



ASS-049-2020
26 de junio de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se origina en atención al Plan Anual Operativo 2020, del Área de Servicios de Salud y permitió determinar oportunidades de mejora en la gestión técnica y administrativa que desarrolla la Dirección de Enfermería del Centro Nacional de Rehabilitación.

Referente al Plan Anual 2018- 2019 y la proyección de metas que realizó la Dirección de Enfermería, se determinó que existen oportunidades de mejora en la elaboración de esas metas y su vinculación con el plan institucional y las necesidades propias en cuanto a la gestión de enfermería. La generalidad de las metas planteadas favorece la dilución de esfuerzos y no propicia un mejoramiento continuo y sostenible, afectando finalmente la rendición de cuentas y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Sobre el proceso de Supervisión no ha sido desarrollado en forma razonable por la Dirección de Enfermería. La ausencia de una estructura formal, sólida, consistente y sobre todo capaz de medir la gestión de cuidado de Enfermería ha interferido en el desarrollo sostenible del proceso de supervisión, lo que se refleja en el lento avance de la puesta en marcha de las diferentes actividades de control operativas, ocasionando esfuerzos diluidos que no contribuyen a alcanzar en forma razonable, los objetivos de control propuestos y no han permitido reflejar logros sustantivos a corto plazo.

En lo relativo al Programa de Educación Continua se evidenció la conveniencia de fortalecer la propuesta educativa implementada en 2019, en cuanto a la medición de los logros alcanzados para conocer los niveles de competencia y el mejoramiento progresivo en la calidad del servicio.

Referente al cumplimiento de estándares de enfermería se detectaron debilidades relacionadas con la identificación del paciente (estándar 17.1), en la gestión de medicamentos, específicamente en cuanto al Carro de Emergencias y los registros de Enfermería en el Expediente Digital Único.

Relevante es señalar que las situaciones descritas representan un riesgo y /o afectación para la institución ante demandas y situaciones que afecten su imagen.



ASS- 049-2020

26 de junio de 2020

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN UP 2203

ORIGEN DEL ESTUDIO

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

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa y técnica del Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar las actividades de direccionamiento, control y supervisión ejercida por la Dirección de Enfermería.
2. Evaluar las acciones efectuadas por la Dirección de Enfermería mediante el Programa de Educación Continua.
3. Verificar la implementación de los estándares de Enfermería relacionados con los registros de enfermería en el Expediente Digital Único, la gestión de medicamentos y la identificación de la persona usuaria.
4. Evaluar las condiciones físicas y de funcionamiento de la Central de Esterilización de materiales y equipos del centro médico.

ALCANCE

El alcance del estudio comprendió la revisión de las siguientes actividades y procesos: dirección, conducción y supervisión de la Dirección de Enfermería, proceso de educación continua, aplicación de estándares de enfermería y condiciones de funcionamiento de la Central de Esterilización. 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.

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. María Luisa Badilla Chinchilla, Directora de Enfermería.
- Dra. Cynthia Monge Blanco, Sub directora de Enfermería.
- Dra. Eva Hurtado García, Educadora en Servicio.

Revisión y análisis de los siguientes documentos:

- Diagnóstico Situacional del Servicio de Enfermería, 2018.
- Plan Presupuesto 2019-2020
- Plan Anual Operativo 2019
- Gestión documental de la Dirección de Enfermería.

- 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.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO- DFOE)
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares en Salud en Enfermería dirigido a los tres niveles de Atención.
- 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.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley N.º 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. (...)

ANTECEDENTES

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.

HALLAZGOS

1. SOBRE EL PROCESO DE CONDUCCIÓN Y DIRECCIÓN

Se determinó que el proceso de dirección y conducción del Servicio de Enfermería requiere ser consolidado en cuanto a los procesos administrativos y técnicos esenciales de esta disciplina. En lo referente a la planificación anual operativa, ésta no refleja claramente una correlación entre las metas y los indicadores, así como; no se logró verificar un seguimiento efectivo al cumplimiento de las metas propuestas.

1.1 PLANIFICACIÓN ANUAL OPERATIVA

Esa dirección de enfermería para el período 2018-2019 elaboró una planificación operativa basada en el "Diagnóstico Estratégico del Servicio" Matriz 1, en el cual se determinaron 4 problemas:

- Deterioro del clima organizacional
- Crear espacio físico para la custodia adecuada del equipo de uso diario del departamento
- Déficit en la realización del proceso de enfermería.
- Crear espacio físico para las reuniones y otras actividades del personal.

A partir de ese diagnóstico, se estableció la planificación descrita a continuación.

PLAN ANUAL OPERATIVO 2018-2019 SERVICIO DE ENFERMERÍA CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN CCSS

META E INDICADOR	LOGRO ESPERADO Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
Lograr que al menos el 75% del personal de enfermería se involucre en el fortalecimiento del clima organizacional % de personal de enfermería satisfecho	Un 18 % de cumplimiento por trimestre. (4 talleres y desarrollo de encuestas de satisfacción).	Se planificaron actividades para febrero-marzo y mayo (Responsable- Directora y Sub directora de enfermería)
Que a setiembre de 2018 se hayan hecho las gestiones para la adquisición de espacios Gestión realizada	1 gestión planificada para el segundo trimestre. Coordinación con ingeniería y mantenimiento para especificaciones técnicas y presentar solicitud	Se planificó 1 coordinación para junio 2019 (Responsable – Directora de Enfermería)
En el 2018 todos los pacientes hospitalizados tendrán el proceso de enfermería realizado. % de pacientes con proceso de enfermería realizado	25 % de cumplimiento cada trimestre. -Talleres de refrescamiento de herramienta. -Divulgación y aplicación de las notas tipo SOAPE. -Aplicación de la Escala Perroca y ASA según corresponda	Se planificaron actividades para febrero-mayo-agosto y noviembre (Responsable Educadora en Servicio)
A septiembre del 2018 se hayan hecho las gestiones para la construcción del espacio físico.	Incluir en el presupuesto del 2017 y dar seguimiento a las gestiones trimestralmente.	Se planificó realizar gestiones el segundo trimestre.

Fuente: Dirección de Enfermería CENARE.

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



Se consultó a la Dra. María Luisa Badilla Chinchilla, Directora de Enfermería si el Plan Anual Operativo se divulgaba con el personal a cargo para procurar conocimiento, aceptación general y compromiso a lo que indicó:

“No, porque se abordan los temas que son problemas del servicio que se vienen arrastrando y esto hace que se pierda credibilidad, además por parte de la Coordinación Nacional de Enfermería se solicitaron correcciones que se están realizando”.

Sobre el logro de las metas propuestas señaló: *“Cada 4 meses se hace un seguimiento por parte de Control Interno abril, setiembre y diciembre (...)”.*

Sin embargo; en revisión efectuada a las Evaluaciones de PAO² que se presentaron al Área de Planificación se obtuvo que la evaluación, se orientó únicamente a la adquisición de equipamiento.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, Capítulo I, Normas Generales, objetivos del Sistema de Control Interno señalan:

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.

El Manual Descriptivo de Puestos indica para el código de clase 043610 Enfermera 6 respecto a las Condiciones Organizacionales y Ambientales:

“La enfermera 6 se diferencia de la del nivel inmediato inferior, en que generalmente funge como directora o subdirectora de servicios de enfermería en hospitales regionales y nacionales o de programas de formación de personal en el nivel nacional”.

En cuanto a la Responsabilidad por funciones: *“Es responsable por la dirección que dé al personal subalterno, por la buena marcha del programa de enfermería a su cargo y por la efectividad de los resultados”.*

La misma norma indica referente a las Características Personales:

“Debe tener habilidad para tomar decisiones, dirigir personal y trabajar en equipo. Requiere conocimientos amplios sobre la actividad bajo su responsabilidad para coordinar actividades y relacionarse con otros funcionarios en las instituciones públicas y privadas”.

Esta Auditoría conoció oficio DDSS-0482-17 del 20 de abril del 2017 dirigido a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en ese momento Gerente Médico, suscrito por el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, en ese entonces director a.i de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, en el cual le manifiesta:

“(...) en reiteradas oportunidades se han realizado recomendaciones a efectos de mejorar la calidad en la gestión administrativa y la prestación de servicios de enfermería, pero se ha demostrado poco avance en los cumplimientos de las acciones en los seguimientos realizados por esta entidad, se ha recomendado a la luz del principio de eficiencia y eficacia, la organización, la planificación, la dirección, el control y seguimiento, a la Dirección de Enfermería, el staff de supervisoras y el nivel operativo, mejorar en el accionar para que la calidad en la prestación, el control y el liderazgo de las jefaturas se retome y se cumplan los lineamientos institucionales(...)

² Matriz de evaluación de metas del Plan Operativo con corte al tercer trimestre (enero a setiembre).



Asimismo, en informe de Supervisión efectuado por la Coordinación Nacional de Enfermería en octubre de 2019 se indica:

Se solicita a la Directora de Enfermería presentar los siguientes documentos propios de la gestión administrativa del cargo de puesto que desempeña: - Programa de Trabajo, Programa de las supervisoras a cargo, PAO 2018-2019 y PAO 2020-2021 ... Lo que presenta la Dra. Badilla en calidad de directora de Enfermería es el Plan Presupuesto donde indica que contiene el diagnóstico situacional del servicio de Enfermería. Al revisar el PAO 2018-2019 y PAO 2020-2021 se realizan las siguientes observaciones:

“(...) se deben incluir metas que sean cohorte propia de la Dirección de Enfermería, ya que al depender del avance de otras instancias no podrían definir avances ni responsables de las actividades. Las metas planteadas en el PAO deben estar completamente vinculadas con el Plan Institucional de la CCSS y las necesidades propias del servicio de Enfermería con impacto en los usuarios finales. Algunas metas deben de volverse a replantear porque la redacción no es clara ya que define solo actividades rutinarias propias del quehacer de Enfermería (...)

Sobre la solicitud planteada por la Coordinación Nacional de Enfermería en supervisión efectuada el 30 de octubre de 2019, en relación con corregir metas y objetivos del PAO se conoce oficio CNR-DE-2020 del 20 de enero 2020, suscrito por la MSc. Cynthia Monge Blanco, Directora de Enfermería a.i dirigido a esa Coordinación en el cual se adjunta “Plan de Mejoras” que incluye dentro de las propuestas de mejora:

- Confección y ejecución del Plan de Trabajo Dirección de Enfermería.
- Se incluye en cronograma la modificación el PAO, a fin de obtener metas y acciones ejecutables y coherencia entre metas objetivos e indicadores.
- Inclusión de medios digitales para Educación en Servicio, así como implementar rendición de cuentas semestral.
- Publicación del cronograma de reuniones con Profesionales de Enfermería e incluir cada trimestre a Auxiliares de Enfermería.
- Se discute con responsables para requerimientos de mejora y se visita Central de Esterilización con Educación en Servicio y Comité de IAAS.

Dentro de las causas que intervienen en el cumplimiento efectivo de las metas programadas se debe considerar que al no presentarse claramente los objetivos que se desean alcanzar y al no expresarse en dicha planificación una coherencia entre la meta y el indicador resulta poco probable lograr un cumplimiento efectivo.

Aunado a lo anterior, no desarrollar un ejercicio de control sistemático, provoca que los esfuerzos se diluyan y no se favorezca una visión concreta del grado de avance alcanzado.

Si se considera que se ha realizado un diagnóstico situacional, y evidenciado a través de las supervisiones de la Coordinación Nacional (en diferentes períodos) la necesidad de elaborar una planificación de metas que estén vinculadas con el plan institucional y las necesidades propias en cuanto a la gestión de enfermería, la generalidad de las metas planteadas favorece la dilución de esfuerzos y no se propicia un mejoramiento continuo y sostenible, afectando finalmente la rendición de cuentas y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

1.2. SOBRE EL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Se determinó que el proceso de Supervisión establecido por la Dirección de Enfermería requiere ser fortalecido. Aunque se han generado una serie de disposiciones de orden administrativo e iniciado con estrategias operativas, no se logra determinar un grado de avance razonable en este proceso de control.



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 atención señala:

“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”.

Asimismo, en la Justificación del estándar se indica: *“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”.*

De acuerdo con la información brindada, durante el 2018 y hasta junio 2019 aproximadamente, este proceso estuvo delegado en la funcionaria que ocupó la Sub- dirección de Enfermería (pensionada al momento del informe de auditoría). Las actividades básicas se registraron en una bitácora con incidencias, siendo los principales temas: cambios de turno, ausencias del personal, situaciones especiales con pacientes y familiares, problemática con algunos procedimientos de enfermería, sobrantes de medicamentos, información sobre circulares, entre otros. A partir de julio de 2019, este proceso se delegó a la Dra. Monge Blanco actual Sub- directora de Enfermería.

De acuerdo con la información facilitada el equipo de Supervisión está compuesto por 6 funcionarios, de los cuales 1 dispone de horario administrativo porque se encuentra a cargo del Programa de IAAS, los otros 5 rotan los 3 turnos de atención y tienen a cargo las 2 áreas de hospitalización, Consulta Externa y Sala de Operaciones. La supervisión de los Programas Especiales se ha distribuido con base en la ubicación del encargado por área de hospitalización.



Referente al plan de supervisión que se encuentra en fase de elaboración, se plantea la supervisión mensual en las 4 áreas del quehacer de la disciplina de Enfermería: clínica, administrativa, educativa e investigativa.

PLAN DE SUPERVISIÓN MENSUAL
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN -2019-2020
CCSS

Table with 5 columns: AREAS, OBJETIVOS, INDICADOR, ACTIVIDADES, RESULTADOS. Rows include CLÍNICA, ADMINISTRATIVA, EDUCATIVA, and INVESTIGATIVA.

Fuente: Dirección de Enfermería-CENARE.

En el mismo orden de ideas, algunas de las actividades que se supervisan son: Uso del uniforme -Toma de vías periféricas- Curaciones -Aplicación de sonda uretral. Asimismo, a partir del segundo semestre de 2019 y hasta el primer bimestre de 2020 se documenta la elaboración de algunas herramientas y/o carpetas digitales para efectuar el control de las actividades de supervisión como son: -Bitácora de Supervisión por turno -Reglamentos y Circulares- Agenda Mensual de Supervisión- Cronograma de Labores Programadas- Plan de Supervisión Mensual.

Referente a las capacitaciones recibidas durante el período 2017-2019 el siguiente cuadro lo muestra:

CAPACITACIÓN RECIBIDA EQUIPO DE SUPERVISIÓN
PERÍODO 2017-2019
CENARE-CCSS

Table with 3 columns: AÑO, TEMA, N° DE PARTICIPANTES. Rows show training for 2017, 2018, and 2019.

Fuente: Educación en Salud- CENARE.

Se consultó a la Dra. Cinthya Monge Blanco sub- directora de Enfermería, sobre el desarrollo del proceso de supervisión en ese servicio y la orientación de las principales gestiones en ese tema:

(...) lo primero fue devolver la autoridad al puesto de Enfermera 4 que estaba minimizado, para que el personal los respete y entienda la función que realizan. En el grupo de supervisión unificar criterios mediante sesiones y otras estrategias. Además, se ha trabajado en estandarizar el proceso de distribución de personal y pasar a lo digital. Finalmente, el manejo de las relaciones interpersonales primero a lo interno y luego hacia afuera, hacia los funcionarios y el reposicionamiento del Servicio de Enfermería a nivel de otras disciplinas y de las autoridades del hospital.



...brindar insumos al equipo de supervisión para que construyan las rotaciones, optimizar el tema de supervisión, elaboración de instrumentos, plan, cronogramas, entre otros aspectos (...) “.

Sobre la disposición de un plan de supervisión, se indicó³ a esta auditoría que *“el plan de supervisión en este momento está en construcción y sería para 2020-2021. En el 2019 se realizó otra planificación, pero no participé en el desarrollo de ese documento porque ingresé al puesto de sub- dirección hasta el segundo semestre”*.

En cuanto a los aspectos relacionados con el procedimiento de rendición de cuentas por parte de los funcionarios que supervisan se indicó: la revisión de bitácoras, notas de evaluación del desempeño y otras herramientas construidas.

Referente a las actividades de supervisión efectuadas durante el período 2018- 2019, al cierre de este informe no se logró obtener información.

Esta Auditoría tuvo conocimiento de la actividad de supervisión de Enfermería que realizó la Coordinación Nacional de Enfermería en el Centro Nacional de Rehabilitación, en febrero del 2017 y sobre el proceso de Supervisión se indica:

(...) se ha recomendado la necesidad de elaborar un cronograma de trabajo por las Supervisoras, acción necesaria para poder invertir de forma eficaz y eficiente el tiempo empleado en las dos áreas de supervisión (supervisión directa y supervisión indirecta), la supervisión en cualquiera de sus modalidades debe ser planificada. En el turno de 10 a 6 am la supervisora debe cubrir los libres del profesional de servicio. Los supervisores asumen el rol del profesional de servicio, dejando muchas veces su función propia de la acción supervisora. Las llamadas de atención o los planes remediales solicitados al personal han sido verbal no quedando registrado la evidencia.

Se encontraron diferentes listas de cotejo para supervisar algunos aspectos de la gestión de Enfermería con diferentes formatos, se dio a cada rubro peso igual para todas las acciones. No se priorizan acciones importantes en las actividades a evaluar.

No existe una adecuada comunicación entre el personal de supervisión, la Dirección de enfermería y los profesionales de enfermería del nivel operativo (...)

En el mismo orden de ideas, la Coordinación Nacional de Enfermería efectuó supervisión en octubre de 2019 e indicó: *(...) los programas de las supervisoras están elaborándose debido a que se han pensionado tres funcionarias y se ha dado movimiento de personal, por lo cual se está en proceso de inducción. Dar mejor control a la elaboración de notas de enfermería y dar seguimiento a las recomendaciones que se emanen de las evaluaciones realizadas. Dentro de cronograma de supervisión, aplicar listas de cotejo con resultados que sean dados a conocer al personal de los servicios unido a la capacitación para la mejora de los registros. Se debe instruir y supervisar de forma inmediata la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (...)*

A criterio de los niveles de dirección del servicio de Enfermería, los cambios ocurridos en la conformación del equipo de supervisión, así como las debilidades en cuanto al posicionamiento de estos funcionarios en su desempeño, contribuyen a que el proceso de supervisión que se ha efectuado esté debilitado.

Sin embargo; considera esta Auditoría que este proceso de control no ha sido desarrollado en forma razonable por la Dirección de Enfermería. Aunque en diferentes períodos, la Coordinación Nacional de Enfermería identificó ampliamente las oportunidades de mejora, la puesta en marcha y concreción de los cambios sugeridos no refleja una implementación razonable.

La ausencia de una estructura formal, sólida, consistente y sobre todo capaz de medir la gestión de cuidado de Enfermería ha interferido en el desarrollo sostenible del proceso de supervisión, lo que se refleja en el

³ Entrevista del 18 de febrero de 2020.



lento avance de la puesta en marcha de las diferentes actividades de control operativas, ocasionando esfuerzos diluidos que no contribuyen a alcanzar en forma razonable, los objetivos de control propuestos y no han permitido reflejar logros sustantivos a corto plazo.

Considera esta Auditoría sin el menoscabo de las acciones realizadas que no se logra visualizar en forma clara el grado de avance esperado en la implementación operativa de las acciones de Supervisión.

2. SOBRE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SERVICIO

Se determinó la conveniencia de fortalecer la propuesta educativa implementada en 2019, ya que presenta debilidades en cuanto a la medición de los logros alcanzados. Aunque se establecieron una serie de indicadores y metas de cumplimiento, no se evidencia que el ejercicio de evaluación de logros para medir los niveles de competencia y el mejoramiento progresivo en la calidad del servicio se haya realizado.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1 Normas Generales, 1.2 Objetivos del SCI, punto c indican.:

“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”.

La misma Norma señala sobre el Ambiente de Control: 2.2 Compromiso superior:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben apoyar constantemente el SCI, al menos por los siguientes medios: a. La definición y divulgación de los alcances del SCI, mediante la comunicación de las políticas respectivas y la difusión de una cultura que conlleve la comprensión entre los funcionarios, de la utilidad del control interno para el desarrollo de una gestión apegada a criterios de eficiencia, eficacia, economía y legalidad y para una efectiva rendición de cuentas.

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Enfermería⁷ en el estándar X Programa de Educación en Servicio señala:

“Enfermería cuenta con un programa de educación en servicio que contribuye a mantener personal capacitado en relación a las necesidades identificadas. Este programa fortalece la gestión de Enfermería, por medio de la actualización de habilidades y competencias”.

El Proceso Administrativo en su fase de evaluación tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia de un proceso, con el fin de determinar las posibles desviaciones y la adopción de medidas correctivas. Se aplica antes, durante y después de las actividades realizadas.

En consulta realizada a la Dra. Evarista Hurtado García, Educadora en Servicio indica:

(...) la planificación de las actividades educativas se basa en varios aspectos como las necesidades que el personal externa mediante una encuesta que se realiza a inicios de año. Además, la dirección de Enfermería solicita el reforzamiento en algunos temas de gestión del cuidado y en actualización de protocolos de atención médica. También se incluyen los temas propuestos por la Contraloría de Servicios, Nutrición y Farmacia. Las sesiones de educación se llevan a cabo una vez por semana los miércoles de 9 am a 11 am.

Con respecto a la planificación de este período 2019-2020 se consideraron los siguientes temas: CUBOS-preparación en RCP (capacitación de 1 día por semana, dos veces al año), fortalecer el Programa de Inducción y la atención de los pacientes en cuanto a procedimientos y estándares como la administración de medicamentos. (...)



De acuerdo con la información facilitada, el programa de Educación Continua planificó la realización de:

- Sesiones Clínicas y Bibliográficas.
- Participación del personal Auxiliar de Enfermería.
- Curso “Procesos de Trabajo para Asistentes de Pacientes”.
- Jornada de Enfermería de Rehabilitación.
- Curso Ley de Control Interno.
- Taller de Motivación y Liderazgo.
- Taller “Gestión de la Supervisión de Enfermería”.
- Curso “Ética aplicada al quehacer diario de la Enfermería”

En cuanto a la población meta, se proyectó la participación de 115 funcionarios, para un 90% de participación y un 90% de reproducción de las enseñanzas impartidas. De acuerdo con los temas proyectados se muestra un resumen de la planificación operativa del 2019-2020:

**Resumen Planificación Operativa Educación en Servicio 2019-2020,
Centro Nacional de Rehabilitación CCSS.**

TEMA	ACTIVIDAD	META/ TEMAS IMPARTIDOS
TALLER DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. PARA ASISTENTES Y AUXILIARES DE QX	Taller y práctica in situ CEYES	M- 2 talleres al año para Asistentes de CEYE/2 talleres para Profesionales de Enfermería y Auxiliares por WEB Principios Básicos de Esterilización (3M)
ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN	-Charla sobre diferentes patologías en los usuarios hospitalizados. -Realizar programación para Taller de Enfermería en el Proceso de Rehabilitación año 2020	M-25% del personal de Enfermería Tipos de dieta y texturas/ Mecánica Corporal/Revisión de reemplazo total de cadera y rodilla/ Manejo de Paciente con Klebsiella/ Uso de la Aspirina en el Adulto Mayor/ Anticoagulación/ Charlas RCP/ Tornillos Canulados/Prótesis de tobillo/Manejo de Urología en Rehabilitación/Manejo Posoperatorio en Terapia de Reemplazo/ Manejo de Medicamentos en PCR y ECG #2/ Charla Adulto Mayor/ Escalas de riesgo/Taller de Rehabilitación Oncológica Sensibilización en materia de Discapacidad /Congreso Pie Diabético Manejo y Tratamiento de Heridas Crónicas
CAPACITACIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES	Charla todos los miércoles a los acompañantes de pacientes	M-100% de los acompañantes Se lleva lista semanal de la participación.
TERAPIA VAC Y MATERIAL DE CURACIONES. DE HERIDAS.	Realizar taller de terapia VAC y curso de Prevención de úlceras por presión.	M- Capacitación al 50 % de personal de enfermería a saber Auxiliares y Profesionales. Lesiones por Presión/Manual de Procedimientos en LPP/Compact Hand Empresa Synthess/Terapia Negativa Genedyn #3/Terapia VAC Empresa Elcom/Producto de Curación Polymen y Fibracol/Uso de insumos de Curación/Productos de Curación #4/Productos de Curación Empresa Novamed
CHARLAS SOBRE MOTIVACIÓN, RELACIONES LABORALES Y LIDERAZGO.	Participar en las diferentes charlas que se ofrezcan sobre los temas mencionados.	M-Participación del 50 % del personal de enfermería de todos los niveles. Finanzas Sanas INVU y OPCSS/ Ley 9635 y otros temas ANPE/Curso de Ética y Valores #2/ Sesión de Trabajo de Bienestar Laboral/ Preparación para la Jubilación
PROCESO DE INDUCCIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA	Aplicar plan de inducción de educación en servicio de enfermería	M- Participación del 100% del personal de nuevo ingreso. Esquema de vacunación a funcionarios de la CCSS Orientación e Inducción al Nuevo Trabajador Manual Descriptivo de Asistentes de Pacientes
CONSEJO ACADEMICO LOCAL. REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS.	Se autorizan campos clínicos a las diferentes universidades de acuerdo con lo planeado con el Consejo Académico local.	M-100% campos clínicos con una supervisión y coordinación con los docentes. (6 estudiantes) Inducción Estudiantes de UCR
CONTROL INTERNO	En colaboración con Licda. Priscilla Castro, se brindan dos charlas sobre Ley de control interno y otros aspectos de esta.	M- 5 capacitaciones al año Charla sobre Ley LGT 8239 ¿Qué es Gladior? Contraloría de Servicios Ley Deberes y Derechos de las personas usuarias

Fuente: Programa Educación en Servicio.



En el mismo orden de ideas el Programa de Educación en Servicio brindó otra serie de capacitaciones:

**Otras Capacitaciones Personal de Enfermería,
Centro Nacional de Rehabilitación 2019
CCSS**

TEMA	NÚMERO DE CAPACITACIONES
Procedimientos de Enfermería	14
Prevención y Control de IAAS	9
EDUS	5
Proceso de Atención de Enfermería	4
Curso de RCP	4
Otros temas	4

Fuente: Informe Anual 2019- Educación en Servicio.

Como se puede observar, el Programa de Educación en Servicio ofreció al personal de Enfermería una serie de capacitaciones, en donde se abarcó principalmente las patologías más comunes, procedimientos de enfermería en la atención de Lesiones Medulares, Neurotrauma, Ictus y otros.

Se complementó además el manejo de heridas y lesiones por presión y se brindaron charlas para apoyar a los estudiantes en práctica universitaria, así como se educó sobre ética y valores, relaciones laborales, implementación de leyes e inducción al nuevo trabajador. En el caso de la capacitación que se ofrece a los cuidadores y/o familiares se educó sobre disfagia, prevención de caídas, autoestima, cuidados de la piel, rehabilitación cardíaca y mecánica corporal, entre otros.

Según el Informe Anual 2019 elaborado por el Programa de Educación en Servicio, el año pasado se brindaron 123 capacitaciones al personal de enfermería y 49 charlas a familiares de usuarios.

Sin embargo, aunque la planificación operativa consideró la mayoría de los temas proyectados, así como estableció indicadores de cumplimiento, no se refleja el ejercicio de medición de los logros alcanzados. Sobre el sistema de rendición de cuentas se indicó que *“es anual”*; al igual que en el resto de los programas especiales que desarrolla ese centro especializado.

Al respecto de lo anterior, la Coordinación Nacional de Enfermería en Informe de Supervisión⁴ indica:

“En relación con la rendición de cuentas a la Dirección de Enfermería, se recomienda sea semestral y no anual para poder realizar las acciones correctivas si fuera el caso. - Implementar estrategias no tradicionales (taller, clase magistral entre otros) para poder incentivar la participación y el impacto en la prestación de los servicios”.

Llevar a cabo una rendición de cuentas anual, podría afectar la evaluación de las metas establecidas y la toma de decisiones, con el propósito de corregir desviaciones de los objetivos e indicadores planificados originalmente.

Al no implementarse en forma sistemática una herramienta que permita conocer o medir el grado de aprendizaje en los funcionarios, no se logra intervenir en forma efectiva sobre los factores de riesgo, y esto afecta el alcance de las metas establecidas en el programa.

La importancia de considerar los indicadores de cumplimiento previamente establecidos orienta la gestión educativa a fin de no diluir esfuerzos y por el contrario se consolide la oferta pedagógica.

⁴ 30 de octubre 2019.



En el caso de los Servicios de Enfermería la educación permanente es uno de los elementos claves para potencializar la práctica desde el concepto de salud integral, lo que implica la identificación de debilidades en la actividad laboral cotidiana, el establecimiento de un orden de prioridades, la búsqueda de estrategias que aseguren la calidad en los servicios y la relevancia del impacto deseado en aras de mejorar el servicio que se presta.

Considera esta Auditoría sin el menoscabo de las acciones realizadas, que una evaluación sistemática de logros alcanzados favorece la observación y el análisis, a fin de redireccionar los esfuerzos realizados, ya que estas iniciativas pedagógicas intervienen directamente en la gestión del cuidado que se brinda en la disciplina de Enfermería, a nivel de ese centro especializado.

3. DEL CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE ENFERMERÍA

3.1 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 rotulación de unidades en 6 usuarios hospitalizados, obteniéndose los siguientes resultados.

Cuadro N° 1
Aplicación Estándar de Enfermería N° 17.1
Hospitalización en el Sala 1
Centro Nacional de Rehabilitación
Febrero 2020

Aplicación de Estándar-Servicio	Pacientes revisados	# de pacientes con pulsera de identificación	# de pacientes sin pulsera de identificación
Sala 1	6	2	4

Fuente: Elaboración propia, recorrido en Sala 1 – 3 de febrero del 2020.

En relación con el uso de las pulseras de identificación, se localizaron 4 usuarios sin pulsera, 1 de ellos la tenía en su mesa de noche, porque según refirió “se le cayó en el baño”.

Las Normas de Control Interno⁵, 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:

⁵ Normas de Control Interno para el Sector Público, 2009.



“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 Enfermera a cargo: *“por las terapias y las tomas de vías se retiran las pulseras, también los pacientes las contaminan y hay que retirarlas. Los pacientes también se las “quitan”. La norma es que del servicio de Admisión llegue con la pulsera de identificación”*

Se procedió a revisar las distribuciones de trabajo del personal de enfermería, sin embargo, no se logró identificar como una de las actividades a realizar la verificación de las pulseras de identificación en los usuarios hospitalizados.

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.

No menos importante, el hecho de los espacios físicos asignados a cada cama o unidad, que en situación similar no se encuentran debidamente rotulados, lo que contribuye a elevar el riesgo de cometer un error en los diferentes procesos de la atención médica.

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, 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, 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.

3.2 REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EDUS

Se determinó que se requiere fortalecer el cumplimiento de los Estándares Técnicos de Enfermería en lo relacionado al registro de medicamentos en el Expediente Digital Único de Salud (EDUS), lo anterior por cuanto el personal de Enfermería no está registrando en forma adecuada, el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos indicados. En el siguiente cuadro se muestra lo anterior.



**Aplicación del Estándar de Enfermería n°3
en Seis Expedientes de Salud, Área de Hospitalización
Centro Nacional de Rehabilitación
Período Diciembre 2009- Febrero 2020 CCSS**

# USUARIO	CANTIDAD DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS	RANGO DE OMISIONES EN EL REGISTRO DE ENFERMERÍA
1	2	Se omitió el registro de tratamiento 8 días.
2	6	Sin omisiones en el registro de aplicación de medicamento.
3	7	Las omisiones de registro desde 2 días hasta 11 días
4	5	Las omisiones de registro desde 3 días hasta 6 días.
5	6	Las omisiones de registro desde 3 días hasta 8 días
6	7	Las omisiones de registro desde 2 días hasta 16 días

Fuente: Revisión de EDUS- SIES (período completo de hospitalización diciembre 2019 -febrero 2020)

Como se observa, únicamente en el expediente de salud del usuario #2 se registró correctamente la aplicación del tratamiento farmacológico indicado. En el caso de los otros pacientes, las omisiones en el registro de aplicación alcanzan períodos de 2 días hasta los 16.

Por ejemplo; en prescripciones de cada 12 horas, cada 8 horas o 6 horas, no se registra la aplicación en la totalidad de las veces, es decir si de acuerdo con el horario estandarizado correspondía la aplicación del medicamento 5 pm, ese registro se omite, quedando la información incompleta. Otra inconsistencia es que del todo no se registra la aplicación del tratamiento en días específicos.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público indican en el capítulo 5, Normas sobre Sistemas de Información:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.

5.6.2 Oportunidad Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado, de acuerdo con los fines institucionales.

5.6.3 Utilidad La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario.

El Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley 7085 y su Reglamento indica en el apartado de Condiciones Organizacionales y Ambientales del Enfermero 1:

Responsabilidad por funciones:

(...) Es responsable de su gestión profesional y de la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes, clientes, familia y comunidad, además de asignar el trabajo y controlar el adecuado desarrollo.



El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Enfermería indica en el estándar 3: Indicaciones Médicas y de Enfermería:

“Las indicaciones escritas en forma física o electrónica facilitan, el cumplimiento, la comunicación del Equipo de Salud, en forma exacta y confiable de las órdenes médicas y de las indicaciones de Enfermería”.

La misma norma indica:

*En la Administración de medicamentos se aplican los 10 correctos: 1. Persona usuaria correcta 2. Medicamento correcto 3. Vía correcta 4. Dosis correcta 5. Hora correcta 6. Educación correcta 7. **Registro correcto** 8. Interacción correcta 9. Conservación y temperatura correcta 10. Velocidad y administración correcta **(el resaltado es nuestro)***

Y como parte de la evidencia requerida: *“Registros de Enfermería que evidencien la administración de medicamentos en el expediente de salud físico o electrónico”*

Sobre la importancia del registro de atención en el expediente de salud del usuario el Estándar 14 indica:

La correcta revisión, cumplimiento y registro de las indicaciones médicas y de Enfermería permiten un cumplimiento óptimo con calidad y seguridad de atención a la persona usuaria.

Como criterio de evaluación y evidencia:

Indicaciones médicas y de Enfermería revisadas, cumplidas y registradas en EDUS-Existencia de registros médicos y de Enfermería con calidad en EDUS

El Manual Operativo del Reglamento del EDUS Corrección de datos del Expediente Digital Único de Salud N°-GM-AES-MO-002, señala en el capítulo 4.3 Marco Metodológico:

4.3.1 Calidad en el registro de los datos:

Todo usuario del sistema de información EDUS, debe procurar que, al momento de ingresar o modificar datos en el sistema, sean oportunos, completos, veraces y contengan integridad, calidad y validez.

4.2.3 Responsabilidades de los usuarios EDUS sobre el registro de los datos:

-Para asegurar la calidad de los datos ingresados en el EDUS, los funcionarios deben cumplir con las responsabilidades descritas en este apartado, además de las referidas en la Ley N° 9162 del Expediente Digital Único de Salud y en el Reglamento del Expediente Digital Único de Salud.

Velar por la integridad de la información del usuario titular de los datos, la cual debe permanecer sin alteraciones desde su origen, asegurando la calidad y confiabilidad de los datos, en la evolución y seguimiento del proceso atención en salud de dicho usuario.

Documentar en el EDUS toda atención de salud brindada al usuario titular, independientemente del servicio donde haya sido atendido.

Registrar de forma completa y oportuna los datos de la atención en salud que se generen en cada interacción con el personal de salud.



Sobre la situación evidenciada se consultó a la Dra. Cinthya Monge Blanco Sub- directora del Servicio de Enfermería quien indica:

(...) En cuanto al registro de medicamentos está afectado por algunos temas como es que el médico no indique en forma correcta el medicamento de acuerdo con las repeticiones que se necesitan. Otro aspecto es la generación de las recetas que les corresponde al médico que en este proceso se falla. Otro aspecto es que son todas las enfermeras han entendido que la primera vez que se anotan los medicamentos se requieren aplicar los 7 pasos.

Aquí es donde se requiere que el personal de Supervisión lleve los cursos de EDUS para que puedan revisar adecuadamente el proceso. En este sentido se puede decir que hay un 50 % de fallas del sistema y un 50% de problemas relacionados con la expertiz del usuario (...).

Al respecto de la capacitación que recibe el personal de Enfermería se indicó por parte de la Educadora en Servicio lo siguiente:

(...) Con respecto a la planificación de este período 2019- 2020 se consideraron los siguientes temas: Cubos – preparación en RCP, fortalecer el programa de inducción y la atención de los pacientes en cuanto a procedimientos y estándares como la administración de medicamentos (...)

De acuerdo con la información facilitada durante el 2019, se brindó educación en servicio en materia de: Actualizaciones y repaso del EDUS, Uso de Medicamentos y Registros de Enfermería, entre otros.

Sobre las posibles causas de las omisiones en el registro de medicamentos, se indica que el personal de enfermería no siempre realiza la anotación de acuerdo a los horarios estandarizados, sino más bien “cuando pueden entrar al EDUS a completar la nota de enfermería, o a registrar otras actividades”.

Las situaciones evidenciadas en el registro de medicamentos obedecen a debilidades en el control interno a nivel del proceso de supervisión, ya que no es sólido, no se fiscaliza en forma sistemática y continua, la ejecución de las normas atinentes a la gestión de medicamentos. Lo anterior, incluye a las jefaturas de Enfermería a cargo de los servicios de hospitalización ya que es necesario que implementen actividades operativas de control en el turno de atención asignado, de modo que se contribuya a verificar la ejecución de este estándar de enfermería.

Lo anterior, ocasiona que la gestión de cuidado de Enfermería pierda credibilidad técnica, ya que no hay registro digital que permita la comprobación de que el medicamento fue administrado conforme, siendo ésta una tarea exclusiva de la disciplina. Además, esto afecta directamente la valoración y la toma de decisiones en el proceso de atención médica del usuario y hasta podría inducir a errores en el caso de repetir tratamientos a fin de completar dosificaciones.

La omisión de registros en el expediente digital se contrapone a la dinámica propia de la atención en salud, en donde el expediente digital único tiene la función de ser el conjunto de registros (físicos o digitales), que documenta el accionar del personal de salud en el cuidado del usuario hospitalizado.

No menos importante, la exposición a procesos legales derivados de estas inconsistencias en los registros digitales del EDUS, que colocan en riesgo el patrimonio público de la institución.

3.3 DEL CARRO DE EMERGENCIAS

Se determinaron debilidades en el procedimiento que efectúa el Servicio de Enfermería para el adecuado control de los medicamentos y suministros del Carro de Emergencias en el área de hospitalización (Sala 1).



De acuerdo con lo anterior, al momento de la prueba de auditoría, el personal asignado no había revisado el Carro de Emergencias, a fin de corroborar cantidad y vencimiento de medicamentos según stock, funcionalidad operativa del laringoscopio para emergencias, condición del material estéril almacenado, entre otras actividades.

Al respecto, la revisión del laringoscopio y sus hojas no se encuentra asignado claramente y se encontró material estéril vencido.

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

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.

d. 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 Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley 7085 y su Reglamento indica en el apartado de Condiciones Organizacionales y Ambientales del Enfermero 1:

Responsabilidad por funciones:

(...) Es responsable de su gestión profesional y de la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes, clientes, familia y comunidad, además de asignar el trabajo y controlar el adecuado desarrollo.

Responsabilidad por equipo y materiales:

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

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos⁶ 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 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".

⁶ Gerencia Médica, 2013.



En consulta efectuada al Profesional de Enfermería⁷ a cargo en cuanto a si esta revisión es una actividad sustantiva asignada a un funcionario de enfermería, manifiesta:

Si, es de acuerdo a la distribución de funciones, pero no tiene hora fija. No se ha revisado el carro ya que no hay una hora fija para hacerlo, por la prioridad que hay de sacar los pacientes a terapia y otros tratamientos.

La situación evidenciada obedece a debilidades en el control y el proceso de supervisión. Las jefaturas de Enfermería a cargo de los diferentes turnos de atención no brindan seguimiento en forma cotidiana a estas actividades sustantivas.

Si no se implementa en forma efectiva la supervisión de estos procesos técnicos, se podría colocar en riesgo la atención oportuna de los usuarios hospitalizados ante una eventual emergencia.

Considera esta Auditoría, que la gestión del cuidado de Enfermería es el complemento de una serie de procesos técnicos, orientados a proveer cuidados que aseguren calidad y confianza en las intervenciones, que reciben las personas usuarias de los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, las actividades sustantivas de enfermería y los sistemas de control deben ser implementados en forma efectiva por el personal a cargo.

4. DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS

Se determinó que la Central de Esterilización de Equipos de ese centro médico presenta una serie de inconsistencias técnicas en la infraestructura de su área física, lo que interfiere en la realización óptima de los procesos asignados. De acuerdo con recorrido efectuado en dichas instalaciones se identificaron las siguientes condiciones:

Resumen
Condiciones Generales de la Infraestructura y otros Procesos de la
Central de Esterilización y Equipos
Centro Nacional de Rehabilitación,
CCSS febrero 2020.

CONDICIONES GENERALES	OBSERVACIONES
ACCESO AL CENTRO DE ESTERILIZACIÓN	Pasillo único general que se comparte con Sala de Operaciones y dormitorios de médicos. - Acceso compartido para la entrada de funcionarios, así como la recepción del equipo usado que llega de las diferentes áreas de atención de pacientes. - No se dispone de vestidores para el cambio de ropa de los funcionarios, ni de lavatorios y/o batería sanitaria exclusiva.
ÁREA FÍSICA	-Hacinamiento en general -espacio reducido - No cumple con los espacios de circulación: • Rojo: Área no Restringida (Sucia o Contaminada). • Azul: Área Semi-Restringida (Limpia). • Verde: Área Restringida. (Estéril). -Área de autoclaves reducida -no permite delimitación -No hay área de bodegas (Único recinto con dos espacios pequeños para colocar suministros y material procesado). - Estructura de techos en condición deteriorada.
AIRE ACONDICIONADO	-No mantiene la temperatura adecuada para el recinto en general. -Se produce condensación en equipos esterilizados

⁷ Cédula de trabajo del 3 de febrero del 2020.

<p>ESTANTERÍAS Y PILETAS</p>	<p>-Existe estantería de madera, además en mal estado. -Única área de sobres para trabajo manual en mal estado -Única área de piletas con deterioro general con mueble de madera</p>
<p>OTROS PROCESOS</p>	<p>-Transporte de material en carros abiertos (compra de carros cerrados en proceso) -Única piletas para el lavado y desinfección de material se comparte para el lavado de manos del personal.</p>

Fuente: Recorrido por instalaciones 3-3-2020

Aunado a lo anterior existen debilidades en otros procesos de control y capacitación:

- ✓ No se registra en forma óptima la limpieza de autoclaves
- ✓ Las rutinas de limpieza de dispensadores y cambio de papel toalla no se llevan por escrito
- ✓ Las rutinas de limpieza coordinadas entre Enfermería y el personal de aseo, (cronogramas, distribuciones de trabajo) la mayoría son verbales o las consigna únicamente el área de Aseo.
- ✓ No se dispone de una herramienta para el control de la implementación del lavado de manos por parte del personal de enfermería.
- ✓ No se dispone de un programa de capacitación formal para el personal de centro de equipos (se coordina en general con Educación Continua).

En complemento a lo anterior se muestran algunas fotografías de la Central de Esterilización y su condición actual:



Foto #1 Única piletas lavado de material.



Foto#2 Sobre para preparar material.



Foto#3 Único acceso compartido a SOP



Foto#4 Mesa clasificación y empaque.

El Manual de Normas Técnicas y Procedimientos de la Central de Esterilización de Equipos y Arsenales Quirúrgicos⁸ señala:

“Central de Esterilización: Es el servicio, ubicado en los establecimientos de salud en el cual se lleva a cabo la reprocesamiento estéril del instrumental y equipo médico y quirúrgico que consiste: recibir, limpiar, desinfectar, preparar, esterilizar, almacenar, controlar y distribuir para la atención y seguridad de los usuarios, asimismo, se encarga de garantizar la aplicación de procesos de control de calidad de la esterilización, conforme a la normativa y estándares aplicables.

Toda Central de Esterilización/Equipo y Arsenales Quirúrgicos para responder a un adecuado diseño debe contemplar dos barreras de protección: la del usuario interno y externo.

Requisitos de Circulación: *es la técnica más recomendable para reducir la presencia de microorganismos, tanto en los dispositivos como en el instrumental que se utiliza en los procedimientos de atención médico – quirúrgica de las personas usuarias.*

En el Servicio deben organizarse las labores de manera que se eviten tránsitos cruzados entre materiales no esterilizados y esterilizados. En relación con los requisitos de circulación, se distinguen tres áreas⁹:

Roja: Área no Restringida (Sucia o Contaminada).

Azul: Área Semi-Restringida (Limpia).

Verde: Área Restringida. (Estéril).

El objetivo del almacenamiento de instrumental y material estéril es “establecer un sistema que proteja la esterilidad hasta el momento en que los productos sean utilizados” (AMSCO, 1987, pág.50) 2.

⁸ Gerencia Médica.

⁹ Designación de la Comunidad Europea y su correlación con el Inciso 4.12 Esterilización. Ministerio de Salud. Normas de Habilitación Decreto N° 30694-S.4.



La Estrategia Multimodal para el Mejoramiento de la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud 11, indica:

La actividad de atención de salud puede describirse como una sucesión de tareas durante las cuales las manos de los trabajadores de atención de salud tocan diferentes tipos de superficies (pacientes, objetos, humores orgánicos, etc.).

Según el orden en el cual tienen lugar estos contactos, la transmisión de gérmenes de una superficie a otra debe interrumpirse, ya que cada contacto es una posible fuente de contaminación de las manos de los trabajadores de atención de salud. Durante este intervalo entre dos contactos, se encuentran la indicación o las indicaciones para efectuar la higiene de las manos.

Se consultó a la Dra. Cinthya Monge Blanco Sub- directora del Servicio de Enfermería sobre la situación evidenciada de la Central de Esterilización y señaló:

(...) el centro de equipos no cumple estructuralmente con los requisitos necesarios para ofrecer procesos seguros a los usuarios. Está en malas condiciones estructurales en cuanto a pisos, techos, estanterías, pilas de lavado y otros aspectos.

Este tema ya ha sido tratado en varias oportunidades ante la Dirección Médica haciendo de su conocimiento la urgencia de al menos una remodelación física que permita ofrecer una mayor seguridad técnica en cuanto a los procesos a los que se somete el material y equipo para la atención directa de los usuarios, ya sea en hospitalización o a nivel de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en este centro.

Se indica adicionalmente: *“se tiene conocimiento de un proyecto a mediano plazo a cargo de la Gerencia Médica mediante el cual se pretende construir una Torre Quirúrgica, en donde se ubicaría un Centro de Equipos y Arsenal Quirúrgico adicional a las salas de cirugía. Sin embargo, este proyecto está en ciernes y es a mediano plazo, un aproximado de 5 años”.*

Sobre el mismo tema se conoció *“Informe Multidisciplinario Estado de Instalaciones Servicio de Sala de Operaciones Centro Nacional de Rehabilitación CENARE”* Dirección de Arquitectura e Ingeniería CCSS-GIT-DAI abril 2015, en el cual se indica:

“El sistema de aire acondicionado en la Central de Equipos no es apto para ambientes asépticos, ya que no cumple con las normas correspondientes ASHRAE Standard 170-2013, AHRAE 52.2-2007, NFPA90 y los requisitos de habilitación del Ministerio de Salud entre otros. Este sistema en su estado actual no es apto para funcionar en ambientes estériles, de lo contrario puede causar contaminación en equipos e instrumental”.

Sobre el mismo tema la Coordinación Nacional de Enfermería, indica en Informe de Supervisión del 30 de octubre de 2019:

- ✓ No cumple con los requerimientos del plan funcional institucional
- ✓ Hacinamiento en área de almacenamiento de insumos y material estéril
- ✓ Bodega de insumos muy pequeña sin ventilación, colocación de cajas en suelo
- ✓ Exceso de madera tanto para almacenaje como áreas de trabajo, generando cultivo de esporas y bacterias
- ✓ Cantidad excesiva de insumos en cajas, el bodeguero sin espacio para generar sus tareas y registros
- ✓ A no estar la infraestructura adecuada el personal incumple con las normas de vestimenta y EPP.



Esta Auditoría tuvo conocimiento del Proyecto Torre Quirúrgica¹⁰, que incluye la construcción de una Central de Esterilización y que se implementaría en ese centro médico a mediano plazo. Este proyecto se genera con la expectativa de continuar con la prioridad del Plan Nacional para la Atención Oportuna de las Personas, mediante el abordaje de las Listas de Espera en Cirugía Ortopédica.

El proceso de esterilización, tanto en las Centrales de Esterilización y Equipos como en los Arsenales Quirúrgicos, es primordial en la prevención de infecciones. Estas áreas garantizan el cuidado de la persona usuaria a partir de la seguridad, la efectividad e integridad de todo el proceso técnico que allí se realiza.

La condición evidenciada en la Central de Esterilización podría obedecer a no considerar esta área de trabajo como una prioridad, en el engranaje de la atención de salud que brinda ese centro médico.

Las condiciones de infraestructura y equipamiento afectan directamente la prestación de salud, ya que la contaminación de objetos, dispositivos y materiales se puede convertir en un medio de transporte para una infección asociada a la atención en salud.

Adicionalmente no disponer de lavatorios accesibles y operativos destinados únicamente al lavado de manos del personal que labora en esa central de esterilización, contribuye a esta situación de riesgo.

En el caso de las debilidades en los registros de control (supervisión de procesos) podría contribuir a que el personal de enfermería que labora en la central refuerce prácticas y hábitos que contravienen las normas de asepsia ya establecidas, para los diferentes procesos que se realizan diariamente.

Todo lo anterior, afecta en forma directa los estándares de calidad y bioseguridad del usuario, aumentando sus niveles de vulnerabilidad, exponiéndolo a factores de riesgo que, en forma consecuente, lo podrían convertir en hospedero susceptible a adquirir una infección.

Resulta conveniente considerar que el concepto del proceso de esterilización¹¹ constituye una condición absoluta, no pueden ni deben hacerse concesiones a este proceso; es así como *“Un artículo, equipo o instrumento está o no está estéril. Siendo el núcleo principal de la asepsia, y su entorno”*.

Las manos de los trabajadores de atención de salud son el vehículo más común de transmisión de microorganismos de un paciente a otro, de una zona del cuerpo del paciente a otra y de un ambiente contaminado a los pacientes.

CONCLUSIONES

La Enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas, humana, ética, interpersonal y terapéutica. La característica singular de la práctica de Enfermería es el cuidado de la persona que vive una experiencia de salud. Para esto, requiere gestionar y monitorear en forma acertada y desde principios de calidad, todas aquellas acciones pensadas que van a responder a las necesidades particulares de los pacientes.

De este modo, es relevante mantener los estándares de calidad en enfermería que son requisitos mínimos, o niveles aceptables que ayudan a asegurar un cuidado de enfermería eficiente y libre de riesgos, y de esta forma se valide la aplicación de aspectos técnicos y operativos que garanticen el servicio brindado.

Referente al Plan Anual 2018- 2019 y la proyección de metas que realizó la Dirección de Enfermería, se determinó que existen oportunidades de mejora en elaboración de estas metas y su vinculación con el plan institucional y las necesidades propias en cuanto a la gestión de enfermería.

¹⁰ Oficio CNR.DG.120.2020 del 13 de febrero de 2020.

¹¹ AMSCO 1987, pág. 7



Sobre el proceso de Supervisión no ha sido desarrollado en forma razonable por la Dirección de Enfermería. La ausencia de una estructura formal, sólida, consistente y sobre todo capaz de medir la gestión de cuidado de Enfermería ha interferido en el desarrollo sostenible del proceso de supervisión, lo que se refleja en el lento avance de la puesta en marcha de las diferentes actividades de control operativas, ocasionando esfuerzos diluidos que no contribuyen a alcanzar en forma razonable, los objetivos de control propuestos y no han permitido reflejar logros sustantivos a corto plazo.

En lo relativo al Programa de Educación Continua se evidenció la conveniencia de fortalecer la propuesta educativa implementada en 2019, en cuanto a la medición de los logros alcanzados para medir los niveles de competencia y el mejoramiento progresivo en la calidad del servicio se haya realizado.

Referente al cumplimiento de estándares de enfermería se detectaron debilidades relacionadas con la identificación del paciente (estándar 17.1), y en la gestión de medicamentos, específicamente en cuanto al Carro de Emergencias y los registros de Enfermería en el Expediente Digital Único.

Relevante es señalar que las situaciones descritas representan un riesgo y/o afectación para la institución ante demandas y situaciones que afecten su imagen.

Es importante mencionar que la calidad en los servicios de enfermería se mide entre otros aspectos, por los principios de la competencia profesional, la integralidad del cuidado y la atención humanizada y que la

prestación de salud es un proceso general multidisciplinario, que debe estar orientado a proteger al paciente como ser humano, contra riesgos innecesarios, proporcionando los mayores beneficios posibles mediante una atención personalizada con calidez, sensibilidad y acorde a los parámetros médicos, técnicos y científicos.

RECOMENDACIONES

1. AL DR. ROBERTO AGUILAR TASSARA DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.

De conformidad con lo descrito en el hallazgo 4 y el análisis de las condiciones estructurales y de funcionamiento de la Central de Esterilización de ese centro médico, se continúen las gestiones pertinentes con el propósito de atender en forma oportuna, las debilidades detectadas que interfieren en la realización óptima de los procesos de tratamiento de material y equipos indispensables para la atención de los usuarios, desde los estándares técnicos de bioseguridad ya definidos y con esto se disminuya la exposición al riesgo.

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 donde conste las acciones y/o gestiones debidamente documentadas, plazos de atención y responsables.

2. A LA DRA. MARÍA LUISA BADILLA CHINCHILLA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU CARGO

De conformidad con el hallazgo 1, realice un análisis sobre el cumplimiento de las metas del Plan Anual de Trabajo 2018-2019, con la finalidad de determinar cuáles fueron aquellos factores que no permitieron obtener un resultado razonable, y se modifiquen los parámetros que sean necesarios para una optimización de los recursos disponibles.

Plazo de atención: 10 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 donde conste las acciones y/o gestiones debidamente documentadas y separadas por punto si así lo amerita, por cuanto el fin de la recomendación emitida es fortalecer los servicios de salud.

3. A LA DRA. MARÍA LUISA BADILLA CHINCHILLA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR.

De acuerdo con lo descrito en el hallazgo N°2 sobre el proceso de Educación Continua y la necesidad de mantener una oferta educativa de calidad que impacte en la prestación del cuidado al usuario, se analice la gestión efectuada en el Programa de Educación Continua y a partir de los resultados expuestos en este informe, se desarrolle una propuesta ajustada a los requerimientos detectados, en cuanto al reforzamiento de estándares de enfermería y otros tópicos.

Asimismo, como complemento a la propuesta educativa generada, se implementen herramientas que coadyuven en la medición del grado de competencia técnica desarrollada y que formen parte de un sistema de rendición de cuentas, por áreas de atención.

Plazo de cumplimiento: 8 meses a partir del recibo del presente informe

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se deberá disponer del análisis de gestión solicitado, de la programación integral, así como de las herramientas a implementar a fin de medir el grado de competencia técnica y fortalecer el sistema de rendición de cuentas.

4. A LA DRA. MARÍA LUISA BADILLA CHINCHILLA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU CARGO

Considerando que los resultados obtenidos en el hallazgo 1.2 evidencian debilidades en el proceso de supervisión ejercida, llevar a cabo las acciones que sean procedentes para que se fortalezca el sistema, para tales efectos se deberá de revisar y ajustar la planificación de metas elaborada y los logros alcanzados, así como los instrumentos de medición que sustentan las actividades de supervisión. De igual forma, los informes de resultados que presenten 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: 8 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 elaborado.

5. A LA DRA. MARÍA LUISA BADILLA CHINCHILLA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

De acuerdo con las situaciones evidenciadas en el cumplimiento de Estándares de Enfermería, se elabore un Plan de Aseguramiento de la Calidad que incluya el reforzamiento del estándar 17.1 relacionado con la identificación del paciente hospitalizado, la gestión adecuada del Carro de Emergencias y el refrescamiento y la supervisión de los lineamientos técnicos vigentes en cuanto a los registros de Enfermería en el Expediente Digital Único. Todo lo a fin de disminuir la exposición al riesgo y lograr niveles óptimos de cumplimiento.

Plazo de atención: 8 meses a partir del recibo de este informe.



Esta recomendación se dará por atendida, al disponerse de la aprobación de la Dirección Médica, del Plan de Calidad (ámbito de aplicación, cronograma de cumplimiento, responsables y producto esperado) 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 16 de junio de 2020, mediante el sistema de video llamada (plataforma Teams), con el Dr. Aguilar Tassara, Director General del Centro Nacional de Rehabilitación, Dr. Pablo Pacheco Blanco, Director Servicios Médicos y Apoyo Técnico a.i., Dra. María Luisa Badilla Chinchilla, Directora Servicio de Enfermería, Dra. Cynthia Monge Blanco, Sub directora. Al respecto, se solicitó por parte de la Dirección Médica y de Enfermería, la ampliación de plazos en las recomendaciones planteadas, en razón de los cambios sucedidos en la gestión administrativa y técnica del Centro Nacional de Rehabilitación hacia una mayor complejidad en estos procesos, al convertirse en el Centro Especializado de Atención de Pacientes COVID-19 (CEACO). Referente a la solicitud planteada a esta Auditoría, se ampliaron los plazos, según lo solicitado.

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Rebeca Guillén Hidalgo
Asistente de Auditoría

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe Área

RGH/EAM/ams

Referencia: Id 32489