



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

ASS-109-2019
18-09-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se origina en atención al Plan Anual Operativo 2019, del Área de Servicios de Salud, en el apartado de estudios especiales.

La evaluación evidenció la necesidad de mejorar la gestión técnica y administrativa que desarrolla la Dirección de Enfermería del Hospital Max Peralta Jiménez.

Referente al Plan de Gestión 2018 y la proyección de metas que realizó la Dirección de Enfermería, se determinó la importancia de optimizar la planificación o proyección de metas por cuanto el Plan de Gestión 2018 no refleja una mayor inclusión de aspectos sustantivos y de riesgo, en cuanto a los procesos de atención de enfermería y que fueron identificados como debilidades en el Servicio de Enfermería.

Sobre el proceso de Supervisión, aunque la Dirección de Enfermería ha generado disposiciones de orden administrativo y efectúa estrategias de cumplimiento, este proceso de control no es efectivo para verificar que se cumplan con los procedimientos y actividades sustantivas definidas en la gestión de cuidado por parte del personal de Enfermería.

En el tema de cumplimiento de estándares de Enfermería se detectaron debilidades relacionadas con la identificación del paciente (estándar 17.1), uso del gafete institucional por parte de los trabajadores, y en la gestión de medicamentos, específicamente en cuanto al Stock y Carro para Emergencias, condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y custodia de los medicamentos.

Finalmente, en el tema relacionado con el grado de adherencia a las prácticas higiénicas por parte del personal de salud, se determinaron debilidades en la realización de algunos procesos cotidianos de atención al usuario.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

ASS-109-2019
18-09-2019

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DR. MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ GERENCIA MÉDICA UP 2306

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en cumplimiento al Plan Anual Operativo 2019, del Área de Servicios de Salud, en el apartado de estudios de carácter especiales.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión técnica y administrativa en el Servicio de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Evaluar la programación y el cumplimiento de metas del Servicio de Enfermería por medio del Plan de Gestión 2018.
2. Evaluar el sistema de Supervisión que implementa la Dirección de Enfermería.
3. Verificar la implementación de los estándares de Enfermería relacionados con la gestión de medicamentos, identificación de la persona usuaria y uso del gafete institucional.
4. Verificar el grado de adherencia del personal de salud a las prácticas sanitarias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.

ALCANCE

El período evaluado comprende el 2018, ampliándose en aquellos aspectos que se considere necesario. El alcance del estudio comprendió la revisión de las siguientes actividades y procesos: dirección, conducción y supervisión de la Dirección de Enfermería, cumplimiento de metas del Plan de Gestión, aplicación de estándares de enfermería, adherencia del personal de salud a las prácticas sanitarias para la prevención y control de las infecciones. El período evaluado comprende el 2018, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

METODOLOGÍA

En cumplimiento a los objetivos propuestos se efectuaron los siguientes procedimientos metodológicos:

Entrevistas y solicitud de información a los siguientes funcionarios del Hospital

- Dra. Jeannette Quirós Quesada, Directora de Enfermería.
- Dra. Lourdes Ruiz Velásquez, Supervisora- Área de Medicinas

Revisión y análisis de los siguientes documentos:

- Diagnóstico Situacional del Servicio de Enfermería, 2017-2018
- Manual de Organización del Servicio de Enfermería 2017.
- Gestión documental de la Dirección de Enfermería.
Gestión documental Comisión Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Visita a Hospitalización, a fin de aplicar las diferentes pruebas de cotejo en procedimientos de Enfermería.

MARCO NORMATIVO

- Ley 7085 y su Reglamento, Estatuto de Servicios de Enfermería
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, sesión de Junta Directiva 8139 del 22 de marzo del 2007.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO- DFOE)
- Normas de Habilitación del Ministerio de Salud para establecimientos con más de 20 camas.
- Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2016
- Manual de Procedimientos de Enfermería, Gerencia Médica 2012.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares en Salud en Enfermería dirigido a los tres niveles de Atención.
- Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, ASDT, CNSF.002,2016
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento y Distribución de Medicamentos, Gerencia Médica, 2013.
- Estrategia Multimodal para el Mejoramiento de la Higiene de Manos de la OMS, Primer Reto Global para la seguridad del paciente "Atención Limpia, Atención Segura".
- Recordatorio de la Gerencia Médica GM-AUDB-21632-2017, Medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de Medicamentos a Nivel Institucional,2017.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

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 N.º 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

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

La enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad.

La función de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible (Henderson, 1977, p.4).

Los Estándares¹ de Calidad en los Servicios de Enfermería se definen como: *“aquellos requisitos mínimos, o niveles aceptables que ayudan a asegurar un cuidado de enfermería eficiente y libre de riesgos, cuya utilidad radica en comparar lo que se hace con lo que se debiera hacer”* y de esta forma validar la aplicación de aspectos técnicos y operativos que garanticen el servicio brindado.

1. SOBRE LA PLANIFICACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.

Se determinó la importancia de mejorar la planificación o proyección de metas que se efectúa en la Dirección de Enfermería. Lo anterior, por cuanto el Plan de Gestión 2018 no refleja una mayor inclusión de aspectos sustantivos y de riesgo, en cuanto a los procesos de atención de enfermería y que fueron identificados como debilidades en el Servicio de Enfermería.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público señalan en el Capítulo I Normas Generales, punto 1.2 Objetivos del Sistema de Control Interno:

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.

De acuerdo al Plan de Gestión 2018, la Dirección de Enfermería identificó debilidades que afectan la prestación del servicio, dentro de las que destacan: - Profesionales de Enfermería con duplicidad de funciones, apertura o ampliación de programas consultas o servicios por medio de contratación de tiempo extraordinario, ausencia de enfermeras generales en áreas complejas como Emergencias, Medicinas y

¹ Manual de Estándares de Enfermería, Gerencia Médica, CCSS.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Cirugías, atención menos humanizada debido a la implementación del EDUS, debilidad en programas de Consulta Externa en cuanto al seguimiento domiciliario, sub-registro de medicamentos administrados, debido a que el sistema digital demanda mayor tiempo para el proceso, ausencia de bodegas para la custodia de activos en todos los servicios, el entre otras.

Asimismo, en el Plan de Gestión, se proyectaron 7 metas, cuyos porcentajes de cumplimiento se muestran.

CONTROL DE METAS PROPUESTAS PARA EL AÑO 2018

N° Meta	Meta Propuesta	% de Cumplimiento
1	Evaluar el cumplimiento del 80% en la programación de sesiones de enfermería bajo la taxonomía de NANDA, NIC, Y NOC.	100
2	Capacitar al 100% del personal de nuevo ingreso sobre aspectos administrativos y procesos de atención más importantes del departamento, según perfil ocupacional.	100
3	Verificar el cumplimiento del programa de educación continua de las diferentes áreas de hospitalización, Emergencias, Sala de Operaciones, Central de Esterilización Consulta Externa, IAAS.	100
4	Medir el nivel de calidad del registro de la intervención de enfermería.	-
5	Cumplimiento de un 100% de la programación del seguimiento de las diferentes metas de cada área.	50
6	Realizar 20 reuniones administrativas en el año con el grupo gestor del departamento	87
7	Evaluar el programa de educación al egreso del usuario del servicio de medicina y cirugía	100

Fuente: Plan de Gestión 2018- Dirección de Enfermería

De acuerdo a los porcentajes de cumplimiento se obtuvo que, de las 7 metas planificadas, 4 de ellas alcanzaron el 100% de cumplimiento, a saber, las metas 1,2,3 y 7. Al respecto, éstas se refieren a logros relacionados con la capacitación o educación continua de enfermería, y en los procesos de atención para el personal de nuevo ingreso.

En cuanto a la meta 6 (reuniones administrativas) se logró el 87% lo que corresponde a 20 reuniones de 23 programadas.

Acerca de los cumplimientos más bajos, se obtuvo el 50 % en la meta 5 relativa "Cumplimiento de un 100% de la programación del seguimiento de las diferentes metas de cada área"; lo que se tradujo en el faltante de 2 seguimientos de control.

En cuanto a la meta 4, no se registró un porcentaje de cumplimiento. Referente a esta meta, se indicó que "se inició la utilización del EDUS, se realizan 3 controles por parte del equipo, pero estábamos en el cambio de estructura, de la nota de enfermería y el cambio al sistema digital".

La Dra. Quirós Quesada, Directora de Enfermería indicó al respecto: "Con respecto a las metas programadas para el 2018, se establecieron en base a lo solicitado en el Nivel Central y de acuerdo al Plan Funcional. La institución había invertido en capacitar en los diferentes indicadores y metas, entonces nos basamos en eso, para conocer el avance. También se consideró los indicadores y estándares de Nivel Central".



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

En cuanto a la meta 4 si se realizaron los controles inclusive tenemos un informe donde se trabajó con el instrumento anterior. Se ha estado capacitando al personal en la nota de enfermería SOAPE porque se realizaba con el esquema céfalo caudal.

Acerca de la meta 5 "las supervisoras son las que presentan el avance de los instrumentos y metas por áreas que pactaron. Principalmente, notas de enfermería, satisfacción del cliente externo, entre otros. En el 2018 fue un poco difícil hacer este control de avance de metas, pero para este 2019 ya se está con un cronograma establecido de 4 seguimientos para todos los servicios. Referente a la meta 7, el programa se inició desde julio 2018. Incluye alta Programada y Egresos estándar y se otorgan los permisos especiales. Se está aplicando en Medicina y en Cirugía".

A propósito de lo antes descrito, la planificación de metas no reflejó una mayor inclusión de aquellos procesos tipificados como debilidades. Asimismo, el seguimiento o control al cumplimiento efectivo de las metas planificadas no se logró concretar en su totalidad, lo que afecta el sistema de control interno implementado por la Dirección de Enfermería. Al respecto, el cumplimiento general de las 7 metas descritas alcanzó únicamente el 57%.

La generalidad descrita en la proyección de metas del plan de gestión ocasiona que no se refleje una proporción razonable entre los aspectos considerados como de riesgo y los indicadores históricos o solicitados por el nivel central. Lo anterior podría generar esfuerzos diluidos que no impactan en la gestión de dirección, y no propician un mejoramiento continuo sostenible, afectando finalmente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Se determinó que el proceso de Supervisión requiere ser fortalecido, aunque la Dirección de Enfermería ha generado disposiciones de orden administrativo y efectúa estrategias de cumplimiento, este proceso de control no es efectivo para verificar que se cumplan con los procedimientos y actividades definidas en el servicio.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, Capítulo IV Normas sobre Actividades de Control indican en el punto 4.5.1 Supervisión Constante:

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

La Ley 7085 Estatuto de Servicios de Enfermería indica en el capítulo III De la Clasificación de los Puestos de Enfermería, Enfermera 4, Condiciones Organizacionales y Ambientales:

"... Le corresponde ejercer supervisión sobre enfermeras de menor nivel y personal auxiliar, al cual debe asignar el trabajo y supervisar su ejecución."

El Manual de Procedimientos para la Supervisión de Enfermería en los tres niveles de atención² señala:

² Gerencia Médica.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

“En los tres niveles de atención, el personal de enfermería debe ser supervisado por quién corresponda. A través de la supervisión, se busca dar acompañamiento al personal a su cargo- unidad- hospital- Área de Salud- Región, en el cual se identificarán las fortalezas y debilidades “.

La misma norma indica en cuanto a la supervisión directa:

(...) Se realiza mediante la observación real de la acción, pudiendo hacerse en visita o a través de grabaciones de campo, aplicando los instrumentos de supervisión estandarizados.

Sobre la supervisión indirecta señala:

(...) es una asesoría técnica que se aplica a nivel de productos, para ello se utiliza la investigación documental y los hallazgos encontrados deben ser registrados en un informe. Se realiza con base en lo que la persona explica, registra documentalmente y aporta a un nivel inmediato superior, usualmente revisando los informes de las actividades realizadas (...)

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los Tres Niveles de Atención indica en el estándar IX- Plan de Supervisión escrito, sistemático y continuo para medir la cantidad y calidad de la Gestión de Enfermería:

“Estándar N.º 9: Existe un plan escrito de supervisión sistemático y continuo, que define las actividades para lograr y controlar la cantidad y calidad de la Gestión de Enfermería”.

La misma norma indica en relación con la Justificación del estándar: *“Un Plan escrito de supervisión sirve para desarrollar en forma ordenada, actividades que promueven una Gestión de Enfermería de calidad y con el grado de eficacia y eficiencia deseado”.*

En consulta³ realizada a la Dra. Jeannette Quirós Quesada, Directora de Enfermería manifiesta:

“(...) Cada supervisora tiene un plan de trabajo del área que le fue asignada, así como una lista de actividades varias que se controlan o supervisan mediante las Visitas Gerenciales. Se les solicita las evidencias de las reuniones y procesos que se llevan a cabo con el personal a cargo. Luego de acuerdo a las situaciones detectadas en las visitas gerenciales, se les solicita también planes de mejora para efectuar el seguimiento correspondiente.

“Actualmente el 50 % del equipo de supervisión corresponde a personal en formación, por tal motivo es indispensable el proceso de acompañamiento de la jefatura. Este acompañamiento no se logra realizar efectivamente por la falta de recurso. Otro factor que influye es la falta de liderazgo de la enfermera de piso, lo cual ocasiona intervención de las supervisoras en aspectos que ellas deben de solucionar.”

La Dra. Quirós adiciona, en cuanto a los factores que intervienen en la mejora de los procesos: *“(...) la principal debilidad corresponde a la falta de una sub- dirección clínica con la cual se lograría el seguimiento de los puntos de mejora detectados, así como el seguimiento de los planes de trabajo de cada supervisora de área.*

En el mismo orden de ideas, la Supervisión del área de Medicinas indicó: *“(...) ejercer la supervisión directa es difícil de implementar, porque también hay muchos procesos administrativos (...)*”

³ Cédula Narrativa del 22 de mayo de 2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Con respecto al Equipo de Supervisión de Enfermería, está compuesto por 13 Profesionales, asignados en las diferentes áreas: Pediatría, Terapia Intensiva, Emergencias, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Consulta Externa y Programas, Sala de Operaciones y Recuperación, Supervisión II y III Tercer Turno.

En cuanto al sistema de supervisión, se basa principalmente en recorridos diarios a los diferentes servicios con la respectiva atención incidental, la implementación de la Visita Gerencial y el seguimiento a las metas pactadas por cada servicio de atención, en el Plan de Trabajo definido.

En el caso de las Visitas Gerenciales, se aplican diferentes instrumentos de supervisión:

1. Instrumento de Visita Gerencial para los aspectos clínicos y administrativos del E-4.
2. Instrumento de Visita Gerencial – Aspectos Generales.
3. Instrumento de Visita Gerencial Evaluación de los Cuartos Sépticos.
4. Instrumento de Visita Gerencial Evaluación del Cuarto para Administración de Medicamentos.

Al respecto, estos instrumentos permiten detectar disconformidades de acuerdo a los rubros que se contemplan y a partir de lo obtenido, la dirección de Enfermería solicita un plan remedial al encargado de Supervisión y se le brinda seguimiento.

En el caso de los Planes de Trabajo, éstos se basan en metas pactadas y para conocer el avance en el cumplimiento se solicitan informes cada tres meses.

Ahora bien, referente a las Visitas Gerenciales⁴ que efectuó la Dirección de Enfermería con el equipo asignado en el período 2018-2019 se determinaron una serie de debilidades en los servicios de atención visitados, como se detalla en el siguiente cuadro:

Período	PRINCIPALES OBSERVACIONES
2018	Debilidades en la gestión administrativa: Actualización de normativa administrativa y técnica Realización de reuniones con personal, revisión de registros de enfermería. Control y seguimiento de instrumentos y planes de mejora. No se brinda seguimiento a la herramienta de LPP No se efectúa un control razonable sobre procesos técnicos como: Control de Ingesta y Excreta- Vías Periféricas -Gestión de Medicamentos-, Mantenimiento del Cuarto Séptico y Manejo de Soluciones Antisépticas- Mantenimiento de Activos. Manejo de Residuos Bioinfecciosos
2019	Debilidades en la gestión administrativa: Actualización de normativa administrativa y técnica No se gestiona la Lista de Activos Distribución de actividades de acuerdo a perfil ocupacional Control y seguimiento de instrumentos, cumplimiento de metas pactadas, planes de mejora y acuerdos tomados No se efectúa un control razonable sobre procesos técnicos como: Manejo de Material Estéril-Identificación del usuario-Control de Ingesta y Excreta-Vías Periféricas- Manejo de Vía Central- Procedimiento de Curación-Mantenimiento del Cuarto Séptico y Manejo de Soluciones Antisépticas- Uso de joyería en el personal- Lavado de manos.

Fuente: Visitas Gerenciales/Dirección de Enfermería 2018-2019 (primer cuatrimestre)

⁴ HMP-D.ENF. -01130-2018-HMP



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Como se puede observar, la Dirección de Enfermería identificó una serie de inconsistencias en el desarrollo de las actividades administrativas y técnicas que se han asignado al equipo de supervisión. Como ejemplo de lo anterior, debilidades en el control y seguimiento a planes de mejora y otras herramientas ya definidas en ciertos procesos técnicos.

Aunado a lo anterior, se indicó que algunos de los procesos técnicos no se controlan en forma razonable, por ejemplo; Manejo de Material Estéril, Identificación del usuario, Manejo de Vía Central- Procedimiento de Curación, Lavado de Manos entre otros.

Sin embargo; es relevante mencionar que tomando como ejemplo las metas pactadas durante el 2018 por los diferentes servicios de atención, se obtiene que entre otras cosas, se refieren primordialmente a lograr porcentajes de cumplimiento en temas como la aplicación de los criterios técnicos en las notas de enfermería, alcanzar la meta educativa programada, implementar la utilización de instrumentos de control como la hoja de Lesiones por Presión, lograr encuestas satisfactorias sobre la atención al cliente externo, disminuir la incidencia de úlceras por presión, entre otras.

Sin embargo; esta programación de metas por servicio no refleja una inclusión razonable de los aspectos sujetos a mejora detectados en las Visitas Gerenciales ya sea en el área de los procesos administrativos o técnicos que intervienen en la gestión de cuidado del usuario hospitalizado.

Las fallas detectadas en el proceso de supervisión podrían originarse a varios factores. Como indica la Dirección de Enfermería a "que la mayoría del personal asignado a esta labor se encuentra en formación", otro aspecto sería que el personal no ha interiorizado la educación continua que se les brinda y no menos relevante la falta de control y fiscalización por parte del Profesional de Enfermería a cargo del servicio sobre las tareas asignadas.

Aunado a lo anterior; no se logra conjugar en forma razonable el seguimiento a los aspectos de mejora planteados en las Visitas Gerenciales, la revisión incidental de procesos con el Profesional de Enfermería a cargo cuando se realizan los recorridos cotidianos y la planificación de metas de cada servicio.

Lo anterior ocasiona esfuerzos diluidos que no logran impactar en los procesos de atención básicos y rutinarios, afectando los estándares de calidad, ya que la mayoría de las debilidades encontradas, ya se han identificado en períodos anteriores. Asimismo, se afecta el cumplimiento de objetivos, la detección temprana de posibles riesgos y el establecimiento de medidas de corrección.

El proceso de supervisión se deriva de la realización de una "inspección superior" (como lo define la Real Academia Española) que lleve a la Jefatura a cargo a la comprobación del trabajo⁵, desde un rendimiento adecuado, y es una función que se recomienda sea efectuada en forma simultánea a la ejecución de las tareas asignadas.

Considera esta Auditoría sin el menoscabo de las acciones realizadas que el proceso de supervisión ejercido no ha logrado impactar los procesos de atención técnicos ni administrativos dirigidos a los usuarios hospitalizados.

⁵ Reyes Ponce Agustín, Administración Moderna, Editorial Limusa Noriega, 2004.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

3- DEL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.

Se procedió a revisar el cumplimiento del estándar N° 17.1, relacionado con el Sistema de Identificación de Pacientes en Hospitalización y se cotejaron las pulseras de identificación y números de cama en 15 usuarios hospitalizados, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro N° 1
Aplicación Estándar de Enfermería N° 17.1
Hospitalización en el Servicio de Medicina
Hospital Max Peralta Jiménez
Mayo 2019

Aplicación de Estándar- Servicio Medicina Hombres	Pacientes revisados	# de pacientes con pulsera de identificación	# de pacientes sin pulsera de identificación
Medicina Hombres	12	11	1

Fuente: Elaboración propia, recorrido en Medicina – Hombres.

En la prueba efectuada, se localizó 1 usuario sin pulsera de identificación, así como 1 unidad sin rotulación; es decir 1 paciente sin número asignado, en pared ni en cama.

Las Normas de Control Interno⁶, Capítulo IV sobre las actividades de control, punto 4.1 señalan:

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.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud, establece en el estándar N°17.1:

“Existen normas y políticas de atención a la persona usuaria que incluyen precauciones de seguridad”

Asimismo, dentro de los criterios de evaluación para este estándar: *“Persona usuaria identificada de acuerdo con la norma institucional”* y como evidencia *“Uso de la pulsera de identificación en cada persona usuaria sin excepción”* y *“Rotulación en la unidad de la persona usuaria”*.

De acuerdo con lo externado por la Supervisora de Enfermería *“Generalmente el paciente viene con pulsera de admisión y aquí se mantiene identificado. Por indicación de la administración del hospital, solo se pueden poner los números “colocados encima”, no se puede pegar nada”*

En la revisión efectuada el usuario que no portaba pulsera de identificación externó *“que no sabía que se hizo la pulsera”*.

⁶ Normas de Control Interno para el Sector Público, 2009.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Asimismo, esta Auditoría procedió a revisar los registros físicos denominados Distribución de Trabajo – mayo 2019- Profesionales de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Asistentes de Pacientes y no se logró verificar la asignación de este estándar de enfermería.

En forma posterior, de acuerdo a documento elaborado⁷ el 13 de junio “Plan de Trabajo” se identificó en las asignaciones semanales para ejecutar por la Supervisión “Cuarta Semana- Revisión identificación del paciente (pulsera- pizarra).

La relevancia de un sistema de identificación de pacientes, como método de aseguramiento de la calidad, radica en la confiabilidad que se puede obtener a partir de los datos registrados en las pulseras de identificación de cada paciente. Lo anterior, es fundamental ante la posibilidad de un cambio en la ubicación del usuario, considerando el elevado riesgo de presentarse un error en la administración de medicamentos, de dietas, preparación para exámenes diagnósticos, diversos procedimientos médicos y de enfermería e inclusive para llevar al usuario a sala de operaciones, sin obviar la importancia de estar correctamente identificados ante una emergencia que implique una evacuación del centro de salud.

Esta debilidad en el sistema de identificación de pacientes se debe a fallas en la supervisión de la actividad de enfermería, en el análisis de los métodos de trabajo, así como; a la necesidad de interiorizar este estándar de aseguramiento de la calidad, como una prioridad en cuanto al cuidado que se brinda y como medida de protección ante una posible mala práctica de enfermería.

Se considera, que la identificación de pacientes como un método de aseguramiento de la calidad en el cuidado de enfermería, solo permite niveles óptimos de cumplimiento, de lo contrario, se desfavorece la implementación efectiva y segura del proceso enfermero, orientado a la satisfacción de las necesidades del paciente, con el riesgo de exponer a la institución ante demandas y situaciones que afecten su imagen.

4- SOBRE EL STOCK DE MEDICAMENTOS

Se procedió a efectuar una revisión sobre la gestión de medicamentos en el servicio de Hospitalización de Medicina de Hombres. En cuanto al stock de medicamentos, se evidenció una cantidad mayor de medicamentos de lo permitido, según lo establecido por el Servicio de Farmacia. En este servicio se localizaron cajas de plástico pequeñas y un gavetero donde se almacenan diferentes tipos medicamentos (ampollas o comprimidos), incluso un espacio destinado a “pastillas varias”.

En relación a los medicamentos que pertenecen al stock, se encontraron en mayor cantidad:

Tioconazol 1% o Miconazol Nitrato 46 unidades (*cuota definida 25*)

Haloperidol sol. 0.2% frasco 15 ml, 7 frascos (*cuota definida 1*)

Asimismo, se encontró en la refrigeradora de medicamentos:

3 ampollas de Atracurium.

2 frascos de Insulina, sin fecha de apertura.

Referente a medicamentos que no pertenecen al stock definido en el Servicio de Medicina, se muestra a continuación:

⁷ Supervisión- Servicio de Medicina.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

**MEDICAMENTOS ENCONTRADOS QUE NO PERTENECEN AL STOCK
MEDICINA DE HOMBRES"
HOSPITAL MAX PERALTA JIMÉNEZ, CCSS.**

Nombre del Medicamento	Presentación	Cantidad encontrada
Tramadol	Ampolla	13
Cimetidina	Ampolla	7
Plasil	Ampolla	2
Gluconato de Calcio	Ampolla	2
Propranolol		3
Amikacina	Ampolla	2
Vancomicina	Ampolla	2
Midazolam	Ampolla	36*
Morfina	Ampolla	1

Fuente: Revisión Cuarto de Preparación de Medicamentos
* 22 ampollas tienen etiqueta de usuario.

En el caso de los siguientes medicamentos: Granisetron: 11 (cajas), Paralax: 4 frascos. IO Hexol iv: 2 dosis, Solu- Medrol: 1 caja, se consideran sobrantes.

También se encontraron varias cajas de plástico con medicamentos varios, así como paquetes rotulados de usuarios que ya no se encuentran hospitalizados.

4.1 SOBRE MEDICAMENTOS DE USO RESTRINGIDO

Se indicó por parte de la supervisión de Enfermería que no hay un stock de medicamentos de uso restringido, necesariamente es contra receta.

Sin embargo, se encontró 1 caja con 14 ampollas de Midazolam y 2 ampollas de Morfina. Además de encontrarse un espacio rotulado para tal fin en el gavetero de plástico revisado (que contiene 16 espacios) y que no contempla ninguna medida de custodia.

4.2 DEL CARRO DE EMERGENCIAS

Se procedió a revisar el Carro de Emergencias según el listado establecido y se encontraron medicamentos que no están incluidos o autorizados, así como; cantidades no permitidas.

Referente a la revisión del Carro de Emergencias en 2 ocasiones el espacio destinado rotulado no correspondía al medicamento encontrado.

El siguiente cuadro muestra lo evidenciado en el Carro de Emergencias:



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

**MEDICAMENTOS EN MAYOR CANTIDAD Y OTROS NO AUTORIZADOS
REVISIÓN CARRO DE EMERGENCIAS SERVICIO DE MEDICINA DE HOMBRES
HOSPITAL MAX PERALTA JIMÉNEZ**

Medicina Hombres		
Medicamentos	Cuota	Existencia
Nitroglicerina sublingual	1	4
Amiodorona	4	6
Digoxina	2	3
Dopamina	8	12
Furosemida	10	11
Naloxona Clorhidrato	2	8
Bicarbonato de Sodio	10	18
Clorfenamina 1%	2	1
Hidrocortisona	1	8
Verapamilo	4	8
Epinefrina clorhidrato	30	54

Fuente: Revisión Carro de Emergencias Medicina Hombres

Se identificó una bitácora denominada “Carro de Paro Servicio de Medicina “, en la cual se llevó el control de la revisión del contenido de éste, pero de acuerdo a lo descrito, en el mes de mayo no se revisó en los 3 turnos de atención, incluso en varias ocasiones solo se efectuó 1 vez dicha revisión. Por otra parte, el 21 de mayo, fecha de la prueba efectuada se registra “Equipo y Tratamiento Revisado – 1 Turno”.

4.3 DEL CUARTO DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS

En cuanto al espacio físico denominado “Cuarto de Preparación de Medicamentos” se verificó una infraestructura deteriorada en cuanto a paredes y pintura en mal estado, así como mueble de madera aéreo en similar circunstancia. Referente al sobre de preparación de medicamentos, ha perdido integridad en el material de su superficie y los gaveteros de madera están en mal estado.

El Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley 7085 y su Reglamento indica en el apartado de Condiciones Organizacionales Ambientales, punto “Responsabilidad por funciones de la Enfermera 1 por equipo y materiales”:

“(…) Es responsable del cuidado y buen uso del equipo, útiles y materiales y medicamentos que emplea en su trabajo”.

Las Normas de Habilitación de establecimientos con más de 20 camas indican en lo que interesa, para el área de Medicinas:

4.3.3.5 El área de preparación de medicamentos debe contar al menos con los siguientes recursos:

4.3.3.5.3 Pila de acero inoxidable

4.3.3.5.4 Carro de preparación y distribución de medicamentos

4.3.3.5.5 Compartimentos para sueros



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia⁸ en el apartado 9 Actividades de los Servicios de Farmacia, señala como un “Subproceso de Prestación de Servicios Farmacéuticos”, Procedimiento 01. Gestión del Suministro de Medicamentos y otros Insumos y Actividad 05:

“Control y Evaluación del proceso de suministro de medicamentos”.

La misma norma indica en el apartado 9.1.4 “Almacenamiento y Distribución de Medicamentos”:

“Realizar inventarios periódicos y mantener el debido control sobre la rotación de los medicamentos y otros insumos farmacéuticos”.

En forma similar, la misma norma indica en el punto 9.1.5 “Información, Control y Evaluación”:

“Implementar un sistema para el control de consumos, utilización de los medicamentos e insumos farmacéuticos.

Coordinar y controlar la realización de inventarios selectivos de los medicamentos en forma periódica, tanto en el Almacén Local de Medicamentos como en el despacho principal, farmacias satélites y stock de medicamentos asignados en los diferentes servicios”.

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos⁹ capítulo 8 “Sistema de Gestión de la Calidad”, punto 8.1 señala:

“Todas las partes involucradas en el almacenamiento, conservación y la distribución de los productos farmacéuticos deben compartir la responsabilidad, según su nivel de competencia, de la preservación de la calidad y seguridad de los productos adquiridos”

La Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2016¹⁰, Capítulo III Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS, apartado III.3 Administración, punto III.3.8 señala:

“En el proceso de administración de los medicamentos a los pacientes, se debe cumplir con las especificaciones de almacenamiento, conservación y preparación indicadas en el producto despachado por la farmacia”.

La misma norma en el Capítulo III Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS, apartado III.7.4 Stock de medicamentos, puntos c, d y e indica:

“c. La inclusión de otros medicamentos para un stock de los aprobados por el CCF para Áreas de Salud, EBAIS, Puestos de Visita Periódica y Hospitales, debe ser solicitada al CLF; con su aval se remite la solicitud al CCF para su aprobación y copia al Supervisor Regional de Farmacia.

d. Identificada la necesidad de un nuevo stock de medicamentos para un servicio además de los stocks existentes que están aprobados por CCF, o la inclusión de un medicamento (s) deberá realizarse un análisis conjunto con participación de medicina, farmacia y enfermería del centro de salud; en la que se determine si realmente se justifica la necesidad de disponer de un stock, las cantidades responden a la demanda actual y

⁸ Código MT.GM.DDSS. ARSDT.CNSF.002,2016.

⁹ Gerencia Médica, 2013

¹⁰ Actualizada al 2-11-2016.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

estimada, de manera que sea presentada al CLF. El CLF, analiza la solicitud y emite resolución local con su respectiva recomendación, elevará la misma con su al CCF para su valoración y aprobación final.

e. Las Jefaturas de Farmacia y Enfermería en coordinación con el médico, deben establecer el sistema de reposición de stock que mejor responda a la realidad de la Unidad por receta de paciente, reposición por “consumo masivo” o mixto, así como la periodicidad con la que se efectúe la reposición siempre dentro del marco normativo vigente.”

La Gerencia Médica sobre las medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de medicamentos a nivel institucional emitió el recordatorio GM-AUDB-21632-2017 del 21 de abril del 2017 en el cual se indica:

“Esta Gerencia Médica, hace recordatorio de la importancia de establecer las medidas de control que garanticen la custodia, prescripción y dispensación de medicamentos, en los centros a sus cargos, con el fin de garantizar una gestión adecuada en la utilización eficiente de los fármacos a nivel Institucional, a fin de evitar el robo, el uso inadecuado y la eventual afectación del patrimonio institucional y por ende a la salud de los pacientes. Debido a lo anterior, se les solicita implementar las acciones que correspondan para acatar la presente solicitud.”

Sobre las inconsistencias encontradas, indica la Supervisora de Enfermería asignada a este servicio: “(...) se revisa contra lo que hay, pero no se lleva un documento físico. Más o menos 3 veces al año vienen de Farmacia a revisar el stock y se llevan los sobrantes. Los fines de semana se traen medicamentos para 3 días y no tenemos un mecanismo de custodia... se han perdido medicamentos, ejercer la supervisión directa es difícil de implementar, porque también hay muchos procesos administrativos (...)”

Con respecto a la custodia de medicamentos indica la Dra. Jeannette Quirós Quesada, Directora de Enfermería: “los carros de unidosis no tienen llave, entonces hay problemas con la custodia de los medicamentos, aunque se está tratando de optimizar esa custodia, aún en los cuartos de tratamiento”.

Por otra parte, se conocieron algunos informes generados por el Servicio de Farmacia, y que son producto de las revisiones¹¹ efectuadas a los servicios de hospitalización, en los cuales se destacan las siguientes observaciones:

- ✓ Existencia de medicamentos vencidos y otros no incluidos en Lista de Stock
- ✓ Soluciones endovenosas vencidas y otras en grandes cantidades próximas a vencer
- ✓ Presencia de muestras médicas vencidas
- ✓ Tabletas orales y ampollas mezcladas en un mismo espacio de almacenamiento
- ✓ Presencia de medicamentos de uso restringido
- ✓ Carro de Paro “sucio”
- ✓ Estantería de soluciones endovenosas “sucias y con restos de basura”
- ✓ Soluciones endovenosas fuera de empaque.

Adicionalmente, se conoce nota HMP-FARMA-0287-2019 del 15 de marzo del 2019 suscrito por la Dra. María del Carmen Alvarado Robles, Directora de Farmacia, en el cual le facilita a la Dirección de Enfermería el formulario para pedido de medicamentos y soluciones de stock, y le informa sobre el método de solicitud de estos insumos.

¹¹ Oficio HMP-FARMA-0287-2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

De acuerdo a la información facilitada por la Dirección de Enfermería, se han generado oficios¹² en los cuales se solicita: *“retomar con el personal ...las existencias en el stock de medicamentos antes de realizar el pedido”, “ dar seguimiento a las situaciones encontradas”, “ (...) Solicito su gestión para que se retome en forma urgente con el personal Asistente de Pacientes, la forma adecuada de ordenar las bodegas de sueros, en donde se debe tener presente las fechas de vencimiento, identificación de cajas (nombre de la solución) de forma visible para poder verificar el tipo de solución. Además de mantener el sitio ordenado. Se recomienda valorar las cantidades solicitadas (...)”*.

La situación evidenciada en la gestión de medicamentos obedece a debilidades de control interno y supervisión ya que persiste el acúmulo o reserva no autorizada de medicamentos, en los servicios de hospitalización. Por otra parte, se refleja que el personal de Enfermería requiere interiorizar y/o reforzar las normas técnicas de conservación de cada producto, a fin de ofrecer a los usuarios tratamientos o terapéuticas seguras.

Es importante analizar que el sistema de Unidosis implementado en los servicios de Hospitalización racionaliza la distribución de la terapia farmacológica, minimiza el tamaño de los inventarios, disminuye el despilfarro por pérdida, deterioro, vencimiento y recuperación de medicamentos no aplicados, lo que a su vez facilita obtener un detalle más exacto de los gastos por medicamento administrado. Desde esta perspectiva, no se justifica la tenencia de medicamentos que podrían ser catalogados como “sobrantes” de tratamientos anteriores, ya sea por suspensiones de tratamiento, por egreso del paciente o cualquier otra causa.

Considera esta Auditoría, imperioso señalar, en el caso particular de los psicotrópicos y estupefacientes, siendo conocido su uso restringido y que pueden ser sustraídos para venta o consumo particular, las omisiones en el proceso de devolución o en su defecto en la custodia de estos, no solo generan un riesgo para la salud de cualquier persona para un uso indebido, sino que colocan a la institución ante una posible afectación de su patrimonio institucional.

5. SOBRE EL USO DE GAFETE INSTITUCIONAL Y LICENCIAS PARA EJERCER

Se procedió a realizar prueba de auditoría relacionada con el cumplimiento del uso del gafete institucional uso de uniforme y licencia al día para ejercer, en el Servicio de Medicina de Hombres, obteniéndose los siguientes resultados:

USO DEL GAFETE INSTITUCIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MEDICINA DE HOMBRES HOSPITAL MAX PERALTA JIMÉNEZ, CCSS MAYO 2019

GRUPO LABORAL	TOTAL DE FUNCIONARIOS	LICENCIA AL DÍA	USO DEL GAFETE	
			AL DÍA	VENCIDO/CON DETERIORO
Profesionales de Enfermería	3	si	3	
Auxiliares de Enfermería	2	si	2	
Asistentes de Pacientes	2	si	1	1 (vencido 2018)
Instructora de Enfermería	1	si	1	-

Fuente: Revisión del 21-5-2019

¹² Oficios HMP-D-ENF-0858, 0915.01636,01504-018/030, 0224 y 0255/2019.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Como se puede observar, 1 funcionario del grupo de Enfermería presentó inconsistencias en el uso del gafete institucional por vencimiento.

Las Normas de Control Interno para el sector Público, en el capítulo 1: Normas Generales señalan: Objetivos del Sistema de Control Interno:

“Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico. El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad”.

El Manual de Uso, Trámite y Confección de Gafetes de Identificación para los funcionarios de la CCSS, artículo 5: Uso del Gafete señala:

“El gafete institucional tiene como fin único, la acreditación del portador como funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social. Por otra parte, le permite a éste transitar por aquellas zonas que de acuerdo a sus funciones le es permitido.

Es obligación de todos los funcionarios (as) de la Caja Costarricense de Seguro Social la portación del gafete de identificación oficial, de forma permanente y visible durante su jornada laboral y en cualquiera de las instalaciones de la Institución y/o vehículos de ésta. De igual manera mantenerlo en buen estado, y sin ningún tipo de alteración que obstaculice visualizar la información que contiene en ambas caras.”

La Normativa de Relaciones Laborales de la Caja Costarricense de Seguro Social¹³ en el Artículo 23 indica: Dotación y portación de carné de identificación.

Todos los funcionarios y las funcionarias están en la obligación de portar en un lugar visible el carné de identificación de empleado (a).

Dicho carné (gafete) de identificación será suministrado y sufragado por la Institución en su condición de patrono, en caso de pérdida menor a un año, su costo por reposición correrá por cuenta del trabajador.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería¹⁴, dirigido a los tres Niveles de Atención indica:

XII- Perfiles de Enfermería y Funciones Específicas.

Estándar N.º 12: *Cada cargo de Enfermería tiene una descripción escrita en la que está especificado: funciones, responsabilidades, niveles de autoridad y requisitos esenciales. La persona en cada cargo cuenta con dicha descripción, reúne los requisitos y desempeña las funciones descritas.*

Justificación: *Personal de Enfermería porta el gafete de identificación institucional y la licencia de Enfermería vigentes dentro de su jornada laboral.*

La Dra. Ruiz Velásquez, Supervisora de Enfermería indica lo siguiente: *“el personal sabe que tiene que ir a Recursos Humanos para que le coloquen el sticker y mantenerlo actualizado, porque no les dan uno nuevo. También la información se les comunica a través del chat que se mantiene con el personal. En las reuniones*

¹³ Aprobada por Junta Directiva, artículo 5, sesión 8474 del 21 de octubre de 2010, actualizada marzo 2017.

¹⁴ Código MT.GM.DDSS. ARSDT-070915





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

administrativas que son 3 veces al año para los Asistentes de Pacientes también se les indica que deben realizar a la gestión”

El aparente desconocimiento de las normas establecidas, la falta de interiorización por parte de los funcionarios de Enfermería, así como debilidades en las acciones de control y rendición de cuentas por parte del Equipo de Supervisión, ocasiona que los funcionarios se presenten a laborar con sus gafetes vencidos.

Considera esta Auditoría fundamental, que los funcionarios de salud en el ejercicio de sus labores cotidianas, asimilen el uso correcto de la identificación no solo como parte del cumplimiento de una norma de trabajo, sino desde la perspectiva de una gestión de cuidado humanizada, en donde el usuario pueda acercarse al funcionario y llamarlo por su nombre, a la vez que experimenta el recibir una atención que se encuentra respaldada desde un marco legal, lo que termina brindando calidez en la atención de enfermería.

6.SOBRE LA ADHERENCIA A LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS.

Esta Auditoría procedió a verificar en el Servicio de Medicina, el grado de adherencia a la higiene de manos, por parte del personal de salud de Enfermería y estudiantes. Utilizando la observación simple de los procesos de atención cotidianos se determinaron debilidades, como se muestra en el siguiente cuadro.

OBSERVACIONES RELEVANTES SOBRE LA ADHERENCIA A LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS, SEGÚN GRUPO EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL MAX PERALTA JIMÉNEZ, CCSS, MAYO 2019.

Grupo observado	Observaciones Relevantes
Personal de Enfermería	Realiza el lavado de manos con agua y jabón (<i>en todos los casos observados</i>). No se retiran guantes – deambulan por el Servicio
Personal Médico y estudiantes	Cuando finaliza la atención del usuario, no se lava las manos.

Fuente: Observación directa de personal de salud- Medicina de Hombres

En el mismo orden de ideas, se identificaron otras debilidades en cuanto a los siguientes suministros:

Alcohol en gel: No se disponía de alcohol en gel en 1 cubículo de atención.

La Guía de Implementación de la Estrategia Multimodal de Mejoramiento de la Higiene de Manos de la OMS indica:

“Los microorganismos se diseminan ampliamente en el ambiente donde se presta atención de salud. El número de bacterias presentes en las zonas indemnes de la piel de algunos pacientes puede variar entre 100 y 106 de unidades formadoras de colonias (UFC)/cm2. Por consiguiente, las batas de los pacientes, la ropa de cama, el mobiliario auxiliar a la cabecera del paciente y otros objetos próximos al paciente (entorno del paciente) se contaminan con la flora del paciente.*

La higiene de las manos interesa a todos los profesionales sanitarios que están en contacto directo e indirecto con los pacientes y su ambiente (por ejemplo, a través de equipos o productos) durante sus actividades respectivas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Todas las personas implicadas en la prestación de atención de salud son responsables de detener la transmisión de microbios cuando se presenten indicaciones para la higiene de las manos durante las actividades de atención de salud. En un medio asistencial, se consideran que son actividades de atención de salud todas aquellas que implican el contacto directo o indirecto con los pacientes”.

La Organización Mundial de la Salud señala en cuanto al uso de guantes:

“Las indicaciones para la higiene de las manos son independientes de aquellas que justifican el uso de guantes (tanto si se utilizan para atención de salud corriente como si son guantes estériles).

Esto significa que:

- el uso de guantes no modifica en modo alguno las indicaciones para la higiene de las manos y, sobre todo, no sustituye a la higiene de las manos;*
- la indicación de la higiene de las manos implica la necesidad de quitarse los guantes para realizar la acción.*

Cuando una acción de higiene de las manos justificada por una indicación coincide con el uso de guantes, debe realizarse inmediatamente antes de ponerse los guantes o inmediatamente después de quitárselos. Si fuera necesario, se quitarán los guantes y se cambiarán para llevar a cabo la siguiente acción de higiene de las manos.

El uso de guantes no determina las indicaciones para la higiene de las manos. Sin embargo, si estas indicaciones están presentes, la necesidad de las acciones correspondientes significa que es necesario llevar a cabo primero las acciones “antes de” y posponer las que se realizan “después de”.

Cabe señalar que, la higiene de las manos es imprescindible para usar los guantes. Si no es posible cumplir plenamente este requisito en el marco de la aplicación de las precauciones referentes al contacto, es preferible no usar guantes y realizar una higiene óptima de las manos en aras de la protección del paciente y su entorno”.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente¹³ señala:

Calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes”

Seguridad del Paciente: Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos de la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos y las inyecciones; hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución, así como la difusión de sus resultados”

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

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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Como parte de la justificación del estándar se señala, además:

*(...) Las buenas prácticas de asepsia en la atención de las personas usuarias contribuyen a disminuir la concentración microbiana y la incidencia de las IAAS.
Enfermería comparte con otros miembros del equipo de salud, la responsabilidad de disminuir el riesgo de contraer IAAS.*

Que se encuentre implementada la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos en todos los servicios de los establecimientos de salud (...)

Sobre las disconformidades encontradas se indicó¹⁵: “Los dispensadores no son funcionales porque se quiebran. Las botellas de alcohol en gel también se “pierden”, ya que los usuarios y los visitantes se los llevan. Hay mucho volumen de usuarios y visitantes”.

Referente a las acciones efectuadas por el Comité Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, se conocieron varios oficios¹⁶, en los cuales se registra el seguimiento “Programa de Auditoría de IAAS” implementado en los diferentes servicios de atención.

Por ejemplo, en dichos oficios¹⁷ se describe:

(...) a pesar de la disponibilidad de solución alcohólica, los funcionarios no la utilizan adecuadamente, ni aplican los cinco momentos de la higiene de manos en situaciones rutinarias (...).

Las debilidades en los procesos de reforzamiento de la educación incidental, y en la participación en el seguimiento y supervisión de las estrategias de bioseguridad, pueden ocasionar que se persista en prácticas contrarias al proceso de prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

La conceptualización equivocada de algunas premisas relacionadas con las estrategias de prevención, hacen incurrir al personal de salud en prácticas que no aportan en forma decisiva al proceso, por ejemplo; la utilización en forma inadecuada de guantes.

La desatención del conjunto de prácticas sanitarias o el mismo hecho de considerarlas opcionales, por parte de los funcionarios de salud, usuarios y visitantes, asociada a otros factores como las condiciones estructurales, podrían ocasionar la transmisión de los microorganismos patógenos y la aparición de infecciones asociadas a esa atención de salud.

Considera esa Auditoría, que las estrategias y prácticas higiénicas orientadas a prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud, aunque son un medio eficaz en los medios asistenciales, requieren de un esquema continuo y sistemático de capacitación y reforzamiento de conceptos, procedimientos y técnicas, a fin de generar en el personal de salud, usuarios y visitantes, una actitud responsable de protección y resguardo de los principios básicos de seguridad hospitalaria y de esta forma contribuir a lograr una culturización, disminuir las conductas reincidentes y reducir la transmisión de microorganismos patógenos nocivos.

¹⁵ Cédula de trabajo del 21-5-2019

¹⁶ HMP-DG-3777-2018, HMP-06-3852-2018, HMP-EPI-0179-2018

¹⁷ HMP-DG-0137-2019/ HMP-EPI-IAAS-005-2019



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

CONCLUSIONES

Referente al Plan de Gestión 2018 y la proyección de metas que realizó la Dirección de Enfermería, se determinó que existen oportunidades de mejora, por cuanto dicho plan no reflejó, una mayor inclusión de los aspectos tipificados como de riesgo del Servicio de Enfermería, en forma general.

Sobre el proceso de Supervisión, aunque la Dirección de Enfermería ha generado disposiciones de orden administrativo y efectúa estrategias de cumplimiento, este proceso de control no es efectivo para verificar que se cumplan con los procedimientos y actividades definidas en el servicio.

En cuanto al procedimiento de elaboración de los roles de enfermería, éstos se realizan en forma manual, por lo que se requiere la implementación de aquellos procesos informáticos que permitan una mayor disponibilidad de tiempo, para efectuar labores sustantivas de control y supervisión en enfermería, que aporten a la calidad técnica de la atención al usuario, desde toda perspectiva.

En el tema de cumplimiento de estándares de Enfermería se detectaron debilidades relacionadas con la identificación del paciente (estándar 17.1), uso del gafete institucional por parte de los trabajadores, y en la gestión de medicamentos, específicamente en cuanto al Stock y Carro para Emergencias, condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y custodia de los medicamentos.

Finalmente, en el tema relacionado con el grado de adherencia a las prácticas higiénicas por parte del personal de salud, se determinaron debilidades en la realización de algunos procesos cotidianos de atención al usuario.

RECOMENDACIONES

1. A LA DRA. KRISIA DÍAZ VALVERDE, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

En coordinación con la Unidad de Gestión de Recursos Humanos se emita un recordatorio a todas las Jefaturas del centro médico sobre la obligatoriedad de observar el cumplimiento de las normas de identificación (gafete) establecidas para el trabajador de la Institución, así como también de las licencias para el ejercicio de la profesión que corresponda. Asimismo, incluir en dicho recordatorio, la transcripción del procedimiento establecido para la solicitud, o reposición por vencimiento, deterioro, extravío u otro factor.

Como complemento a lo anterior cada Jefatura presentará a esa Dirección Médica un plan de supervisión (cronograma, estrategia y responsable) que incluya las estrategias de control y verificación a desarrollar, para la observancia de lo solicitado por esa Dirección.

Plazo de cumplimiento: 4 meses a partir del recibo del presente informe.

Esta recomendación se dará por atendida cuando se disponga de la nota en mención, así como del recibido del plan de atención de cada jefatura de servicio por parte de esa Dirección Médica.

2. A LA DRA. KRISIA DÍAZ VALVERDE, DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

En coordinación con la Dirección de Enfermería, Comisión Hospitalaria Local de Vigilancia Epidemiológica (CLHOVE) y la Comisión Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (CIAAS) de conformidad con el hallazgo

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 21 de 23

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



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



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

7, elaboren un plan de trabajo mediante el cual se establezcan las medidas de control para el mejoramiento de las prácticas sanitarias en cuanto a Higiene de Manos y otros procedimientos de la técnica aséptica, definidos en la normativa técnica institucional y que son requeridos en la atención directa del usuario, en los diferentes servicios de hospitalización. En esta planificación se deberá considerar, el desarrollo de estrategias pedagógicas que impacten en forma positiva y refuercen en los funcionarios, usuarios y visitantes, los principios normativos de bioseguridad hospitalaria.

La comisión a su vez deberá dar seguimiento a las medidas correctivas que los servicios propongan según los informes o rendición de cuentas emitidos, aspecto que será respaldado o avalado por la Dirección General mediante los mecanismos que considere pertinentes.

Esta recomendación se dará por atendida en el tanto se disponga del Plan de Trabajo solicitado considerando el ámbito de aplicación, cronograma de cumplimiento, responsables y producto esperado.

PLAZO DE ATENCIÓN: 6 MESES

3. A LA DRA. JEANNETTE QUIRÓS QUESADA, DIRECTORA DE ENFERMERÍA O A QUIÉN OCUPE SU CARGO

De acuerdo a lo descrito en el hallazgo 1, se proceda a realizar las modificaciones al Plan de Gestión 2018, en el sentido que se incluyan factores de riesgo y otras actividades sustantivas, que permitan mejorar los indicadores de gestión del servicio.

Plazo de cumplimiento: 4 meses

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá disponer del análisis de gestión solicitado, y de la programación de metas, que favorezca un sistema de rendición de cuentas más integral.

4. A LA DRA. JEANNETTE QUIRÓS QUESADA, DIRECTORA DE ENFERMERÍA O A QUIÉN OCUPE SU CARGO

De acuerdo a lo descrito en el hallazgo 2, llevar a cabo las acciones que sean procedentes para fortalecer el proceso de Supervisión en el servicio. Para tales efectos es pertinente revisar la planificación y los instrumentos de medición que sustentan las actividades de supervisión. De igual forma los informes de resultados deberán dar cuenta de las mejoras a implementar y el seguimiento que se le brindará, a fin de fortalecer la gestión y el sistema de control interno.

Plazo de atención: 6 meses a partir del recibo de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, la Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento que evidencie en todos sus alcances, el análisis efectuado y el sistema de fiscalización implementado.

5. A LA DRA. JEANNETTE QUIRÓS QUESADA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

De acuerdo a las situaciones evidenciadas en el cumplimiento de Estándares de Enfermería, en cuanto a la identificación de pacientes en el área de hospitalización estándar 17.1, esa Dirección de Enfermería en coordinación con el Equipo de Supervisión, deberá efectuar las gestiones pertinentes a fin de cumplir con este indicador de calidad y disminuir la exposición al riesgo.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORÍA INTERNA
Tel. 2539-0821 Fax. 2539-0888
Apto. 10105

Plazo de atención: 4 meses a partir del recibo de este informe.

Esta recomendación se dará por atendida, al verificarse las gestiones efectuadas por parte de esa Dirección para la atención de lo recomendado.

6. A LA DRA. JEANNETTE QUIRÓS QUESADA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

Referente a la gestión de medicamentos, se elabore un plan que contemple el refrescamiento y la supervisión de los lineamientos técnicos vigentes en cuanto a: stock y cadena de custodia de medicamentos, inventarios, normas de asepsia en conservación y almacenamiento y sistema de unidosis

La Dirección General del centro médico deberá aprobar y brindar seguimiento mediante la solicitud de informes trimestrales del avance y cumplimiento al plan de atención implementado.

Plazo de atención: 6 meses a partir del recibo de este informe.

Esta recomendación se dará por atendida, al disponerse de la aprobación de la Dirección Médica, del Programa de Aseguramiento de la Calidad acerca de la gestión de medicamentos y de los avances en la implementación de este.

COMENTARIO DE INFORME

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, se procedió a comentar los resultados del estudio el 17 de setiembre del 2019, con el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Director General a.i del Hospital Max Peralta Jiménez y Dra. Jeannette Quirós Quesada, Directora de Enfermería, el 28 de agosto del 2019.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dra. Rebeca Guillén Hidalgo
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE DE ÁREA