riesgo en la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior, es de suma importancia que efectúen acciones que permitan mejorar los mecanismos de seguimiento, ya que las deficientes actividades de control; así como, la carencia de acciones efectivas y eficientes ponen en detrimento la calidad en los servicios brindados y por consiguiente afectar la calidad de vida de la población en general.

#### **5.4. CONTROL DE MATERIALES Y SUMINISTROS**

Se identificó la necesidad de fortalecer los mecanismos actuales para el resguardo y control de entregas de pañales, jeringas de insulinas y toallas sanitarias que se encuentran almacenadas en las distintas estaciones de enfermería de las sedes de Ebáis del Área de Salud Heredia-Virilla.

En inspección física efectuada el 19 de febrero 2020 se evidenciaron condiciones de hacinamiento, consecuencia del exceso de materiales disponibles en cada ebáis. Así mismo, los mecanismos de registro existentes carecen de elementos como firma de recibido, claridad y disponibilidad de la información.

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

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

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

##### **4.3 Protección y conservación del patrimonio**

---

<sup>22</sup> Entrevista del 27 de febrero 2020



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

La Dra. Ortega Bustos, hizo mención<sup>23</sup> que como parte de sus actividades para atender la necesidad de espacio para el almacenaje de materiales que se viene presentando, ha efectuado conversaciones con la dirección médica, sobre la preocupación de las condiciones de hacinamiento presentes, principalmente en el ebáis de la Aurora. Así mismo, mencionó que en algún momento manifestó la posibilidad de utilizar los espacios de salón multiusos o zonas laterales para adecuar un vacunatorio o consultorio, lo que permitiría liberar espacio para almacenar material. Indicó, además, de solicitar a la proveeduría definir un único día para entrega en los ebáis, de modo que al siguiente sean citados los pacientes para la recolección del material.

Es consideración de este órgano fiscalizador, que la jefatura de enfermería no ha efectuado las gestiones necesarias para atender las condiciones que se presentan en las áreas de trabajo dada la sobre existencia de materiales; así como, tampoco la implementación de actividades de control asociadas al proceso de entrega de insumos, el cual es realizado por parte del personal auxiliar de enfermería.

Por consiguiente, la ausencia de mecanismos efectivos para el control, custodia y entrega de materiales condicionan el garantizar la eficiencia y eficacia del uso de los recursos institucionales, ya que esto expone a que puedan presentarse deterioros o pérdidas por hurto o vencimiento, a consecuencia de las sobre existencias y las debilidades en los registros de entregas; lo anterior, impacta en las condiciones en las que se prestan los servicios, a causa de la cantidad de espacio requerido para el almacenaje en las estaciones de trabajo.

## 6. SOBRE EL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

Se identificó que ni el laboratorio clínico y la sede de farmacia del Área de Salud Heredia-Virilla, disponen de permisos de funcionamiento emitidos por el Ministerio de Salud, según se detalla a continuación:

**Cuadro 6**  
**Permisos de Funcionamiento**  
**Área de Salud Heredia Virilla**

	Vencimiento
Farmacia Sede	29/1/2012
Laboratorio Clínico	No tiene

Fuente: Evidencia aportada por ambos servicios

El Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines, define:

<sup>23</sup> Entrevista del 27 de febrero 2020



## Artículo 2

*"(...)*

*g. Habilitación: Trámite de acatamiento obligatorio realizado por el Estado, a través del Ministerio de Salud, para autorizar el funcionamiento de servicios de salud y servicios afines - tanto públicos como privados o mixtos-. Su objetivo es garantizar a los usuarios que estos servicios cumplen con los requisitos estructurales para dar la atención que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo razonable para los usuarios. Los requisitos que los servicios deben cumplir son en planta física, recurso humano, recurso material y equipo, suministros y documentación. (...)"*

## Artículo 4.-

*"(...) Servicios de salud sin habilitación: Ningún servicio de salud o afín, podrá funcionar sin tener un certificado de habilitación vigente. Las autoridades competentes del Ministerio de salud deberán ejecutar la clausura inmediata del servicio de salud que opere sin contar con el debido certificado de habilitación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 363 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud". (...)"*

En la Ley General en Salud, N° 5395 se dispone:

## ARTÍCULO 84.-

*"(...) Para establecer y operar laboratorios de microbiología y química clínica, patológicos y de cualquier otro tipo que sirva para el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades o que informe sobre el estado de salud de las personas, ya sean de carácter público, privado, institucional, o de otra índole, necesitan, al inscribirse en el Ministerio, presentar los antecedentes, certificados por el Colegio respectivo, en que se acredite que el local, sus instalaciones, el personal profesional y auxiliar y la dotación mínima de equipo, materiales y reactivos de que disponen, aseguran la correcta realización de las operaciones en forma de resguardar la calidad y validez técnica de los análisis y de evitar el desarrollo de los riesgos para la salud del personal o de la comunidad, particularmente, los derivados del uso de materiales radioactivos o de especímenes de enfermedades transmisibles y de su consecuente eliminación. (...)"*

## ARTÍCULO 97.-

*"(...) La instalación y operación de los establecimientos farmacéuticos necesitan de la inscripción en el Ministerio, previa autorización y registro en el Colegio de Farmacéuticos (...)"*

Con relación a la ausencia de permiso de funcionamiento la Dra. Angie Retana Blanco, jefatura de laboratorio clínico refirió<sup>24</sup>, que hasta octubre 2019 era únicamente una microbióloga; lo cual, condicionaba la inversión de tiempo entre actividades administrativas y la rutina en la prestación de servicios.

---

<sup>24</sup> En entrevista del 26 de febrero 2020



Al respecto la Dra. Karla Calderón Quintana, indicó<sup>25</sup> que existe una orden sanitaria por las condiciones del almacén local, lo que circunscribe el obtener la renovación del permiso.

Las acciones presentadas evidencian que ha existido inoportunidad por parte de las jefaturas de ambos servicios, administración y dirección médica para atender los requerimientos y necesidades definidos, de forma que se brinde cumplimiento a las condiciones mínimas de operación.

Por tanto, el no disponer de los permisos vigentes que así correspondan para el funcionamiento de servicios de laboratorios de microbiología y química clínica y atención farmacéutica expone a la Institución a una eventual interrupción del servicio, que conllevaría a la afectación en la calidad de la oferta de servicios a la población en general.

## 7. SOBRE LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO

Se determinó que existen oportunidades de mejora de los mecanismos de gestión y coordinación, así definidos por parte de la dirección médica y la jefatura de laboratorio clínico para la administración del ausentismo presentado para la toma de muestras en el Área de Salud Heredia Virilla.

Lo anterior, considerando lo indicado en el oficio ASHLAB-019-2020 del 25 de febrero de 2020, suscrito por la Dra. Angie Retana Blanco jefatura de laboratorio clínico, acerca de que el centro de salud presenta esperas con fechas de programación de hasta 6 meses en algunos ebáis y una media del 36,6 % de ausentismo, según se detalla a continuación:

**Cuadro 7**  
**Ausentismo Laboratorio Clínico**  
**Área de Salud Heredia Virilla**

<b>Ebáis</b>	<b>Ausentismo<sup>26</sup></b>	<b>Cupos Asignados<sup>27</sup></b>	<b>Cupos Perdidos</b>
<b>Lagos</b>	43 %	380	163
<b>Lagunilla</b>	35 %	260	91
<b>Guararí / Milpa</b>	30 %	1.440	432
<b>Barreal</b>	35 %	420	147
<b>Aurora</b>	40 %	680	272
<b>Total</b>		3.180	1.105

Fuente: Oficio ASHLAB-019-2020

La Ley General de Control Interno, establece que el sistema de control interno debe garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones, para que los recursos sean utilizados de forma óptima a fin de contribuir en el logro de los objetivos.

<sup>25</sup> Mediante correo electrónico del 16 de marzo 2020

<sup>26</sup> Corresponde al promedio mensual

<sup>27</sup> Cantidad de cupos totales mensuales



Las Normas de Control Interno para el sector público, establecen que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional.

Del particular la Dra. Retana Blanco, refirió<sup>28</sup> que la causa principal de la lista de espera consiste en que se dispone de 6 sectores para un único equipo de trabajo. En el caso particular del equipo de trabajo del ebáis de Aurora, este atiende 4 ebáis y se visita una vez a la semana por lo que se le debe dar prioridad a los usuarios que requieran atención más pronta, rezagando los de control general. Agregó que, como parte de las acciones ejecutadas los funcionarios informan a los usuarios que de estar insatisfechos de la fecha asignada pueden presentarse a la sede del área para recibir una cita ahí.

Asimismo, mediante certificación AHVLAB-019-2020 del 25 de febrero de 2020, la Dra. Retana Blanco describe que los funcionarios de Registros Médicos son los responsables de agendar las citas médicas a través del SIIS en los ebáis desconcentrados, y que se estaban desarrollando alternativas para disminuir la espera de los pacientes con exámenes generales sin prioridad, ya que no se puede sobrepasar la capacidad del servicio.

Es consideración que las acciones implementadas por parte de la dirección médica como la jefatura de laboratorio clínico, no han considerado la disposición de un análisis situacional de las condiciones que han incidido en la creciente demanda de servicios y que permita definir estrategias oportunas, efectivas y eficientes para la gestión del ausentismo en la prestación de servicios del laboratorio clínico.

Lo anterior, incide de manera negativa en la oportunidad y acceso satisfactorio a la prestación de servicios de salud a la población en general; además de que la carencia de acciones eficientes condiciona el uso efectivo de los recursos institucionales.

## **8. SOBRE LAS ACTIVIDADES DE REPOSICIÓN Y CONTROL DE REACTIVOS.**

Se determinó que el servicio de laboratorio clínico del Área de Salud Heredia-Virilla no dispone de elementos de control razonables, satisfactorios y objetivos para el registro de reactivos utilizados en el laboratorio clínico; asimismo, se comprobó la omisión de los instrumentos de control y la participación de la proveeduría en el procedimiento de solicitud y recepción de reactivos.

La Ley General de Control Interno, en su artículo 8 sobre el concepto de sistema de control interno, describe:

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

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

---

<sup>28</sup> Entrevista del 26 de febrero 2020



- c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) *Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.*

Así mismo, el artículo 10 sobre las responsabilidades por el sistema de control interno, detalla:

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

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

### *“5.3. Recepción de Reactivos*

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

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

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

EL Lic. Rolando Rojas Umaña, administrador a.i. del centro de salud, trasladó<sup>29</sup> lo indicado por el Sr. Pablo Picado Granados, encargado de proveeduría sobre la no participación en la recepción y conteo de pruebas efectivas; el cual, hizo mención que desconocía los alcances y características del contrato, además que cuando recibió el servicio no se estaba realizando dicho conteo y que desconocía que hubiera que realizarlo.

Así mismo, el Sr. Picado Granados refirió conocer que las pruebas efectivas se ven reflejadas en los sistemas del centro de salud, pero que el proceso de fiscalización de éstas corresponde a un contrato entre laboratorio y la empresa y que la compra corresponde al nivel central.

La Dra. Angie Retana Blanco hizo<sup>30</sup> referencia a que las plantillas para la solicitud, control y recepción de reactivos y pruebas efectivas no son aplicadas por facilidad, por cuanto esto implicaría efectuar un procedimiento adicional y que, el proceso realizado actualmente le permite realizarlo de forma más ágil. Así mismo, indicó desconocer la razón por la cual el funcionario de proveeduría no participaba en la

<sup>29</sup> Correo electrónico del 3 de marzo 2020

<sup>30</sup> Mediante entrevista del 26 de febrero 2020.



recepción de materiales y que posiblemente corresponde a un desconocimiento del proceso por ambas partes.

En virtud de lo anterior, es consideración de este órgano fiscalizador que la ausencia de mecanismos completos, razonables, integrados y congruentes; así como, la omisión a los procedimientos definidos para el control durante el proceso de ejecución contractual obedece a la falta de gestión efectiva y adecuada de la jefatura de laboratorio clínico.

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

## CONCLUSIÓN

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

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

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

En lo referente al fortalecimiento del sistema de control interno para gestionar de manera satisfactoria el ausentismo para la toma de muestras del laboratorio clínico y la cantidad de citas perdidas en la atención farmacéutica bajo la premisa de brindar un servicio oportuno y de calidad, es importante el diseño de estrategias alternativas que permitan definir una trazabilidad para la captación y continuidad de la población en general, ejerciendo conciencia sobre la importancia de este tipo de atención en el proceso de recuperación.

Además, de fortalecer mediante la administración el adecuado proceso de retiro de equipamiento en desuso o en mal estado de cada puesto de atención, siendo que la ausencia de acciones eficientes y oportunas no han permitido garantizar que las instalaciones dispongan de adecuados espacios de trabajo a consecuencia del hacinamiento.



## RECOMENDACIONES

### AL DR. GILBERTO MARÍN CARMONA, DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD HEREDIA VIRILLA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

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

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

2. Diseñar en conjunto con los miembros del equipo de apoyo y de conformidad con lo indicado en el hallazgo 2.1 referente fortalecer el programa de educación continua, un plan de actualización del marco normativo y otros aspectos técnicos necesarios para el desarrollo de las distintas actividades sustantivas de los funcionarios.

Para acreditar su cumplimiento y en un plazo de 6 meses, la dirección médica deberá aportar el plan definido; así como, la evidencia de su implementación el cual deberá considerar la totalidad de los funcionarios de los servicios considerados en el presente informe.

3. Instruir a las jefaturas de farmacia y laboratorio clínico según lo descrito en el hallazgo 2.2 del presente informe, referente al control y registro de la información personal de los funcionarios, la obligatoriedad en la aplicación de un proceso documentado de inducción al personal de nuevo ingreso, evaluación de periodo interino y registro actualizado de la información en los expedientes personales.

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

4. Analizar en coordinación con la jefatura de farmacia del Área de Salud Heredia Virilla, las estrategias implementadas para mejorar el indicador de ausentismo en la consulta farmacéutica según se detalló en el hallazgo 4.1, con el objetivo de identificar e implementar nuevas alternativas, que permitan mejorar los resultados obtenidos en la gestión de este indicador, debiendo documentarse formalmente mediante un plan de abordaje.



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, evidencia del análisis realizado y del plan de abordaje solicitado, con los responsables, cronograma y acciones correspondientes.

5. Ejecutar de conformidad a lo descrito en el hallazgo 4.2. sobre las condiciones de almacenamiento de medicamentos psicotrópicos, en conjunto con la administración y la jefatura de farmacia, que realicen las acciones que correspondan para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 11 del Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos, correspondiente al almacenaje y custodia de psicotrópicos.

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

6. Instruir a la jefatura de enfermería y en concordancia con lo evidenciado en el hallazgo 5.2 referente a la prevención de I.A.A.S., la obligatoriedad de disponer de información accesible, actualizada y oportuna a todos los miembros del equipo de trabajo y a la población en general. Asimismo, el diseñar espacios informativos en las distintas sedes de área con material alusivo a la prevención de la enfermedad.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 3 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de la instrucción emitida y de la implementación de los espacios informativos que permitan su visibilidad a la población en general.

7. Efectuar las siguientes acciones en atención a lo identificado en el en el hallazgo 8 correspondiente a la reposición y solicitud de reactivos:
  - a. Instruir a la jefatura de laboratorio, la obligatoriedad del cumplimiento de los protocolos definidos por parte de la institución para la gestión de solicitud y recepción de reactivos, en el cual se deberá retomar el uso de las plantillas para la solicitud, control y recepción de reactivos y pruebas efectivas.
  - b. Establecer en conjunto con la administración y la jefatura del servicio de laboratorio clínico, un procedimiento que permita garantizar la participación de la persona encargada de la proveeduría del Área de Salud Heredia Virilla en la recepción de insumos y conteo de pruebas efectivas del laboratorio clínico, con el objetivo de dar cumplimiento a lo así dispuesto en el protocolo para la gestión de solicitud y recepción de reactivos, en concordancia a lo descrito en el hallazgo 9.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá aportarse en el plazo de 3 meses posteriores al recibo del presente informe, evidencia de la instrucción e implementación efectiva de los protocolos indicados y el uso de las plantillas correspondientes (inciso a); en el caso del punto b) se deberá aportar evidencia del procedimiento definido y de su implementación.



8. Desarrollar, en conjunto con la administración, las jefaturas de laboratorio clínico y farmacia en atención a lo evidenciado en el hallazgo 6 relacionado con los permisos de funcionamiento, un análisis de los aspectos que se encuentran pendientes para que el laboratorio clínico y farmacia sede de ese centro de salud dispongan de dichos permisos de funcionamiento, y de conformidad con esa información se elabore un plan de abordaje para gestionar los permisos y un mecanismo de seguimiento que garantice el cumplimiento de las acciones contempladas en el citado plan. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, se deberá aportar el avance del cumplimiento del plan de abordaje y el estado de los permisos de habilitación.
9. Identificar y analizar, en conjunto con la jefatura de laboratorio clínico y en concordancia con lo así descrito en el hallazgo 7, relacionado con el ausentismo para toma de muestras, las causas que dan origen a esta condición, considerando la asignación de cupos por centro de salud, ausentismo, procedimiento para asignación de citas, desplazamientos, disponibilidad de recursos, entre otros. Con el resultado de esto, deberán diseñar un plan de acción que permita gestionar de manera eficiente la demanda de servicio y garantizar un servicio oportuno y eficiente a la población.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, se deberá presentar resultado del análisis efectuado, el plan de acción correspondiente y evidencia de su implementación.

**A LA LICDA. MAYRA ARCE MIRANDA, ADMINISTRADORA DEL ÁREA DE SALUD HEREDIA VIRILLA O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

10. Proceder a realizar las gestiones pertinentes, según lo evidenciado en el hallazgo 3 sobre la gestión de activos, según se detalla a continuación:
  - a. Efectuar el retiro de los equipos en desuso y en mal estado, localizados en los puestos de trabajo de farmacia, enfermería y laboratorio clínico de las sedes de Ebáis y sede de Área.
  - b. Ejecutar según sea procedente el proceso de destrucción, retiro o donación de los equipos, con el objetivo de atender las condiciones de hacinamiento presentes en consecuencia del almacenaje de estos.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe, deberá aportarse evidencia de equipos en desuso y mal estado en los puestos de trabajo (inciso a) y del proceso de gestión de activos que corresponde para la atención del punto b).

**A LA LICDA. MAYRA ARCE MIRANDA, ADMINISTRADORA Y LA DRA. IDIANEY ORTEGA BUSTOS, JEFATURA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD HEREDIA VIRILLA O QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO**



11. Identificar, analizar y diseñar en concordancia con lo identificado en el hallazgo 5.4, relacionado con el control de materiales y suministros, un plan remedial que atienda las necesidades de almacenaje, control y seguridad de materiales que se encuentran disponibles en las distintas sedes de Ebáis para ser entregados a los usuarios, en el tanto se efectúen acciones integrales que requieran una mayor inversión. Con el objetivo de atender las condiciones de hacinamiento y controles insuficientes presentados actualmente.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe deberá aportarse el diseño del plan remedial, evidencia de su ejecución y el avance en los objetivos definidos, el mismo deberá disponer del detalle de los responsables y los plazos de implementación.

**A LA DRA. IDIANEY ORTEGA BUSTOS, JEFATURA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD HEREDIA VIRILLA O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

12. Proceder a efectuar las acciones de mejora según lo así evidenciado en los hallazgos 5.1 concerniente a la educación brindada al usuario por parte del personal de enfermería y 5.3 referente a las actividades de supervisión al personal de enfermería, esto según se detalla a continuación:

- a. Diseñar e implementar según lo evidenciado en el hallazgo 5.1, un plan de mejora que permita garantizar el brindar a la población en general educación acorde a su condición de salud.
- b. Diseñar en concordancia con lo descrito en el hallazgo 5.3, un programa para la atención y seguimiento de los resultados obtenidos en el proceso de supervisión, el mismo deberá disponer de responsables y planes de implementación que garanticen su continuidad y cumplimiento.

Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe para el inciso a) deberá aportarse el diseño del plan de mejora, evidencia de su ejecución y el avance en los objetivos definidos, el mismo deberá disponer del detalle de los responsables y los plazos de implementación. En lo correspondiente al inciso b) deberá aportarse el programa de abordaje para atención de aspectos detectados en los informes de supervisión, detallando los responsables del proceso, así como evidencia de su implementación.

**A LA DRA. KARLA CALDERÓN QUINTANA, JEFATURA DE FARMACIA DEL ÁREA DE SALUD HEREDIA VIRILLA O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

13. Analizar, diseñar e implementar a partir de lo evidenciado en el hallazgo 4.3 el cual corresponde al abastecimiento en las sedes de farmacia, un plan de mejora que permita ajustar las cuotas de medicamentos solicitados y entregados garantizando la continuidad en los servicios y el uso eficiente de los recursos institucionales.



Para acreditar el cumplimiento de lo recomendado en un plazo de 6 meses posterior al recibo del presente informe deberá aportarse resultado del análisis; así como, la ejecución y el avance del plan de mejora que deberá contener el responsable de la actividad y los plazos de implementación.

## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro social, los principales resultados del presente informe fueron comentados el 3 de junio de 2020 con Dr. Gilberto Marín Carmona, Director Médico, Licda. Mayra Arce Miranda, Administradora, Dra. Karla Calderón Quintana, jefatura de farmacia, Idianey Ortega Bustos, jefatura de enfermería y la Dra. Angie Retana Blanco, jefatura de laboratorio clínico, todos funcionarios del Área de Salud Heredia Cubujuquí.

El Dr. Marín Carmona, solicitó la ampliación del plazo de cumplimiento de la recomendación 2, a 6 meses, a consecuencia de las condiciones actuales de atención de la pandemia originada por COVID-19. Ajuste fue realizado en el presente informe.

## ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Rocky Calderón Rodríguez  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Miguel Ángel Salvatierra Rojas  
**JEFE SUBÁREA**

MASR/RMCR/ams



**ANEXO 1**  
**DETALLE DE EQUIPOS EN DESUSO**  
**SEDE DE ÁREA Y EBAIS DESCONCENTRADOS**

Placa	Activo	EBAIS
638766	Balanza con tallímetro de adulto	Lagos
809140	Esfigmomanómetro aneroide de pared	Lagos
809141	Esfigmomanómetro aneroide de pared	Lagos
794257	Teléfono	Lagos
794258	Teléfono	Lagos
675267	Aspirador	Lagos
809161	Nebulizador	Lagos
638722	Balanza pediátrica	Lagos
809150	Balanza pediátrica digital	Lagos
809151	Romana pediátrica digital	Lagunilla
615264	Aspirador	Lagunilla
809139	Esfigmomanómetro mercurial	Lagunilla
809148	Balanza pediátrica electrónica	Guararí
809146	Esfigmomanómetro de pared	Guararí
809147	Esfigmomanómetro de pared	Guararí
400911	Base para esfigmomanómetro mercurial	Guararí
1640772	Romana placa Ministerio de Salud	Guararí
497776	Romana pediátrica	Guararí
486370	Romana pediátrica	Guararí
593137	Aspirador	Guararí
809135	Esfigmomanómetro de pared	Aurora
515773	Teléfono Siemens	Aurora
814550	Teléfono marca Panasonic	Aurora
675227	Aspirador	Aurora
809156	Nebulizador	Aurora
1148697	Nebulizador	Aurora
809157	Nebulizador	Aurora
809153	Báscula pediátrica	Aurora
593138	Aspiradores	Urgencias
675262	Aspiradores	Urgencias
541274	Aspiradores	Urgencias



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

Placa	Activo	EBAIS
809159	Nebulizador	Urgencias
653049	Nebulizador	Urgencias
675223	Nebulizador	Urgencias
675221	Nebulizador	Urgencias
889515	Micrófono	Urgencias
593124	Balanza pediátrica	Urgencias
593124	Balanza pediátrica	Urgencias
809137	Esfigmomanómetro	Barreal
675225	Nebulizador	Barreal
489515	Balanza de niños	Barreal
675263	Aspirador	Barreal
638724	Balanza de niños	Barreal
457279	Camilla	Barreal
593121	Mesa	Barreal
1611823	Escritorio	Barreal
593188	Banco	Barreal
Sin placa	Camilla	Barreal
809138	Esfigmomanómetro	Barreal
809193	Impresora Epson FX-890	Farmacia
1169008	Selladora de banda	Farmacia
300725	Máquina de escribir	Farmacia
794263	Teléfono	Farmacia
411436	Refrigeradora	Farmacia
809108	Reloj marcador	Farmacia
285962	Silla ergonómica	Farmacia
634013	Impresora inyección de tinta Epson	Farmacia
744248	Máquina de escribir	Farmacia
639025	Máquina de escribir	Farmacia
728934	Teléfono analógico	Farmacia
488658	Microscopio	Laboratorio