



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

ASS-020-2016  
08-02-2016

## RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se efectúa en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2015 del Área Servicios de Salud, en el apartado de Estudios Integral Gerencial, Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

Como objetivo general se definió la evaluación de los aspectos de control interno en los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas, con la finalidad de verificar el control adecuado, el cumplimiento del marco normativo y el aprovechamiento de los recursos.

Los procedimientos de Auditoría se aplicaron al período 2014, y primer semestre del 2015, ampliándose cuando se consideró necesario.

Respecto a los resultados, el estudio evidencia oportunidades de mejora por parte de los servicios evaluados en temas como organización, planificación, Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Listas de Espera (específicamente para Radiología e Imágenes Médicas) y respecto al control interno de los reactivos provenientes de las Licitaciones gestionadas institucionalmente bajo la modalidad de "Prueba Efectiva".

Las debilidades en materia de organización, se determinan a partir de la no disposición de un Manual de organización y funciones; en el caso de Laboratorio Clínico se aportó documento elaborado en 1997 que según lo indicado, se encuentra en proceso de actualización.

En cuanto a la planificación, los tres servicios elaboran y evalúan la planificación, no obstante se observan aspectos de mejora, como lo son diferencias en la determinación de los logros de las evaluaciones de Farmacia y el Laboratorio Clínico, así como la efectuada por parte del centro médico mediante la herramienta del Plan Presupuesto, tanto para el 2014 como el 2015. Se determina además diferencias en las metas que se planifican y las que se evalúan, concretamente por parte del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

Los Servicios de Farmacia y Radiología no planifican metas para "Apoyo a la Red", no obstante los cuadros incluidos en el Informe Estadístico de ambos servicios, consideran producción para otros establecimientos. Los logros reportados por el Servicio de Farmacia en las evaluaciones de metas no son concordantes con la producción registrada en el cuadro estadístico 31 del Informe Estadístico.

En materia de infraestructura, el Servicio de Farmacia presenta limitaciones de espacio para el almacenamiento, ya que las áreas utilizadas para estos fines no tienen las condiciones óptimas, lo que ocasiona que los productos se almacenen inadecuadamente; existe además dificultad para movilizar y trasladar los productos a las zonas destinadas para el almacenamiento. El Servicio de Farmacia tiene además, una Orden Sanitaria desde el 30 de enero 2012, para la que de acuerdo con los requerimientos se diseñó un Plan Remedial, al que no se evidenció se le hubiese brindado el seguimiento correspondiente.



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

En materia de Listas de Espera para procedimientos de Rayos X, a pesar de que en el Servicio se indica que no existen, el cuadro estadístico 21 sí las incluye; la información es obtenida a partir de los datos que se registran en un Sistema Informático utilizado por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en el que se contempla a todos los pacientes atendidos, independientemente de su procedencia (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).

Los Servicios de Laboratorio Clínico y Rayos X no cuentan con el Permiso Sanitario de Funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud. Y la autorización para la emisión de equipos con radiaciones ionizantes requiere ser modificada y/o actualizada, ya que incluye equipo (Rayos X con Fluoroscopia) y personal que no se encuentran en el servicio.

Existen oportunidades de mejora en cuanto al control interno del Servicio de Laboratorio para los reactivos gestionados por medio de licitaciones a nivel nacional, bajo la modalidad de "Prueba Efectiva", ya que al momento de la evaluación no se disponía de una bitácora por cada uno de los contratos. Los productos –reactivos y consumibles- del contrato P-7219-2011 con la empresa Tecno Diagnóstica para Bacteriología, son recibidos y custodiados por el Microbiólogo de la sección a cargo, situación que debilita el control interno.

Para corregir las debilidades señaladas, se recomienda a la Dirección General del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, solicitar a las Jefaturas de los servicios evaluados, mejorar y corregir las debilidades en materia de planificación; así como coordinar con la Jefatura del Servicio de Farmacia realizar el seguimiento al Plan Remedial elaborado para atender la Orden Sanitaria emitida desde el 2012 por el Ministerio de Salud. Realizar en coordinación con las Jefaturas de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas, así como Registros Médicos, una revisión con el propósito de comprobar o descartar la existencia de Lista de Espera para procedimientos en el Servicio de Radiología así como resolver la pertinencia de continuar extrayendo la información del Sistema Informático (SIGEHO).

Se recomienda además a esa Dirección, gestionar ante el Ministerio de Salud la modificación o ajuste a la Resolución que autoriza la operación de equipos generadores de radiaciones ionizantes; así como gestionar los Permisos Sanitarios de Funcionamiento para los Servicios de Laboratorio y Radiología.

Además se sugiere instruir a la Jefatura del Servicio de Laboratorio revisar y mejorar los controles establecidos respecto a los reactivos adquiridos por medio de Licitaciones Nacionales bajo la modalidad de "prueba efectiva".

A la Gerencia Médica se recomienda, que con la asesoría de otras Gerencias elabore un estudio de viabilidad sobre la creación de un Centro de Distribución del Complejo Hospitalario, para los Hospitales San Juan de Dios, Nacional de Niños y Nacional de Geriatria y Gerontología, debido a los problemas de almacenamiento de productos farmacéuticos que presentan los tres establecimientos.



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

ASS-020-2016  
08-02-2016

## ÁREA SERVICIOS DE SALUD

### ESTUDIO INTEGRAL GERENCIAL: HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA ÁREA SERVICIOS DE APOYO: FARMACIA, LABORATORIO CLINICO Y RADIOLOGÍA E IMÁGENES MÉDICAS UP 2202

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se efectúa en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2015 del Área Servicios de Salud, en el apartado de Estudios integral gerencial, Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

#### OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar aspectos de control interno en los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas, con la finalidad de verificar el control adecuado, el cumplimiento del marco normativo y el aprovechamiento de los recursos.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Verificar la organización de los servicios de apoyo considerados en el estudio.
- Comprobar la planificación de los servicios y el cumplimiento de metas.
- Valorar el estado de las instalaciones que albergan los servicios de apoyo incluidos en la evaluación, considerando en Farmacia el área de almacenamiento.
- Analizar las estrategias y acciones para reducir los plazos de espera en Radiología.
- Revisar aspectos de control interno relacionados con la prestación de servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas.



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

## ALCANCE

El estudio comprende la determinación de la existencia de Manuales de Organización y Funcionamiento, el cumplimiento de metas, las condiciones de almacenamiento y conservación de medicamentos, la gestión de listas de espera para mamografías y ultrasonidos, programación de actividades de funcionarios de Radiología, inventarios de equipos médicos, el cumplimiento de los indicadores de producción en el Servicio de Laboratorio Clínico así como el control establecido respecto a los reactivos provenientes de las licitaciones promovidas a nivel institucional; y las condiciones generales de la infraestructura del servicio objeto de estudio. Los procedimientos de Auditoría se aplicaron al período 2014, y primer semestre del 2015, ampliándose cuando se consideró necesario.

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

## METODOLOGÍA

Para el logro del objetivo propuesto, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Solicitud, revisión y análisis de:
  - Planes Anuales Operativos del 2014 y I semestre 2015.
  - Informes Estadísticos mensuales y anuales, cuadros: 11,17, 22, 31, 32, 33, 35, 36,36B.
  - Roles servicios de Radiología.
  - Notas de ajuste por vencimiento del Servicio de Farmacia.
- Inspección ocular de las condiciones generales del inmueble para los servicios de Farmacia, Laboratorio y Radiología.
- Valoración general de las condiciones de equipos de mayor relevancia para la prestación de los servicios.
- Inventario de Medicamentos en bodega.
- Revisión del control de ingresos y salidas de reactivos del Servicio de Laboratorio, expedientes y bitácoras de control de pruebas efectivas.
- Solicitud de información a la Dirección Médica sobre el Grupo Gestor de Listas de Espera y la Lista de espera del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, N.8292.
- Decreto 34728-S Reglamento General para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud.
- Decreto 30694-S Normas de Habilitación de Establecimientos que brindan atención Médica y cirugía general y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con internamiento con más de 20 camas.
- Normas de Control Interno para el Sector Público.



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

- Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos.
- Guía para la Gestión, conteo y verificación de Listas de Espera.
- Instructivo Cuadro 21 Listas de Espera para Procedimiento Diagnóstico Ambulatorio
- Procedimiento de control de Reactivos en custodia, control y facturación de pruebas efectivas, 23 de abril 2014.

## ASPECTOS QUE DEBEN SER OBSERVADOS POR LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA RESPECTO 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 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 Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, fue construido en el año 1958 bajo la responsabilidad el Patronato Nacional Antituberculoso, para la atención de pacientes tuberculosos, ya que para esta época dicha enfermedad constituía un grave problema de salud para la población.

A partir de 1976, debido al traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social y dado que se venía observado una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad de pacientes tuberculosos, se decidió compartir los recursos entre la atención de estos pacientes y la población considerada como adulto mayor, creándose de esta forma el Servicio de Geriatria.

En octubre de 1978, el Hospital se ratificó como centro de salud especializado en Geriatria. El 26 de setiembre de 1991 por acuerdo de sesión de Junta Directiva No. 6558, artículo 20, se le denominó como Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología “Dr. Raúl Blanco Cervantes” ampliando su área de atracción a todas las regiones del país.

Este centro brinda atención especializada a las personas mayores de 60 años. El promedio de edad de los pacientes atendidos con problemas médicos múltiples es de 85 años.

El Hospital ofrece servicios como: Hospitalización al paciente agudo, o que necesitan tratamiento y un diagnóstico de rehabilitación integral ya sea a hospitalizados o en tratamiento ambulatorio, Consulta externa, Hospital de Día y Cuidado Comunitario.



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

En agosto del 2009 entra en funcionamiento el edificio del Servicio Integral Geriátrico Ambulatorio (S.I.G.A), donde se desarrollan los siguientes programas: Hospital de Día Geriátrico, Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria, Consulta Externa Especializada y el Servicio de Odontología Avanzada.

## HALLAZGOS:

### 1. De la planificación y determinación de logros

Se determinan algunas diferencias entre los logros incluidos en las evaluaciones de los servicios y/o las del Plan Presupuesto del centro médico, así como con la producción que se registra en el Informe Estadístico del centro médico.

En el Servicio de Farmacia, se incluyen como metas actividades propias del quehacer del servicio (entrega de medicamentos a usuarios, recepción de recetas), que además no son evaluadas. Existen también diferencias importantes entre la meta planificada y la evaluada por parte de este servicio, tanto en el 2014 como el 2015, las cuales no concuerdan con las que se evalúan a través del Plan Presupuesto del Hospital, únicamente para Urgencias en el primer semestre del 2015.

Se observa además que para los Servicios de Farmacia y Rayos X no se programan metas para Apoyo a la Red; no obstante, la información del cuadro Estadístico 33 y 31 –respectivamente-, sí se incluye producción para otros centros.

En lo referente al Servicio de Rayos X, se determinan diferencias en las metas evaluadas por el Servicio, respecto a la evaluación efectuada por el centro médico por medio de la Herramienta Plan Presupuesto, tanto para el 2014 como para el primer semestre del 2015.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en la norma 4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información lo siguiente:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comuniquen con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas. Lo anterior, tomado en cuenta, fundamentalmente, bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas así como los requisitos indicados en la norma 4.2.”*

En el caso del Laboratorio Clínico, para el 2014 existe una diferencia entre el logro incluido en la evaluación del Servicio y la del Plan Presupuesto del nosocomio de 7.078 exámenes de Consulta Externa, en relación con los logros registrados y la producción incluida en el informe estadístico del nosocomio, ya que se registró en la evaluación del servicio y del Plan Presupuesto 237.758 y en el cuadro 32 del informe estadístico 244.836 (considerando consulta externa, hospital de día y visita domiciliar).

Para el 2015, también se observa una diferencia de 715 exámenes en hospitalización, entre el logro registrado por el servicio en la evaluación del Plan Presupuesto que fue de 92.125 y la cantidad incluida en el cuadro estadístico número 32, que fue 92.840.



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

Para este servicio se observan diferencias en la cantidad de exámenes para Consulta Externa, pues lo registrado en la evaluación del servicio fue de 124.568, mientras que en la evaluación del Hospital fue de 122.329 y en el cuadro estadístico 32 los exámenes contabilizados son 123.853.

El Servicio de Farmacia, registró para el 2014 en su evaluación el logro de 777.185 recetas despachadas, en el cuadro 31 incluye 631.169; mientras que en el 2015 se reportó como logro del Servicio, un total de 360.841 y en el informe estadístico 298.764. Como se muestra a continuación:

Cuadro N° 1  
Producción registrada para el Servicio de Farmacia, evaluaciones de metas  
y cuadro 31 del Informe Estadístico

Servicios	2014			2015		
	Informe Estadístico	Logro registrado x servicios en informes	Diferencia	Informe Estadístico	Logro registrado x servicios en informes	Diferencia
<b>TOTAL</b>	<b>631.169</b>	<b>777.185</b>	<b>-146.016</b>	<b>298.764</b>	<b>360.841</b>	<b>-62.077</b>
Hospitalización <sup>1</sup>	99.342	219.979	-120.637	47.688	103.150	-55.462
Consulta Externa <sup>2</sup>	508.875	530.830	-21.955	239.528	244.909	-5.381
Urgencias	22.952	26.376	-3.424	11.548	12.782	-1.234

Fuente: oficinas: HNGG-SF-016-2015, del 15 de enero 2015 y HNGGSF-448-2015 del 09 de julio 2015. Así como Cuadros Estadísticos 31 anual y del Primer Semestre 2015.

Estas diferencias se deben según lo indicado por la Dra. Olga Wittingham Quirós, Jefe del Servicio de Farmacia, a que no se considera en la producción del informe estadístico la gestión que significa la preparación de UNIDOSIS y todo el trabajo que se realiza respecto a esta actividad; indicó que al dorso del cuadro estadístico 32, se incluye la producción real.

No obstante, de acuerdo a consulta verbal efectuada a la Dra. Isela Araya Piedra, de la Coordinación Nacional de Farmacia, se ha promovido la inclusión de información adicional importante en el cuadro 31, porque en el servicio de Farmacia existen dos unidades de medida estadísticas distintas y se espera que se logre el presentar la cuantificación de ambas.

Considerando lo manifestado por la Dra. Isela Araya Piedra y los indicadores establecidos para el Servicio de Farmacia en la Herramienta institucional para la elaboración del Plan Presupuesto (“número de cupones de medicamentos”), estima esta Auditoría que lo que debería registrarse como logro en la herramienta institucional del Plan Presupuesto debe ser concordante con la producción estadística consignada en el cuadro 32 (“medicamentos despachados”).

En cuanto al servicio de Rayos X, en las evaluaciones que realiza el servicio semestralmente en el 2014, incluye logros para metas que inicialmente no se definieron en el plan presupuesto del servicio (740 fluroscopias, y 230 densitometrías).

<sup>1</sup> Se consideran los medicamentos de Hospitalización así como los de MEOSI (Medicamentos entregados a otros servicios internos).

<sup>2</sup> Incluye los medicamentos despachados para: Consulta Externa, Hospital de día, Visita domiciliar, copias y otros establecimientos.



Además, las metas evaluadas por el servicio difieren de las utilizadas en la evaluación del Plan Presupuesto del nosocomio, tanto en el 2014 como para el Primer semestre del 2015, el detalle es el siguiente:

Cuadro Nº 2  
Diferencia en evaluación de metas Servicio de Radiología e Imágenes Médicas  
2014 y Primer semestre 2015

Descripción	Año 2014			Primer Semestre 2015		
	Evaluado por el servicio	Evaluado en el Plan Presupuesto del hospital	Diferencia	Evaluado por el servicio	Evaluado en el Plan Presupuesto del hospital	Diferencia
Placas Rx por Consulta	12.000	11.000	-1.000			
Placas Rx por Urgencias	7.200	7.400	+200	3.600	3.700	+100
Mamografías realizadas	240	230	-10	120	115	-5
Ultrasonidos por consulta externa	4.400	3.600	-800	200	300	+100
TAC (ambulatorios)	2.200	3.200	+1.000	300	1.600	+1.300
TAC por hospitalización	1.320	1.260	-60	660	500	-160
Estudios radiológicos por hospitalización				2.700	485	-2.215

Fuente: Oficios RXHNGGDRBC-03-2015 del 14 de enero 2015, RXHNGGDRBC-64-2015 21 de julio 2015; Evaluación Plan Presupuesto 2014 y I Semestre 2015.

Para el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, también existen oportunidades de mejora en la definición y ajuste de metas, ya que por ejemplo se definió para el 2014 y 2015 una meta semestral de 3.700 (7.400 placas al año), para el Servicio de Urgencias en el 2014 se lograron 10.685, con un cumplimiento de 144,4%, y en el primer semestre del 2015 se registra una producción de 6.709, equivalente al 171,3% de la meta.

Por su parte, en la meta referente al número de ultrasonidos para el servicio de Urgencias, definida en 200 por semestre (400 al año), durante el 2014 se registró el logro de 780, que equivale a un 195%, mientras que para el primer semestre del 2015, a pesar de que se incrementó la meta en 100 (en la herramienta utilizada para el Plan Presupuesto), el logro fue de 488, lo que representa el cumplimiento de un 163%.

Las debilidades señaladas no contribuyen a garantizar de manera razonable, la gestión adecuada en materia de planificación por parte de los servicios evaluados, y repercuten en los resultados de las evaluaciones efectuadas por parte de las autoridades del centro médico por medio de la herramienta del Plan Presupuesto.

## 2. Limitaciones de espacio en el Servicio de Farmacia y condiciones de almacenamiento

El servicio de Farmacia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología presenta limitaciones de espacio físico, tiene una Farmacia para Hospitalización y otra para la Consulta Externa, además de tres espacios distintos en donde se almacenan los medicamentos; una de las bodegas se localiza en el sótano, contiguo a la Farmacia de Hospitalización, la otra en el piso 1, en una zona externa contiguo a los salones y en el piso 3, junto al Servicio de Gastroenterología se localiza la tercera.





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

No todas las áreas en donde se almacenan los medicamentos presentan condiciones óptimas –el espacio es insuficiente-, por lo que los productos no siempre se almacenan de forma apropiada (se estiban cajas hasta el techo, o no se guardan las distancias necesarias entre los estantes).

La diversidad y ubicación de los espacios utilizados para el almacenamiento, dificulta el traslado de los medicamentos, no solo porque las zonas de descarga adolecen de condiciones apropiadas para este fin (área de ambulancias, o puerta de acceso a los productos alimenticios con limitaciones para el ingreso de los vehículos), sino también por la movilización y la cantidad de los productos que deben ser transportados a distintas áreas del centro médico.

Sobre las condiciones de la planta física de los centros de atención en la institución, el Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 61 indica:

*“La institución adoptará las precauciones necesarias para proteger eficazmente la vida, la salud y la moralidad de sus trabajadores.”*

Adicionalmente, las Normas de Control Interno, establecen en el punto 4.3 respecto a la protección del patrimonio lo siguiente:

*“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 pueden verse expuestos, así como los requisitos indicados en la norma 4.2. “*

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos, establece respecto a las instalaciones:

*“(…) 13.3 Deben estar definidas las siguientes áreas (cuando apliquen):*

*13.3.1 Recepción de mercadería.*

*13.3.2 Almacenamiento de acuerdo con las condiciones de almacenamiento de los productos que distribuye.*

*13.3.3 Despacho de mercadería*

*13.3.4 Administración.*

*13.3.5 Cuarentena (se permite también contar con un área de cuarentena definida por sistemas electrónicos).*

*13.3.6 Rechazados, dañados y vencidos.*

*13.3.7 Áreas auxiliares: áreas de descanso y alimentación; vestuarios, lavatorios y servicios sanitarios de fácil acceso y apropiados al número de usuarios, todas ellas sin comunicación directa con las áreas de almacenamiento.*

*13.4 Cada área debe estar identificada, así como las estanterías y/o tarimas, de modo que permita la localización de los diferentes productos(…)*

*13.10 Las áreas de recepción y despacho deben estar ubicadas en áreas protegidas de condiciones ambientales adversas, de manera que las operaciones de carga y descarga no se vean afectadas por cambios climáticos, y contar con una rampa para carga y descarga, si fuera necesario.”*



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

Sobre las bodegas de Farmacia, esta Auditoría conoció que mediante oficio sin número de fecha 18 de octubre 2014, suscrito por el Dr. Jefry Castro Rojas, Farmacéutico del Servicio, se plantean los inconvenientes y situaciones ocurridas con el ingreso de pedido del sábado 11 de octubre 2014, en lo que interesa, el documento cita:

*"(...) 4. Bodegas de farmacia en lugares con acceso incómodo, las mismas deben estar al mismo nivel del descargo de los camiones La bodega de sueros se encuentra en el primer piso, antigua sala de endoscopías, y la otra se encuentra en el tercer piso. En caso de la primera nos encontramos que ese día estaban pintando uno de los cubículos de por lo que camas, sillas y hasta pacientes estaban en el pasillo lo que impedía el libre tránsito. Se tuvo que invertir tiempo para realizar el acomodo del pasillo para que pasaran las tarimas de los sueros, las cuales representan un peligro para los pacientes que se encontraban en silla de ruedas.*

*5. El uso del ascensor. Los ascensores no cuentan con puertas con el ancho adecuado para el ingreso de las tarimas con sueros, estas pasan estrechamente por ellas, tanto así que una de las tarimas se quedó enganchada en una venilla metálica que tiene el ascensor a la salida del mismo por lo que se desprendió y este ascensor quedó inhabilitado para llevar mercancía posterior al daño. Además los ascensores cuentan con un tope al ingreso a los mismos por lo que el ingreso al mismo debe hacerse con relativa fuerza lo que facilita el daño a la estructura y pone en peligro a los participantes en esta tarea."*

La Dra. Olga Wittingham Quirós Jefe del Servicio de Farmacia, informó que se han efectuado diversos planteamientos sobre la problemática del almacenamiento a la Dirección Médica, o a la Comisión de Espacio Físico de ese nosocomio, y aportó una serie de documentos emitidos desde el 2012 que así lo demuestran.

Dentro de las propuestas efectuadas se gestionó la incorporación del proyecto de ampliación del Almacén Local de Medicamentos, con fondos del FRI (Fondo de recuperación de Infraestructura circular DMI-1651-2014 del 17 de noviembre 2014, suscrita por el Ing. Juan César Rojas Aguilar, Director de Mantenimiento Institucional); iniciativa que no fue aprobada según lo indica el oficio 365-2015 (GIT-9662-2015) del 9 de febrero, suscrito por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, quien señaló la posibilidad de incorporar el proyecto al Portafolio de Proyectos Institucionales, para lo que debía efectuarse el llenado del formulario correspondiente.

Al momento del estudio se estaba promoviendo el traslado de la Farmacia Hospital (ubicada en el sótano) al tercer piso, contiguo a Endoscopia en donde se estaban almacenando algunos frascos, cremas y otros fármacos; con el propósito de ampliar la bodega principal (oficio HNNG-SF-490-2015 del 27 de julio 2015).

No obstante, de acuerdo con oficio DG-781-09-2015 del 18 de setiembre 2015, suscrito por el Dr. Fernando Morales Martínez, Director General, se solicitó a la Dra. Olga Wittingham Quirós, desocupar a más tardar el 22 de setiembre 2015, el espacio que le había cedido temporalmente para ubicar los sueros (primer piso oeste de hospitalización), y el trasladarlos al tercer nivel del edificio SIGA, en unos de los espacios colindantes con la biblioteca.

Las limitaciones de espacio para el almacenamiento y variedad de áreas utilizadas para tal fin, no contribuye a garantizar la estabilidad del medicamento y propiedades farmacológicas; no favorece además el control y puede ocasionar accidentes no sólo para los funcionarios que movilizan los productos, sino también para usuarios de los servicios que brinda el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.



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

## 2.1 Permiso Sanitario de Funcionamiento y Orden Sanitaria

El Servicio de Farmacia no dispone de Permiso Sanitario de Funcionamiento, por el contrario se le ha girado una Orden Sanitaria del Ministerio de Salud (Nº ARS-HMR-ESCH-OS-03-12 del 30 de enero 2012); y no se evidenció el seguimiento correspondiente al Plan de Remedial, diseñado para corregir las informidades señaladas en la citada Orden Sanitaria.

Las Norma para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas, decreto Nº 30694-S, señalan en el objetivo y ámbito de aplicación:

*“Esta norma tiene como objeto especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los establecimientos que brindan atención en Medicina y Cirugía General o por Especialidades Médicas y/o Quirúrgicas con internamiento.*

*Estas especificaciones deben ser cumplidas para obtener la habilitación de parte del Ministerio de Salud lo cual faculta al funcionamiento de estos establecimientos.*

*El ámbito de aplicación de esta normativa es nacional y aplica para todos los establecimientos que brindan servicios de atención en Medicina y Cirugía General o por Especialidades Médicas y/o Quirúrgicas con internamiento y con veinte camas o más ya sean públicos, privados o mixtos que pueden ser llamados hospitales.”*

Las inconformidades citadas en la Orden Sanitaria Nº ARS-HMR-ESCH-OS-03-12 se refieren a recurso humano, planta física y bodega, según el siguiente detalle:

### Recurso Humano:

1. No cuenta con un farmacéutico por cada 100 camas ocupadas para el área de dispensación de medicamentos a pacientes hospitalizados.
2. No cuenta con un farmacéutico por cada 10.000 recetas mensuales o fracción para pacientes ambulatorios.
3. No cuenta con un farmacéutico por cada programa o servicio farmacéutico especializado.
4. No cuenta con un técnico en farmacia por cada 50 camas ocupadas para el área de dispensación de medicamentos a pacientes hospitalizados.
5. No cuenta con un auxiliar de farmacia por cada 50 camas ocupadas para el área de dispensación de medicamentos a pacientes hospitalizados.
6. No cuenta con un auxiliar de farmacia por cada 2.500 recetas mensuales o fracción para el área de dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.
7. Cuenta con un misceláneo, sin embargo no se realiza adecuadamente la limpieza de mesas, estantes, sacudido de tarimas en despacho y bodega.

### Planta Física

8. No se cuenta con un área de servicios personales y de descanso.
9. El Servicio no cuenta con un sistema de control de temperatura de todas las áreas en las que se almacenan los medicamentos.



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

10. El servicio no cuenta con equipo para la preparación de medicamentos,
11. El armario o gaveta de seguridad para el almacenamiento de psicotrópicos y estupefacientes que se encuentra en el área de despacho no es seguro. Al momento de la visita el seguro se encontraba dañado.
12. Se observan obstáculos en el pasillo que comunica con la salida de emergencias en el área que colinda con la bodega y el área para el servicio de información de medicamentos.
13. Se debe garantizar el control de la temperatura en el área en donde se almacenan los sueros fisiológicos; al momento de la inspección se percibía elevada.

#### Bodega

14. El área de almacenamiento no posee la suficiente capacidad para permitir la colocación ordenada de diversas categorías de materiales y productos.
15. Los pisos, paredes, techos, no son de fácil limpieza debido a las condiciones materiales de los mismos y al poco espacio disponible entre materiales almacenados.
16. No existe control de humedad.
17. En la bodega se observa que el tarimado alcanza el techo, y está pegado a las paredes (dificultando la limpieza). Se debe verificar que las cajas no excedan el número de bultos apilados de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
18. Los estupefacientes y psicotrópicos que se encuentran en la bodega no se encuentran custodiados por un farmacéutico, el control se asigna a un técnico.
19. Los pasillos no poseen la anchura adecuada con el número de trabajadores que deben circular en ellos considerando incluso el desalojo de emergencia; en los pasillos se colocan cajas que obstruyen el paso.
20. Algunas áreas del Servicio de Farmacia no cuentan con los extintores tipo ABC de acuerdo con el tamaño y complejidad del local. De los existentes se observó un extintor vencido.
21. Algunas áreas del Servicio de Farmacia no cuentan con luces de emergencia.

#### Bodega donde se almacenan los medicamentos vencidos

22. El almacenamiento de materiales o productos rechazados (vencidos, devueltos, etc.) no se efectúa en un área separada, de acceso restringido, bajo llave. Se ubica en el segundo piso de un almacén destinado para otros fines hospitalarios.
23. Los materiales y productos no se encuentran sobre tarimas o estanterías que permitan la limpieza.
24. Este almacén posee un monitor de ventilación pero se encuentra cerrado por láminas plásticas.

Para atender lo anterior, la Jefatura del Servicio de Farmacia elaboró un Plan Remedial que fue remitido a la Directora del Área Rectora de Salud Hospital-Mata Redonda al Ministerio de Salud, se colige de la documentación aportada que no todas las propuestas efectuadas en el citado plan fueron aceptadas por el Área Rectora de Salud (oficio CS-ARS-HMR-910-2012 del 16 de julio 2012).

El Dr. Fernando Morales Martínez, Director Médico del centro de salud, informó a la Gerente Médica, Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, mediante el oficio DG-534-2012 del 18 de setiembre 2012, sobre las observaciones efectuadas por el Área Rectora de Ministerio de Salud al Plan Remedial, planteando la cantidad de personal que se requiere (5 Farmacéuticos, 2 Técnicos de Farmacia y 7 Auxiliares de Farmacia); así como a la necesidad de disponer de un área de almacenamiento con capacidad suficiente para permitir el acomodo ordenado de las diversas categorías y productos. En lo que interesa, el citado documento señala:



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

*“(...) En el ámbito local se han dispuesto todas las acciones posibles al alcanzar el HNGG efectos de tratar de mejorar las condiciones con las que se dispone en las bodegas de farmacia, en este momento. No obstante, se requerirá para el logro de una solución integral, con proyección de capacidad de respuesta de largo plazo, de recursos en cuanto a valoración de espacio físico alternativo, dotación financiera y gestión técnico administrativa apropiada para su formulación.”*

Al momento de la evaluación no se evidenció que las autoridades del centro hubiesen efectuado el seguimiento al Plan Remedial; sin embargo, se aportaron documentos que evidencian acciones orientadas a mitigar la problemática respecto al almacenamiento, tal y como se indicó en el punto 2 del presente informe.

En lo referente al recurso humano, la Jefatura de Farmacia solicitó a la Directora a.i. del centro, Dra. Milena Bolaños Sánchez (oficio HNGG-SF-229-2015 del 29 de abril 2015) autorizar a la Oficina de Recursos Humanos de ese hospital, efectuar un estudio de creación de plazas para Farmacia, gestión que fue avalada por la Dra. Bolaños Sánchez por medio del oficio DG-293-05-2015 del 4 de mayo 2015.

La no atención de la Orden Sanitaria genera incumplimiento a estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud y además eventualmente puede ocasionar el cierre técnico del servicio.

### **3. Sobre la gestión y contabilización de la lista de espera para mamografías y ultrasonidos**

Se registra en el cuadro 21 del Informe Estadístico Mensual del 2014 y primer semestre del 2015, la lista de espera para algunos procedimientos efectuados en el Servicio de Rayos X; no obstante, a nivel del Servicio se indica que no hay lista de espera debido a que las citas de los procedimientos para los pacientes ambulatorios, se programan de forma previa a la fecha de la cita establecida con el médico especialista.

Se determinó además, que la lista de espera personalizada es generada a partir de los datos que se registran en un sistema informático, en el que se incluye a todos los pacientes atendidos, independientemente de su procedencia (Consulta Externa, Urgencias u Hospitalización).

Además, se determinó que la información registrada en el cuadro 21 para los períodos de enero a marzo 2015, no concuerda con los datos extraídos de la lista personalizada aportada por el Servicio de Rayos X; por lo que no se garantiza la confiabilidad de la información que se registra.

Con la emisión la circular, GM-MDA-2033-14, del 30 de enero de 2014, relacionada con la oficialización y modificación de la presentación de la información, a incluir en el cuadro 21, se estableció un instructivo para el correcto llenado del cuadro en mención, que establece respecto a días promedio lo siguiente:

*“Este resultado deberá ser obtenido mediante la utilización de los registros incluidos en la lista de espera personalizada que se remite mensualmente en forma Excel a la Unidad Técnica de Listas de Espera y a las Direcciones Regionales respectivamente.”*

Este instructivo también indica en el punto 7 titulado Exclusiones, lo siguiente:

*“No se incluirán en este reporte de citas:*

- *Con plazos de espera por expresa recomendación médica.*



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

- *Con plazos de espera programados por solicitud expresa del paciente por razones ajenas a la disponibilidad de espacio en la agenda.”*

La Guía para la Gestión, Conteo, Verificación y Certificación de Listas de Espera, emitida por Unidad Técnica de Listas de Espera, en relación con estrategias aplicadas con resultados satisfactorios para Procedimientos de Diagnóstico ambulatorios cita:

*“No se recomienda la mezcla de pacientes hospitalizados o urgentes en la agenda de consulta externa, ya que estos campos se llenan de acuerdo a la solicitud del establecimiento. Lo anterior, claro está dentro de la agenda de pacientes programados.”*

En el 2014 y primer semestre del 2015, se registra en el cuadro 21 del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, lista de espera para los siguientes procedimientos:

- Otros estudios contrastados (solamente en el 2014)
- Mamografías
- Otros ultrasonidos generales
- TAC con medio de contraste
- Otras radiografías generales

Sobre las diferencias observadas en la cuantificación de la lista de espera registrada en el cuadro estadístico 21 y el archivo de Excel denominado Lista Personalizada, correspondiente a los meses de enero febrero y marzo 2015, los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro Nº 3**  
Cantidad de citas y promedio días de espera procedimientos Radiodiagnóstico  
Enero a marzo 2015

Tipo de Procedimiento	Enero (10/2/15)*		Febrero (6/3/15)*		Marzo (9/4/15)*	
	Citas	Promedio días	Citas	Promedio días	Citas	Promedio días
Mamografía	38	40	52	46	58	59
Radiolog. Convencional	529	39	638	44	715	55
TAC	418	40	557	39	602	53
Ultrasonido	570	39	650	45	679	58

Fuente: Archivos (hojas electrónicas) aportadas por la Secretaria del Servicio de Rayos X

\* Corresponde a la fecha del archivo

Los datos correspondientes al primer semestre del 2015 incluidos en el cuadro estadístico 21 son los siguientes:

**Cuadro Nº 4**  
Citas y plazo promedio en días de espera para procedimientos de radiodiagnóstico  
Primer semestre 2015

Mamografías	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Citas	21	7	23	22	20	39
Plazo promedio	240	97	245	215	184	97
<b>Otros ultrasonidos generales</b>						
Citas	202	63	256	225	242	712
Plazo promedio	304	98	245	215	190	74



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

Mamografías	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<b>TAC con medio de contraste</b>						
Citas	130	32	167	119	123	444
Plazo promedio	248	96	202	190	186	73
<b>Otras radiografías generales</b>						
Citas	178	58	232	212	223	712
Plazo promedio	249	97	210	196	191	73

Fuente: Cuadro 21, de enero a junio 2015

Se solicitó a la Licda. Yolanda Brenes Zumbado, Asistente de la Dirección Médica del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, a quien de acuerdo con lo indicado por la Secretaria del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, se remite la información de las Listas de Espera, informar cuál es el procedimiento que se sigue para el llenado del cuadro 21, quiénes participan en la determinación de la información, de dónde surgen los datos y cómo se realiza la cuantificación citas y plazos promedio en días.

Por medio del oficio DG-839-10-2015 del 2 de octubre 2015, suscrito por el Dr. Fernando Morales Martínez, Director General, se informó lo siguiente:

*"(...) El servicio de Rayos Equis, dispone de una herramienta específica "SIGEHO" en la que se registran los datos de Listas de Espera, según la plantilla Oficial de la UTLE del 2009.*

*Es importante señalar que este registro es exclusivo de dicho servicio, no obstante el mismo no genera reportes, no es compatible con otras bases de datos del hospital, y no produce salidas...*

*La información que se incorpora en la Plantilla de Listas de Espera, corresponde a lo instruido a nivel institucional por parte de la UTLE (con nota al pie se indica: UTLE (2009). Guía para la Gestión, Conteo, Verificación y Certificación de Listas de Espera)*

*Los datos consignados en el cuadro 21, son procesados en el Servicio de Redes, donde se filtra la información, según los anotados en la plantilla supra indicada, que contiene la información referente a la persona usuaria, el día que se presenta a solicitar la cita, la fecha en que se otorga y datos respecto a su resolución (resuelta-pendiente) y otros. Véase contenido de la plantilla. Lo anterior, sin considerar la fecha otorgada para la valoración de su estudio, por parte del médico tratante.*

*La cuantificación de citas y plazos promedio, se realiza en el siguiente orden:*

- *Citas: el total de pacientes que se encuentra esperando un procedimiento con más de un día espera, posterior a la fecha de corte (último día natural del mes).*
- *Días promedio de espera (plazo promedio en días): La suma de los días de espera de cada paciente dividido entre el total de días de número de citas pendiente...*

*Es oportuno reiterar que en el caso de Rayos Equis, todas las citas se definen de acuerdo con la cita de control programada en la Consulta Externa, con el médico tratante, que es el especialista que valora los estudios realizados en Rayos Equis y es quien define el tratamiento a seguir.*



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

*Por último es importante tener presente que de acuerdo con Oficio GMD-35-836-15 del 28 de setiembre del 2015, se instruye a las unidades respecto a la implementación de una nueva “Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos”, la cual se encuentra en proceso de valoración en esta unidad a efectos de cumplir con lo indicado.”*

Si se considera que la base de la información que se registra en la Lista Personalizada de Espera es la fuente de información para la obtención de lo que se registra en el Cuadro Estadístico 21, las debilidades señaladas generan incertidumbre sobre la confiabilidad de la información que en él se está consignando.

La información en materia de listas de espera ha sido un tema sensible para la institución, de ahí que la confiabilidad, y calidad de los datos que se registran se constituye en elemento trascendental para la adecuada gestión por parte del nivel local así como para la determinación de estrategias y lineamientos de parte de los niveles superiores institucionales.

Las situaciones señaladas, no permiten garantizar de manera razonable si existe o no una lista de espera para los procedimientos de Radiodiagnóstico, o si los datos que se han estado incluyendo en el cuadro 21 corresponden a la realidad del servicio.

#### **4. Sobre la resolución para la autorización de equipos emisores de radiaciones ionizantes y los Permisos Sanitarios de Funcionamiento de los servicios de Radiología e Imágenes Médicas y Laboratorio Clínico**

Los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas y el Laboratorio Clínico no tienen el Permiso Sanitario de Funcionamiento emitido por el Ministerio de Salud.

Se determinó además, la necesidad de gestionar ante el Ministerio de Salud, la modificación y/o actualización de la resolución y licencia UASSAH-003-2014-D del 25 de setiembre 2014, respecto a los equipos y funcionarios autorizados para la operación de los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

El Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud, Decreto 34728-S, establece lo siguiente:

##### **“Artículo 2.- Definiciones y Abreviaturas**

**29. *Habilitación:*** Permiso Sanitario de Funcionamiento otorgado por el Ministerio a los establecimientos de salud y afines, públicos, privados y mixtos, y que tiene como objetivo garantizar a las personas usuarias, que tales establecimientos cumplen con los indicadores estructurales mínimos del mejoramiento continuo de la calidad para brindar los servicios que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo aceptable para los mismos...

**38. *Permiso Sanitario de Funcionamiento o Permiso Sanitario de Funcionamiento (P.S.F.):*** certificado que emite el Ministerio de Salud autorizando el funcionamiento de un establecimiento agrícola, comercial, industrial o de servicios, en una ubicación determinada. Para efectos de establecimientos de salud y afines, el permiso sanitario de funcionamiento corresponde al certificado de habilitación....”

La resolución y licencia UASSAH-003-2014-D del 25 de setiembre 2014, señala en el punto 4:





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

*“Se previene al Dr. Fernando Morales Martínez, en calidad de representante legal del HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA de la Caja Costarricense de Seguro Social, que según el Decreto Ejecutivo 34728-S deben contar con Permiso Sanitario de Funcionamiento, otorgado por el Área Rectora Hospital Mata Redonda.”*

La resolución y licencia UASSAH-003-2014-D del 25 de setiembre 2014, incluye la autorización como propietario de seis emisores de radiaciones, según el siguiente detalle:

MARCA	MODELO DEL EQUIPO	DESCRIPCIÓN	SERIE DEL EMISOR	DATOS DE OPERACION
Hologic	Selenia Dimensions	Mamógrafo digital directo	81008110966	49 KVp, 200 mAs
Siemens	Mobillet Xp 1818363	Sistema de Rayos X portátil	2545	133 KVp, 140 mAs
Siemens	Movillete Xp 181863	Sistema de Rayos X portátil	2546	133 KVp, 140 mAs
Siemens	Polydoros It 07759793	Sistema de Rayos X convencional	4816	150 KVp, 800 mAs
Toshiba	Fluorex KXO-50F	Sistema de Rayos X convencional y Fluoroscopio	B7513901	140 kvP, 380 mAs
Siemens	Somatom Emotion 2003	TAC	46312	140KVp, 380 mAs

El equipo de rayos x con Fluroscopia, fue retirado del Servicio en enero del 2015, de acuerdo con lo consignado en el oficio RXHNGGDRBC-04.2015 del 19 enero 2015.

El punto 2 de la resolución UASSAH-003-2014-D del 25 de setiembre 2014 establece:

*“Se previene al Dr. Fernando Morales Martínez, en calidad de representante legal del HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGIA de la Caja Costarricense de Seguro Social, que según el artículo 27 del Decreto Ejecutivo 24037-S, que será responsable de informar al Ministerio de Salud, en forma oportuna, de cualquier acción, alteración del diseño de la instalación o cambio de las condiciones de seguridad radiológica de la instalación. Asimismo, según los documentos presentados, no se podrán utilizar otros emisores de radiaciones ionizantes que no se encuentren incluidos en la presente resolución.”*

En cuanto a los funcionarios autorizados para la operación de los equipos, el punto 5 cita:

*“Se previene al Dr. Fernando Morales Martínez, en calidad de representante legal del HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGIA de la Caja Costarricense de Seguro Social, que en cumplimiento de los artículos 23 y 28 inciso a) del Decreto Ejecutivo 24037-S, que los emisores de radiaciones ionizantes, con las características citadas en el punto 1 de la presente resolución y según los documentos presentados, sólo podrán ser utilizados por: Dra. Gladys Méndez Arrieta, Dra. Maritza Salazar Cabalceta, Dra. Cristina Araya Steinvort, José Joaquín Fonseca Franceschi, Armando Jaén Valdivia y Roberto Gen Rojas quien fungirá como responsable de la protección radiológica. En caso de cambios en el personal o que otra persona pretenda utilizar los equipos, se deberá informar y/o solicitar la respectiva autorización al Ministerio de Salud (...)”*

La Dra. Gladys Méndez Arrieta, quien fungió como Jefatura del Servicio, se acogió a la pensión a partir del 01 de julio 2015; y la Jefatura al momento del estudio está a cargo del Dr. Enrique Espinosa Leal; que como se puede observar no está incluido en la autorización para la utilización de equipos con radiaciones ionizantes. De acuerdo con el rol del servicio correspondiente al mes de julio 2015, los Radiólogos y Técnicos que se desempeñan son:



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

Médicos Asist. Espe. en Imágenes Medicas	Técnicos en Imágenes Medicas
Espinosa Leal Enrique	Gen Rojas Roberto
Mora Barquero Allan	Fonseca Francescho José Joaquín
Salazar Cabalceta Maritza	Jaén Valdivia Armando
Steinvorth Araya Cristina	López Díaz Nestor
	Jonathan Jiménez Sanabria

Sobre la no disponibilidad del Permiso Sanitario de Funcionamiento, la Jefatura del Servicio de Laboratorio, Dra. Débora González León, informó que la documentación fue remitida a la Dirección Médica, que estaba gestionando la habilitación del centro médico.

La desactualización de la Licencia para la emisión de radiaciones ionizantes no garantiza a las personas usuarias, que los servicios cumplen con los indicadores estructurales mínimos del mejoramiento continuo de la calidad. Por su parte, la no disponibilidad de los Permisos Sanitarios de Funcionamiento, ocasiona que la prestación de los servicios se realice al margen de las disposiciones técnicas definidas por el Ente rector en materia de salud.

#### 5. Sobre los manuales de organización y funciones

Se determina que los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes Médicas carecen de un manual actualizado de organización y funciones.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el Capítulo II, "Normas Generales relativas al Ambiente de Control", apartado 2.5, "Estructura Organizativa", lo siguiente:

*"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias y de conformidad con el ordenamiento jurídico y las regulaciones emitidas por los órganos competentes, deben procurar una estructura que defina la organización formal, sus relaciones jerárquicas, líneas de dependencia y coordinación, así como la relación con otros elementos que conforman la institución, y que apoye el logro de los objetivos. Dicha estructura debe ajustarse según lo requieran la dinámica institucional y del entorno y los riesgos relevantes."*

El Servicio de Laboratorio Clínico dispone de un Manual elaborado en 1997, que de acuerdo con lo manifestado por la Dra. Débora González León, Jefe del Servicio, se solicitó fuera actualizado. Existen además en el servicio 13 manuales relacionados con temas diversos (inducción, gestión de desechos infecciosos, bioseguridad, calificación de instalación, operación y desempeño de equipos; selección de proveedores externos y resolución de reclamos, entre otros).

En cuanto al Servicio de Farmacia, se aportaron dos Manuales de Procesos Internos elaborados en el 2010, uno para Hospitalización y otro para Consulta Externa. Ambos documentos disponen del aval de la Dirección Médica (oficio DG-5768 del 24 de setiembre 2010), y se refieren a los procedimientos a realizar en el servicio como son: recepción de recetas, digitado, acopio, etiquetado de medicamentos, empaque y traslado.

Respecto al Servicio de Rayos X, se informó que no se dispone de un manual, lo que existen son bitácoras por cada uno de los equipos.



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

El Manual de Organización y Funciones es un documento normativo que describe las funciones específicas, los objetivos, misión, visión, lo relativo a requisitos y responsabilidades de cada cargo o puesto de trabajo. Establece además las relaciones internas del cargo y proporciona información de las funciones específicas, así como la dependencia jerárquica y coordinación. La ausencia de tal instrumento limita el acceso a la información de gestión relacionada con la organización y apoyo para funcionarios y administración superior.

## 6. Sobre el Control Interno en el manejo de los reactivos por parte del Laboratorio Clínico

Existen, oportunidades de mejora, en cuanto al control interno que se realiza a los contratos establecidos a nivel institucional por la compra de reactivos, mediante la modalidad de prueba efectiva, principalmente debido a la ausencia de bitácoras por cada contrato en las que se registre la información que permita sustentar los gastos o consumo de reactivos, y otros aspectos como posibles fallas, la repetición de pruebas por error del equipo, o por falla del reactivo.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en la norma 1.5 relacionada con la Responsabilidad de los funcionarios sobre el SCI, cita:

*“De conformidad con la responsabilidad 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.”*

El Procedimiento de Control de Reactivos en custodia, control y facturación de Pruebas Efectivas, del 23 de abril 2014, elaborado por funcionarios de las Gerencias Médica y de Logística, cita:

*“(…)*

*5.1.8 El Director o Jefe de Laboratorio Clínico, independientemente de si la técnica es automatizada o no, debe asegurarse de mantener una bitácora física para cada proceso de compra en la modalidad de prueba efectiva –e instruir al personal a su cargo y designado para la realización de cada prueba (por turno), de llenar la bitácora física respectiva como control de gasto o consumo de reactivos, misma que deberá estar debidamente identificada en la portada, foliada (libro de actas), donde el registro esté libre de tachaduras y que en forma resumida, se indique al menos:*

- a) La fecha en que se realiza la prueba o análisis y la jornada laboral o turno.*
- b) El número y fecha de vencimiento del lote de reactivos en uso.*
- c) Indicar si se abre caja nueva. Esto con el objeto de determinar el rendimiento por cada caja o por juego de reactivos.*
- d) Consumo de reactivos definido por categorías, el número de:*
  - Pacientes o donantes*
  - Calibraciones*
  - Repeticiones y su causa*
  - Diluciones*
  - Controles*
  - Pérdidas por error del analista*
  - Pérdidas por error del analizador (equipo)*
- e) Número de pruebas no utilizadas debido a la presentación del producto. Se refiere a la cantidad de pruebas que no son utilizadas debido a que la presentación (número de pocillos en la placa o*



reactivos), es mayor a la requerida al momento de realizar la prueba. Por ejemplo "REACTIVO PARA LA DETERMINACIÓN DE CHAGAS".

- f) El analista deberá, en los casos donde el equipo tenga contador al cierre de su jornada (turno), cotejar la cantidad de pruebas reportadas por el equipo contra lo ejecutado. En caso de encontrar incongruencias se deberá informar de manera inmediata al Director o Jefe de Laboratorio, para que este coordine con el contratista y realicen las gestiones pertinentes. Lo anterior deberá ser consignado en la bitácora.
- g) Nombre y firma del analista responsable de las anotaciones (...)

5.2.8 El Director o Jefe de Laboratorio aplicará mecanismos de control, para la determinación real de las pruebas efectivas, para ello deberá:

- 5.2.8.1. Utilizar como medio de cotejo las hojas impresas de los equipos (cuando el equipo lo permita), las solicitudes de exámenes por el profesional en ciencias médicas solicitante, datos del Sistema de Información de Laboratorios Clínicos (SILC) y la bitácora correspondiente.
- 5.2.8.2. El Director o Jefe de Laboratorio o quien este delegue, determinará el consumo de reactivos, tomando como base las fuentes citadas en el punto anterior. Para lo cual totaliza el consumo en: calibradores, controles, muestras de pacientes o donantes, repeticiones por causa de error, etc.

NO contabilizará como consumido:

- Los calibradores. **Únicamente se contabilizarán aquellos calibradores adicionales a los establecidos por el fabricante para la realización de pruebas.**
- Repeticiones por causa de error de equipo fallas de reactivo, atribuibles al contratista y debidamente **comunicados** al contratista por los medios disponibles de forma inmediata y documentando lo acontecido.
- Las cajas en uso al momento de hacer el corte. De igual manera tampoco contabilizará las pruebas **realizadas** con la fracción de reactivos consumidos, para ello deberá consultar las bitácoras correspondientes y contabilizar las pruebas realizadas desde el momento en que se abrió la caja que aún está en proceso y restarlas del total. Esta información debe ser utilizada en el próximo conteo."

El Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Geriátria y Gerontología, recibe de forma directa, los reactivos producto de los contratos gestionados a nivel institucional, a saber:

**Cuadro Nº 5**  
**Contratos por prueba efectiva, Laboratorio Hospital Nacional de Geriátria y Gerontología**  
**Vigentes a octubre 2015**

	Descripción	No. Licitación	Contrato	Empresa	Precio por prueba efectiva
1	Química	2009LN-000027-1142	8743	CAPRIS	\$0,28
2	Hematología	2010-LN-0000116-1142	8711	CAPRIS	\$0,66
3	Orinas	2009LN-000013-1142	6315-2010	EQUITRON	\$0,37
4	Gases Arteriales	2010LN-000021-1142	7406	EQUITRON	\$1,83
5	Hemoglobina Glicosilada	2010LN-000006-1142	7442-2011	DIAGNOSTICOS DE ALTA TECNOLOGIA (DATSA)	\$4,70
6	Bacteriología	2010LN-000005-1142	P-7219-2011	TECNO DIAGNÓSTICA	\$5,51



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

	Descripción	No. Licitación	Contrato	Empresa	Precio por prueba efectiva
7	Banco de Sangre	2010LN-000017-1142	8521	DIAGNOSTIKA SA	

Fuente: Contratos aportados por la Jefe del Servicio de Laboratorio

Algunas de las debilidades identificadas en relación con los reactivos son:

- Para una muestra de 13 reactivos, se observó que no todas las salidas de artículos de la bodega se sustentan con en el formulario de pedido diseñado por el Servicio para ese fin. Se indicó que es debido a que no siempre está disponible el funcionario que realiza la labor de bodeguero.
- Existe falta de concordancia entre la cantidad de producto solicitada y la despachada en los pedidos gestionados a lo interno del servicio (entre las secciones y la bodega), situación que según se informó se debe a la presentación de los reactivos.
- En los documentos con los que se reciben los reactivos de licitaciones efectuadas a nivel institucional, no siempre incluye la fecha y firma de recibido, por parte de algún funcionario del Servicio de Laboratorio. Al respecto se indicó que el funcionario que realiza la función de bodeguero, no siempre se encuentra disponible.
- Los reactivos (casete) e insumos provenientes del contrato P-7219-2011 con la empresa TECNO DIAGNÓSTICA para la Sección de Bacteriología, son recibidos directamente por el Microbiólogo de la Sección y no se custodian en la bodega del Servicio de Laboratorio. Situación que debilita el control, ya que es una sola persona quien recibe, custodia y controla el uso de los productos. Esta situación, según lo indicado por la Dra. Débora González León obedece a falta de espacio (cámara de refrigeración) en la bodega.
- Se determinó además, que no se dispone de una Bitácora para cada uno de los contratos, en la que se registre por turno: consumo de reactivos, número y fecha de vencimiento del lote de reactivos en uso y número de pruebas no utilizadas, entre otros aspectos; si bien en algunos casos existen registros, estos se custodian en un ampo (hojas sueltas).
- En lo referente a los conteos de “pruebas efectivas”, se determina que son los representantes de las empresas los que realizan la cuantificación, y aunque el Microbiólogo encargado de la sección está presente en la realización del mismo, en los conteos efectuados entre enero y setiembre 2015, no se observó que se hubiese generado algún tipo de referencia a la disminución de pruebas por errores o fallos del equipo.

De acuerdo con los contratos por la compra de reactivos, el número de pruebas efectivas realizadas son el resultado de las muestras procesadas, más los controles aplicados menos el número de calibraciones; este detalle no se incluye en todos los conteos efectuados durante el 2015. En el anexo 1 se incluye la información consignada en los conteos efectuados.

Los controles que sobre los contratos por reactivos bajo la modalidad de prueba efectiva se utilizan al momento de la evaluación en el Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, generan un riesgo a la institución de cancelar sumas de más por este concepto, ya que no se registra en una bitácora por cada contrato los aspectos definidos institucionalmente en el “Procedimiento de Control de Reactivos en custodia y facturación pruebas efectivas”.



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

## CONCLUSIONES

El estudio evidencia oportunidades de mejora por parte de los servicios evaluados en temas como organización, planificación, Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Listas de Espera (específicamente para Radiología e Imágenes Médicas) y respecto al control interno de los reactivos provenientes de las Licitaciones gestionadas institucionalmente bajo la modalidad de “Prueba Efectiva”.

Ninguno de los servicios dispone de un Manual de organización y funciones; en el caso de Laboratorio Clínico se aportó documento elaborado en 1997, que de acuerdo con lo manifestado por la Dra. Débora González León, Jefe del Servicio, se encuentra en proceso de actualización.

En cuanto a la planificación, los tres servicios elaboran y evalúan la planificación, no obstante se observan aspectos de mejora en todos ellos, como lo son diferencias en la determinación de los logros de las evaluaciones de Farmacia y el Laboratorio Clínico, y la efectuada por parte del centro médico mediante la herramienta del Plan Presupuesto, tanto para el 2014 como el 2015. Se determina además diferencias en las metas que se planifican y las que se evalúan, concretamente por parte del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas.

Los Servicios de Farmacia y Radiología no planifican metas para “Apoyo a la Red”, no obstante los cuadros incluidos en el Informe Estadístico de ambos servicios, consideran producción para otros establecimientos.

Los logros reportados por el Servicio de Farmacia en las evaluaciones de metas no son concordantes con la producción registrada en el cuadro estadístico 31. Se argumenta por parte de la Jefe del Servicio, Dra. Olga Wittingham Quirós, que lo que se incluye en ese cuadro no refleja la realidad del servicio porque no considera la preparación de UNIDOSIS. No obstante las metas se definen en concordancia con la herramienta del Plan Presupuesto, cuyo indicador para el Servicio de Farmacia es “Número de cupones de Medicamentos”, que es concordante con la estadística que se registra en el cuadro estadístico 31.

En materia de infraestructura, el Servicio de Farmacia presenta limitaciones de espacio para el almacenamiento, ya que las áreas utilizadas para estos fines no tienen las condiciones óptimas, lo que ocasiona que los productos se almacenen inadecuadamente; existe además dificultad para movilizar y trasladar los productos a las zonas destinadas para el almacenamiento. Este Servicio tiene además, una Orden Sanitaria desde el 30 de enero 2012, para la que de acuerdo con los requerimientos se diseñó un Plan Remedial, al que no se evidenció se le hubiese brindado el seguimiento correspondiente.

Sin embargo, la Dra. Olga Wittingham Quirós, Jefe de la Farmacia evidenció documentación sobre las gestiones emprendidas para mitigar la problemática del almacenamiento, como fue la solicitud de incorporar en el Portafolio de Proyectos, la construcción de un almacén; así como la solicitud en abril del 2015 a la Dirección Médica del Hospital para que la Oficina de Recursos Humanos realice un estudio para la creación de plazas.

En materia de Listas de Espera para procedimientos de Rayos X, a pesar de que en el Servicio se indica que no existen, el cuadro estadístico 21 sí las incluye, siendo generada a partir de los datos que se registran en un Sistema Informático utilizado por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas, en el que se contempla a todos los pacientes atendidos, independientemente de su procedencia (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).



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

Por otra parte, no se garantiza la confiabilidad de la información registrada en el cuadro estadístico 21 para los períodos de enero a marzo 2015, ya que de la información extraída de la Lista Personalizada aportada por el Servicio de Radiología e Imágenes Médicas para este mismo período difiere sustancialmente.

Los Servicios de Laboratorio Clínico y Rayos X no cuentan con el Permiso Sanitario de Funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud. Y la autorización para la emisión de equipos con radiaciones ionizantes requiere ser modificada y/o actualizada, ya que incluye equipo (Rayos X con Fluoroscopia) y personal que no se encuentran en el servicio.

Finalmente existen oportunidades de mejora en cuanto al control interno del Servicio de Laboratorio para los reactivos gestionados por medio de licitaciones a nivel nacional, bajo la modalidad de “Prueba Efectiva”, ya que al momento de la evaluación no se disponía de una bitácora por cada uno de los contratos, en la que se registre información que junto con otros documentos permita comprobar la cantidad de pruebas efectuadas.

Además, los productos –reactivos y consumibles- del contrato P-7219-2011 con la empresa Tecno Diagnóstica para Bacteriología, son recibidos y custodiados por el Microbiólogo de la sección a cargo, situación que debilita el control interno.

## RECOMENDACIONES

### A LA DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

1. Solicitar a las Jefaturas de los Servicios de Farmacia, Laboratorio y Radiología e Imágenes Médica, mejorar y corregir las debilidades señaladas en el punto 1 del presente informe relacionadas con la definición de metas, determinación de logros y concordancia de éstos con los informes de producción incluidos en el Informe Estadístico.

Para comprobar el cumplimiento de lo anterior, es necesario que la Dirección Médica defina mecanismos de control que le permitan comprobar las mejoras en el proceso de planificación de los servicios. **Plazo 6 meses a partir de recibido el presente informe.**

2. Gestionar en coordinación con la Jefatura del Servicio de Farmacia, el seguimiento al Plan Remedial elaborado para atender la Orden Sanitaria N° ARS-HMR-ESCH-OS-03-12 del 30 de enero 2012; y atender los aspectos que se encuentren pendientes que puedan ser resueltos por ese nivel. **Plazo 3 meses a partir de recibido el presente informe.**
3. Con la participación de las Jefatura de Farmacia y Recursos Humanos, gestionar y elevar al nivel superior los estudios necesarios para la creación de plazas, con el propósito de atender lo señalado en la Orden Sanitaria N° ARS-HMR-ESCH-OS-03-12 del 30 de enero 2012, respecto a la cantidad de Farmacéuticos, técnicos y Auxiliares de Farmacia. **Plazo 3 meses a partir de recibido el presente informe.**
4. Efectuar en coordinación con las Jefaturas de los Servicios de Radiología e Imágenes Médicas y Registros Médicos, así como otros funcionarios que se estimen pertinentes, una revisión con el propósito de comprobar o descartar la existencia de Lista de Espera en el Servicio de Radiología; además de determinar la pertinencia de continuar extrayendo la información del Sistema SIGEHO ya que en este se incluyen a



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

- pacientes de los Servicios de Hospitalización y Urgencias; así como que no se está considerando si la cita para el procedimiento de radiología supera o no la atención programada por el médico tratante. **Plazo 3 meses a partir de recibido el presente informe.**
5. Realizar las gestiones necesarias ante el Ministerio de Salud, para modificar y/o actualizar la Resolución y Licencia UASSAH-003-2014- D del 25 de setiembre 2014 que autoriza la operación de equipos generadores de radiaciones ionizantes; ya que como se indica en el punto 4 del presente informe, el mismo incluye equipo y personal que no son parte del Servicio de Radiología e Imágenes Médicas. **Plazo 3 meses a partir de recibido el presente informe.**
  6. Efectuar las acciones que correspondan para gestionar los Permisos Sanitarios de Funcionamiento para los Servicios de Radiología y Laboratorio Clínico. **Plazo 6 meses a partir de recibido el presente informe.**
  7. Instruir a las Jefaturas de los Servicios de Laboratorio, Farmacia y Radiología e Imágenes Médicas, proceder a confeccionar el Manual de Organización y Funciones del Servicio. Corresponderá esa Dirección instaurar los controles pertinentes para garantizar la elaboración y divulgación en cada servicio, así como la frecuencia con que debe realizarse la actualización de los citados manuales. **Plazo 3 meses a partir de recibido el presente informe.**
  8. Instruir a la Jefatura del Servicio de Laboratorio a revisar, y mejorar los controles establecidos respecto a los reactivos adquiridos por medio de Licitaciones Nacionales, bajo la modalidad de “prueba efectiva”. Es importante se consideren las debilidades señaladas en el punto 6 del presente estudio; especialmente la necesidad de implantar una bitácora por cada una de las contrataciones, de acuerdo con lo establecido en el “Procedimiento de Control de Reactivos en custodia, control y facturación de Pruebas Efectivas”. Esa Dirección General debe garantizar el cumplimiento de esta instrucción. **Plazo 2 meses a partir de recibido el presente informe.**

## A LA GERENCIA MÉDICA

9. Considerando que los Hospitales: San Juan de Dios, Nacional de Niños y Nacional de Geriatria y Gerontología, presentan problemas para el almacenamiento de productos farmacéuticos, y que las condiciones de la infraestructura no permiten el crecimiento o construcción de área para estos fines; se recomienda la elaboración con la asesoría de las Gerencia de Logística e Infraestructura, de un estudio de viabilidad para la creación de un Centro de Distribución del Complejo Hospitalario, que permita el cambio de múltiples bodegas a un único centro de distribución. De considerarse pertinente, gestionar el diseño del proyecto y su incorporación en el Portafolio Institucional de Proyectos.

**Plazo 12 meses a partir de recibido el presente informe.**

## COMENTARIO DE INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, los alcances del presente informe se comentaron con los siguientes funcionarios: Dr. Fernando Morales Martínez, Director General Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología y la Master Yolanda Brenes Zumbado, Asistente de la Dirección General Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, se manifestó lo siguiente:

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 24 de 26

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





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

*“El Dr. Fernando Morales Martínez indica que es importante considerar que infraestructura del Hospital Nacional de Geriatria no fue diseñada para personas adultas mayores, sino que para atender una enfermedad (tuberculosis) que en su tiempo era endémica y padecida por personas más jóvenes. Por lo que la gran mayoría de las carencias están en el campo arquitectónico, que es imposible de optimizar.*

*Se solicitó la ampliación de plazos para el cumplimiento de las recomendaciones, según el siguiente detalle:  
3 y 4 ampliar a 6 meses  
6 ampliar a 9 meses  
8 ampliar a 3 meses.”*

Se comentó además con el Dr. Javier Céspedes Vargas, de la Gerencia Médica la recomendación 9, quien manifestó estar de acuerdo con lo recomendado.

#### ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Licda. Rosa María Rodríguez Barrantes  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Miguel A. Salvatierra Rojas  
**JEFE SUBÁREA FISCALIZACIÓN DE LA  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Lic. Rafael Ramírez Solano  
**JEFE DE ÁREA**



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

### Anexo 1

Detalle conteo de pruebas efectivas por fecha y cantidad de enero a setiembre 2015  
Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología

CONTRATO	EMPRESA	DESCRIPCIÓN	FECHA DEL CONTEO	CALIBRACIONES (-)	CONTROLES (+)	DILUCIONES (+)	MUESTRAS (+)	TOTAL PRUEBAS EFECTIVAS	VALOR SEGÚN CONTRATO
7219	TECNODIAGNÓSTICA	Bacteriología	12/02/2015					1.120	\$6.171,20
			07/05/2015					1.800	\$9.918,00
			09/07/2015					1.948	\$10.733,48
			04/09/2015					1.600	\$8.816,00
8521	DIAGNOSTIKA SA	Banco de Sangre	13/04/2015					9.014	
			06/07/2015					8.510	
8711	CAPRIS	Hematología	13/04/2015					9.014	\$5.949,24
			06/07/2015					8.510	\$5.616,60
8743	CAPRIS	Química	08/01/2015	1.301	6.090			63.781	\$17.858,68
			08/04/2015	1.056	5.831			90.215	\$25.260,20
			21/07/2015	1.087	6.683			110.189	\$30.852,92
7406	EQUITRON	Gases Arteriales	23/01/2015	0	300	781		1.081	\$1.978,23
			15/04/2015	0	246	773		1.019	\$1.864,77
			20/07/2015	0	288	967		1.255	\$2.296,65
6315	EQUITRON	Orinas	23/01/2015	0	110	1.543		1.653	\$611,61
			18/03/2015	0	117	1.732		1.849	\$684,13
			22/05/2015	0	145	2.137		2.282	\$844,34
			20/07/2015	0	118	1.910		2.028	\$750,36
			28/09/2015	0	166	2.066		2.232	\$825,84
7442	DATSA	Hemoglobina Glicosilada	16/01/2015	6	106	886		992	\$4.662,40
			09/03/2015	10	74		802	876	\$4.117,20
			06/05/2015	4	82		818	900	\$4.230,00
			10/07/2015	8	99		1.034	1.133	\$5.325,10
								<b>TOTAL</b>	<b>\$149.366,95</b>

Fuente: Formularios de conteo de Pruebas, aportados por el Servicio de Laboratorio