



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

ASS-72-2019
31-07-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se origina en atención al Plan Anual Operativo 2019, 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 Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez.

Referente al proceso de dirección y conducción del Servicio de Enfermería existen diferentes procesos administrativos y técnicos esenciales en la gestión se encuentran debilitados, lo que no contribuye a un desarrollo eficiente de las operaciones administrativas que se derivan.

Como ejemplo de lo anterior; es el proceso de Supervisión que no se ha desarrollado conforme a lo previsto, y aunque se han generado una serie de disposiciones de orden administrativo, que incluyen planes de fortalecimiento de esta actividad y ejecutado estrategias operativas, no se ha logrado impactar en forma razonable este proceso.

En cuanto al procedimiento de elaboración de los roles de enfermería que incluye las distribuciones anuales de personal, asignación de libres de rigor y especiales, cadenas de vacaciones y otros elementos ya tipificados), se requiere actualizar, con el propósito de gestionar de una forma más efectiva, la disponibilidad del tiempo asignado a las labores de supervisión del personal en el cumplimiento de sus funciones sustantivas.

Sobre el Plan Presupuesto de esta Dirección se determinaron debilidades de planificación, seguimiento y control en el indicador de producción *-A2-70 Número de Consultas de Enfermería* y con las partidas variables de Personal Sustituto y Tiempo Extraordinario en el 2017, con resultados mayores al 100 % de cumplimiento - 103,94 %, y 127,23%, y para 2018 únicamente la segunda, con un 102,1 %.

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

Aunado a lo anterior, producto de la revisión a las bodegas de almacenamiento de materiales e insumos que se encuentran ubicadas en diferentes servicios de atención, se determinó deficiencias de control interno en cuanto a la planificación, distribución de insumos, y control de inventarios. Finalmente, en lo relativo al Programa de Educación Continua se evidenció la conveniencia de consolidar y empoderar este Programa, en cuanto a la disponibilidad del recurso humano, infraestructura y equipamiento necesario, para materializar una propuesta de formación educativa de calidad, continua y progresiva.



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

ASS-72-2019
31-07-2019

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN SOBRE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y TÉCNICA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ GERENCIA MÉDICA UP 2501

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en cumplimiento al Plan Anual Operativo 2019, del Área de Servicios de Salud y en atención a oficio D-HMS-2906-2018-7.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa y técnica del Servicio de Enfermería del Hospital Monseñor Sanabria Martínez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar las actividades de direccionamiento, control y supervisión ejercida por la Dirección de Enfermería.
2. Revisar el cumplimiento de los indicadores del Servicio de Enfermería por medio del Plan Presupuesto.
3. Determinar el procedimiento utilizado por la Dirección de Enfermería para la elaboración de los roles de trabajo y la planificación del Recurso Humano.
4. Evaluar las acciones efectuadas por la Dirección de Enfermería mediante el Programa de Educación Continua.
5. Verificar la implementación de los estándares de Enfermería relacionados con la gestión de medicamentos, identificación de la persona usuaria y uso del gafete institucional.
6. Verificar el grado de adherencia del personal de salud a las prácticas sanitarias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.
7. Evaluar el proceso de planificación, distribución de insumos, materiales y equipos de enfermería.

ALCANCE

El alcance del estudio comprendió la revisión de las siguientes actividades y procesos: dirección, conducción y supervisión de la Dirección de Enfermería, cumplimiento de indicadores en el Plan Presupuesto, elaboración de roles de trabajo, proceso de educación continua, aplicación de estándares de enfermería, planificación, distribución de insumos, materiales y equipos, adherencia del personal de salud a las prácticas sanitarias para la prevención y control de las infecciones. El período evaluado comprende el 2018, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 2 de 48

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





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

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.

- Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General Hospital Monseñor Sanabria Martínez.
- Dra. Carmen Loaiza Madriz, Jefe Coordinación Nacional de Enfermería (en ese momento)
- Dra. Carmen Aguirre Quirós, Directora de Enfermería (al momento del estudio).
- Dra. Yahara Herrera Rivera, Sub- Directora Administrativa de Enfermería.
- Dra. Ivannia Cubillo Medina, Sub- Directora Clínica de Enfermería.
- Dra. Iveth Aguilera Barquero, Jefe de Farmacia
- Ing. Deyvi Araya Fernández, Ingeniero Industrial, Dirección Médica.
- Otros funcionarios del Equipo de Supervisión.

Revisión y análisis de los siguientes documentos:

- Diagnóstico Situacional del Servicio de Enfermería, 2017-2018.
- Manual de Organización del Servicio de Enfermería 2017.
- Proyecto Gestión al Fortalecimiento de la Dirección de Enfermería del Hospital Monseñor Sanabria
- Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019, (a partir del mes de agosto 2018).
- Plan de la Acción Supervisora Hospital Monseñor Sanabria 2017-2018.
- Plan de Trabajo Supervisión de Enfermería 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.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, sesión de Junta Directiva 8139 del 22 de marzo del 2007.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO- DFOE)
- Normas de Habilitación del Ministerio de Salud para establecimientos con más de 20 camas.
- Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) 2016.
- Manual de Procedimientos de Enfermería, Gerencia Médica 2012.
- Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares en Salud en Enfermería dirigido a los tres niveles de Atención.
- Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, ASDT, CNSF.002,2016
- Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento y Distribución de Medicamentos, Gerencia Médica, 2013.





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

- Estrategia Multimodal para el Mejoramiento de la Higiene de Manos de la OMS, Primer Reto Global para la seguridad del paciente “Atención Limpia, Atención Segura”.
- Recordatorio de la Gerencia Médica GM-AUDB-21632-2017, Medidas de Control en la Custodia, Prescripción y Dispensación de Medicamentos a Nivel Institucional, 2017.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley N.º 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles 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

De acuerdo con oficio D-HMS-2906-2018-7 del 30 de agosto del 2018 se solicita un estudio de Auditoría, con la finalidad de revisar algunos aspectos como la dirección y conducción del servicio de Enfermería, evaluar algunos procesos efectuados por parte del personal de enfermería en el área de atención clínica, el componente de supervisión y evaluación de la calidad, así como el Programa de Educación Continua, y los aspectos de planificación de insumos y materiales.

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. DEL DIRECCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

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, lo que no contribuye a un desarrollo eficiente de las operaciones del servicio.

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



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

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”.*

Las etapas del Proceso Administrativo se definen como planeación, organización, dirección y control. Estas funciones fundamentales no se ejecutan en forma independiente una de otra, sino que se entrelazan entre sí, para el logro de los objetivos y metas.

Como complemento a las labores de fiscalización, se identificó que en la Dirección de Enfermería se están llevando a cabo dos procesos de acompañamiento y fortalecimiento a la gestión administrativa y técnica que realiza. Uno de ellos, liderado por la Coordinación Nacional de Enfermería y la Supervisión Regional y otro a cargo de la Dirección General de ese centro médico.

Referente al “Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019”, (a partir del mes de agosto 2018), se detalla como objetivo estratégico: *“Fortalecer la gestión del cuidado de enfermería por medio del empoderamiento de la Dirección y Subdirección de Enfermería (clínica, administrativa y educación continua) mediante el acompañamiento, por parte de la Jefe Regional de Enfermería”.*

De acuerdo a la Agenda de Reunión del 3 de agosto de 2018, el proceso de acompañamiento por parte de la Supervisión Regional obedece: *“(…) por debilidades encontradas en supervisión realizada en el año diciembre 2015 y junio 2018, y supervisión de la regional 2016, 2017, 2018, que a la fecha no se evidencian en la gestión del cuidado. La evaluación que presenta la Jefatura Nacional de Enfermería presenta un informe similar. (...) Ante esta situación en coordinación con la Dra. Carmen Aguirre y en conversación con el Dr. Randall Álvarez, la Jefatura Nacional de Enfermería y con mi persona muy preocupados, se toma un acuerdo con la Dra. Loaiza, que realice un proceso de acompañamiento, a las subdirectoras y supervisoras de enfermería de este Nosocomio, mismo que se inicia el día 03 de agosto 2018. Además, se les hace ver que esta tarea va a ser de mucha dedicación y organización de los equipos en proceso debe disponer del tiempo para el desarrollo de este. El desarrollo de esta actividad requiere de gran compromiso de la Directora de Enfermería y las Subdirectoras de Enfermería, de igual forma la Educadora en Servicio, que deben estar muy vinculados al trabajo de este equipo, de no ser así es difícil lograr la propuesta que se está presentando el día de hoy (...)”.*





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

Se agrega en dicho documento: *“(...) La estructura Jerárquica de Enfermería en el hospital Monseñor Sanabria, no es respetada por los funcionarios colaboradores de enfermería, según evaluaciones y supervisión de la Dirección Regional y Coordinación Nacional de Enfermería. Se visualiza que constantemente se interrumpe las labores de directora, de subdirectoras atendiendo asuntos que puede y debe resolver la supervisora de enfermería y jefaturas de los servicios en su turno (...)”.*

Referente a algunos de los compromisos adquiridos en este proceso de acompañamiento, se registraron en la agenda discutida: *“(...) Dirección y Sub- dirección de Enfermería, comprometida a fomentar el respeto a la estructura de enfermería, la sub. Directora Clínica entregará nuevamente la programación de las reuniones con el plan educativo a las supervisoras de enfermería y enfermeras de los programas especiales, buena comunicación entre las subdirectoras y la dirección de Enfermería, se dará informe de avance a la Dirección General del hospital por medio de la dirección de Enfermería (...)”.* Adicionalmente se plantea un Cronograma de cumplimiento establecido del 3 al 14 de agosto del 2018.

Sobre el mismo tema, la Dirección de Enfermería elaboró el documento propuesta “Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019” en el cual se identificaron 3 ejes temáticos para abordar: Gestión de Recurso Humano, Infraestructura y Equipamiento y Capacitación.

Se indica, además, que esta propuesta pretende generar cambios en la actitud del funcionario en su forma de trabajo cotidiano, así como en la distribución de tareas y que se constituya en una herramienta para la toma de decisiones de las jefaturas respectivas.

En el mismo orden de ideas, producto de las sesiones de trabajo efectuadas en la primera etapa de esta propuesta, se identificaron una serie de debilidades tales como:

- Profesionales de Enfermería fraccionados con estilos de trabajo individualizados
- Vacío en la conceptualización del Proceso de Atención de Enfermería, orden jerárquico, programación de trabajo, registro y reporte de producción de trabajo
- Debilidad en el manejo de programas como el EDUS
- No hay cultura de Supervisar.
- Debilidades en el registro de la producción estadística de los Profesionales de Enfermería a cargo de Programas Especiales
- Desfase en la automatización del sistema de nombramientos a cargo de la Sub- dirección Administrativa
- Debilidades en el proceso de capacitación y la gestión autodidacta.

Como parte de la propuesta de cambio se identifican los siguientes aspectos:

- Reajuste de las actividades, deberes y obligaciones de las Sub- Direcciones de Enfermería
- Reasignación de las tareas del Equipo de Supervisión para optimizar el trabajo realizado.
- Aplicación de Estándares de Enfermería
- Aplicabilidad del Manual de Procedimientos de Enfermería
- Propuesta de cambio en Consulta Externa (Programas Especiales)

Además, en lo relacionado a la propuesta de trabajo iniciada por la Dirección General, se revisó el documento “Gestión de Fortalecimiento de la Dirección de Enfermería del Hospital Monseñor Sanabria Martínez”, que tiene como objetivo: *“Desarrollar y apoyar la implementación de un plan de trabajo con actividades que*



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

ayuden al servicio de Enfermería a mejorar los procesos administrativos internos con el fin de que este servicio tenga una mayor fluidez y articulación en sus actividades diarias”.

Según el mismo documento, como parte de los temas a fortalecer se identifican, el área de planificación de la Dirección de Enfermería y los procesos relacionados con la gestión de personal en cuanto al tema de nombramientos, roles de trabajo y el área de supervisión, básicamente.

Para atender los diferentes procesos enmarcados en esta propuesta de trabajo, se describen 27 actividades delegadas a la Dirección, Subdirecciones, Educación en Servicio y Equipo de Supervisión de Enfermería, respectivamente. En el mismo documento algunas de las actividades destacadas incluyen:

- Consolidar y consensuar todos los planes operativos de las áreas funcionales.
- La Dirección de Enfermería debe convocar y realizar reuniones mensuales con todo el equipo.
- Conciliar la actualización de la lista de elegibles con la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.
- Deberá implementar los horarios digitalizados.
- La Sub- dirección Clínica deberá programar supervisión directa a por lo menos dos servicios, dos veces por semana, y presentar informes.
- Implementar horarios digitalizados a la mayor brevedad.
- Crear una base de datos de permisos, vacaciones e incapacidades.
- Realizar un solo plan de trabajo de supervisión
- Elaborar programa de capacitación a funcionarios.

Al respecto de estos procesos de acompañamiento, el seguimiento se efectúa mediante cronogramas de cumplimiento. Por ejemplo; el proceso que lidera la Dirección General dispone del “Cronograma Gestión de Fortalecimiento” y en el caso del acompañamiento por parte de la Supervisión Regional también se elaboró un cronograma a partir de agosto de 2018.

En consulta² realizada a la Dra. Carmen Aguirre Quirós, Directora de Enfermería sobre las actividades de seguimiento a los procesos que se desarrolla en esa dirección indicó: *“Sí se realizan diferentes actividades de seguimiento, me reúno con las subdirectoras y vemos los informes de vacaciones, tiempo extraordinario y otros asuntos. También me reúno con el Director General para dar seguimiento a diferentes temas. También le doy seguimiento a otros temas mediante el correo, del teléfono y también con un chat. Desde el 2017 se ha identificado algunas situaciones que fueron comunicadas en su momento. Actualmente también se hace, se comunica al equipo de supervisión o a quién corresponda para que se tomen las medidas”.*

Adicionalmente, se le consulta si esa Dirección de Enfermería ha divulgado los objetivos de control interno a lo que responde: *“Objetivos de control interno puros no, solamente la matriz de riesgo”.*

En relación a las actividades de control que realiza en cuanto a, sí ha definido y comunicado formalmente entre el personal, según el puesto que ocupa, la responsabilidad por cada proceso, actividad, operación a lo que refiere: *“Se trabaja de acuerdo al perfil establecido en el Manual de Puestos institucional y la ley 7085, al igual existe un Plan de Mejoras actualizado, que en ese momento se está dando a conocer al equipo de Supervisión “.* En el tema de la Planificación Anual Operativa, indica que *“el PAO quedó realizado por el Dr. Andrés Trigueros- del 2018. Para el 2019, el PAO está pendiente de entregar y presentar a las supervisoras”*

La Dra. Yahara Herrera Rivera Sub- Directora Administrativa sobre la gestión que efectúa la Dirección de Enfermería señala:

² 13-3-2019



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

Se debe trabajar en el Control. Esto es en cuanto a los procesos ya establecidos, como por ejemplo el Rol de Personal, que se cumpla como se estableció. Por ejemplo; cuando se otorga un libre o un cambio, ya se encuentre planificado, al menos hasta donde se pueda, sea de conocimiento de los Supervisores que reciben los diferentes turnos y esto propicie el orden, en este proceso de gestión del recurso humano.

El otro proceso es la planeación especialmente el tema de vacaciones, porque en este momento no se encuentra definida la cadena de sustitución, no se ha programado de acuerdo a las fechas en que se cumple, por lo que yo me estoy encargando de programar para dos meses, y luego se le instruyó a los Supervisores que continúen programando el resto del año.

En la generalidad podemos decir que la Dirección de Enfermería está en una fase de integración, de mejora para lograr cumplir lo que se pide a Enfermería tanto en la parte administrativa como en la parte de atención directa”.

Acerca de los procesos de acompañamiento de la Dirección de Enfermería se consultó al Dr. Wilburg Díaz Cruz, Director Regional de la Dirección Regional Pacífico Central quién indicó: (...) en julio- agosto del 2018 en una reunión sindical se hizo un acuerdo de nombramientos y otros temas afines. En forma paralela los sindicatos interpusieron otras disconformidades y aquí es donde la Gerencia Médica solicitó se trabajara en este tema. Existe un equipo que desde hace un mes está trabajando conforme a lo solicitado. En el caso de los ascensos y nombramientos, cadenas de vacaciones se está tratando de implementar una herramienta informática que va a favorecer la transparencia en los procesos. (...)

El Ing. Deivy Araya Fernández, Ingeniero Industrial suscrito a la Dirección General del Hospital Monseñor Sanabria, indicó sobre las actividades que realiza en la Dirección de Enfermería lo siguiente:

“(...) por instrucción del Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General y en atención a las debilidades que se han identificado en algunos de los procesos administrativos efectuados por la Dirección de Enfermería, como por ejemplo; el tema relacionado con el Registro de Elegibles, y las fallas en nombramientos de aquellos funcionarios propios del servicio, se realizó un análisis de cargas de trabajo en los puestos de Supervisión, Subdirección, y Dirección de Enfermería, además de la revisión de roles de Enfermería, para la generación de una herramienta de apoyo. La información se generó con el objetivo de articular la gestión administrativa del recurso humano de enfermería de una manera integrada, concreta y segura, con transparencia en el tema del Registro de Elegibles y la programación de roles de Enfermería. Para lograr este objetivo se ha realizado un análisis de las cargas laborales de trabajo, ya que la situación evidenciada, difícilmente podría ser abordada por el personal administrativo a cargo, mediante un plan de trabajo únicamente.

Continúa señalando el Ing. Araya Fernández, se elaboró un cronograma mensual de capitación iniciando en enero 2019, y todos los miércoles a partir de las 7am se reúnen para instruir al equipo de Supervisión de Enfermería en variados temas, en los que se detectó la necesidad de ampliar.

Esta Auditoría conoció Diagnóstico Situacional del Servicio de Enfermería 2017 en el cual se describe como parte del FODA efectuado:

“(...) relaciones interpersonales poco efectivas entre profesionales, comunicación disfuncional en todos los niveles de cargo y liderazgo de Profesionales de Enfermería deficiente en los diferentes niveles de cargo, incumplimiento de normas y directrices institucionales (...)”



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

Asimismo, en informe de Supervisión Regional³ se describe: *“(...) Todos tienen un plan de trabajo que incluye los procesos de las actividades de enfermería, por servicios, pero no hay vinculación entre el plan general de la dirección de enfermería, las subdirección clínica y administrativa y supervisión de enfermería, tiene un diagnóstico situacional de la unidad, basado en el FODA, realizada con el grupo de supervisión con la subdirección clínica pero no se vincula con la subdirección administrativa (...)”*

Además de lo anterior; en el tema de la planificación se tuvo conocimiento de algunos documentos como:

Plan Estratégico 2017-2021
Manual Organizacional de Enfermería 2019
Plan de Mejora 2018 y 2019,
Plan de la Acción Supervisora 2017-2018,
Plan de Trabajo Supervisión de Enfermería 2019
Plan de Educación en Servicio 2017-2018 y 2019.

En relación al Plan de Mejora 2018, algunas de las debilidades identificadas fueron:

“(..)Aplicación del proceso de Enfermería, calidad, limpieza, orden de bodegas y vigencia de insumos, lavado de manos y aplicación de TAM-TAQ por parte del servicio de Enfermería, control y supervisión del uniforme y vestimenta del personal de Enfermería (...)”.

En cuanto a la planificación estratégica, se identificó entre otros, los siguientes objetivos:

“(...) Identificar área débil en atención de cliente interno, cumplir con el estándar de Humanización del Cuidado, mejorar procesos de Control Interno (mejorar mecanismo para el acceso a los recursos materiales), actualizar el diseño de los manuales administrativos, realizar diagnóstico situacional de los servicios de atención, implementar el proceso de enfermería, identificar los problemas que obstaculizan el cumplimiento de estándares (otros objetivos), fomentar una cultura de monitoreo de las actividades que se realizan (...)”

Acerca de esta planificación estratégica y operativa, es relevante indicar que ha sido objeto de cambios, por ejemplo; en lo relacionado con los objetivos a cumplir y los plazos establecidos, esto debido a la necesidad de readecuar el Diagnóstico Situacional, los planes de supervisión y por las propuestas de trabajo, en las cuales se requiere lograr un nivel de involucramiento de todos los niveles jerárquicos y operativos de Enfermería, de acuerdo a los diferentes procesos.

Sin embargo; aunque esa Dirección se encuentra inmersa en un proceso de acompañamiento y fortalecimiento por parte de los niveles jerárquicos superiores, efectúa diversas actividades administrativas y ha diseñado elementos de planificación, orientados a lograr una gestión de calidad en el cuidado del cliente externo, así como del recurso humano de enfermería que ofrece sus servicios, el avance en la gestión y el cumplimiento de objetivos planteados, no es claro ni concreto.

Un ejemplo de lo anterior, se refleja en el tema del Diagnóstico Situacional, que a la fecha de inicio de este estudio no se había finalizado, en lo referente a la Planificación Anual Operativa que a marzo del 2019 no se había socializado, en lo relativo a la producción de Enfermería en Consulta Externa y en Programas Especiales que no es precisa (*se aduce falta de claridad en cómo realizar la programación de actividades y consultas*), en cuanto al Programa de Educación Continua y su impacto en el servicio de Enfermería, en el Proceso de

³ Mayo 2017.



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

Supervisión que no se ha operativizado en forma efectiva, o en el tema del Plan de Mejora 2018, solicitado por la Coordinación Nacional de Enfermería, que no ha alcanzado un grado de cumplimiento satisfactorio.

Por otra parte, no se observa una articulación efectiva entre los puestos administrativos y la gestión técnica o clínica, ya que no se ha tenido suficiente claridad en cuanto a las funciones que se deben ejecutar, delegar o controlar por parte de esa Dirección.

Dentro de las causas que afectan la gestión de dirección, se debería considerar que el cargo de director (a) de Enfermería ha sido ocupado por varios funcionarios y en períodos cortos, por diversos motivos como solicitud de permisos, sustituciones, incapacidades, entre otros factores, lo que ha afectado la funcionalidad del departamento.

Por otra parte, considera esta Auditoría que, a pesar del acompañamiento técnico y administrativo que ha tenido la Dirección de Enfermería por parte de los niveles jerárquicos superiores, el ejercicio del liderazgo se ha visto afectado en la toma de decisiones y no se observa una intervención consolidada, por parte de los funcionarios que forman parte de esa estructura funcional inmediata desde sus diferentes ámbitos de acción.

Asimismo, aunque se han realizado diagnósticos situacionales, así como; identificado debilidades y amenazas desde períodos anteriores, el abordaje administrativo de esta problemática no ha sido preciso. Igualmente, los cambios y actualizaciones generados en los diferentes documentos de planificación han ocasionado un avance lento en el mismo cambio estratégico y operativo que se pretende.

Considera esta Auditoría, que todo lo anterior, ha derivado en esfuerzos diluidos, que no impactan o influyen en la gestión de conducción, y no propician un mejoramiento continuo sostenible, lo que ha interferido en la rendición de cuentas y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. DE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA Y METAS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

Se determinó debilidades de planificación, seguimiento y control en el indicador de producción -A2-70 *Número de Consultas de Enfermería*- del Plan Presupuesto del Servicio de Enfermería, lo anterior, en los períodos 2016 y 2017, en virtud de que se encuentran por encima del 100 % de ejecución -131,60 % y 265 % respectivamente-, y para el 2018 debajo del 80 % -69,05 %.

Misma situación con las partidas variables de Personal Sustituto y Tiempo Extraordinario en el 2017, con resultados mayores al 100 % de cumplimiento -103,94 %, y 127,23%, y para 2018, únicamente la segunda con un 102,1 %.

El Instructivo para el seguimiento del Plan Presupuesto 2017 señala lo siguiente en el punto 2 "Seguimiento del Plan Presupuesto":

...Es responsabilidad de la máxima autoridad de la unidad ejecutora verificar que los informes de seguimiento del Plan-Presupuesto contengan información consistente, clara y veraz sobre el avance logrado en relación con las metas programadas, garantizando que se elaboró conforme los lineamientos establecidos.

Una vez aprobado el Plan-Presupuesto, durante el año de ejercicio, la unidad ejecutora debe realizar un control trimestral de la ejecución física, con el fin de valorar que no se materialicen los riesgos y medir su desempeño en la consecución de los objetivos y metas en un marco de transparencia,



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

asimismo rendirá cuentas a su jefatura inmediata superior a través de los informes semestrales correspondientes.

La autoridad superior de la unidad ejecutora debe conocer y utilizar los resultados de este informe, para la rendición de cuentas cuando ésta sea requerida, igualmente para la toma de decisiones en procura de mejorar la gestión de forma permanente, consistente y oportuna”.

Para el 2017:

“...Se realiza análisis de las consultas brindadas y el incremento obedece a la apertura de nuevas consultas en enfermería, el aumento en la oferta de la prestación de servicios por profesionales en enfermería aunado a la recuperación de espacios y a la recuperación de camas post terremoto. Se amplía las visitas domiciliarias, aumento en las consultas en el hospital de día. El ingreso de nuevas especialidades médicas que conllevan a realizar nuevos procedimientos y consultas de Enfermería. Implementación del expediente digital (EDUS) y Programas como Lactancia Materna, Salud de la mujer”.

En lo que respecta al 2018, la Administración Activa no aportó justificación de los resultados obtenidos para ese período.

Esta Auditoría debe señalar que, a pesar de las justificaciones inmersas en el informe de alcance de metas, lo acaecido obedece a debilidades en la planificación, control, seguimiento y verificación de las metas, así como de la revisión de resultados anteriores para una valoración y toma de decisiones acorde a la realidad, tanto en el indicador A2-70, como de las partidas presupuestarias.

Además, se evidenció la falta de gestión administrativa para presentar las justificaciones correspondientes del período 2018 ante la Dirección Regional de Salud Pacífico Central, lo anterior, al cierre del presente estudio.

3.SOBRE EL PROCESO DE SUPERVISIÓN

Se determinó que el proceso de Supervisión establecido por la Dirección de Enfermería requiere ser fortalecido. De acuerdo con la información brindada, para el período 2017 -2018 se dispuso de una planificación anual de supervisión, sin embargo; ésta no se desarrolló conforme a lo previsto. Asimismo, aunque se han generado una serie de disposiciones de orden administrativo, que incluyen planes de fortalecimiento del proceso de supervisión y ejecutado estrategias operativas, no han impactado en forma razonable a dicho proceso.

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.”



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

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

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

De acuerdo con la documentación facilitada a esta Auditoría, se identificaron varios documentos de planificación para implementar el de supervisión.

- Plan de la Acción Supervisora Hospital Monseñor Sanabria 2017-2018.
- Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019, (a partir del mes de agosto 2018).
- Plan de Trabajo Supervisión de Enfermería 2019

-Plan de la Acción Supervisora Hospital Monseñor Sanabria 2017-2018.

De acuerdo con el documento de supervisión facilitado *“Plan de la Acción Supervisora Hospital Monseñor Sanabria 2017-2018”*, se planificaron 5 ítems de calidad, como se muestra a continuación:

GENERALIDADES SOBRE EL PLAN DE ACCIÓN SUPERVISORA DE ENFERMERÍA 2017-2018

#	ITEM DE CALIDAD	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO SEGÚN MATRIZ
1	Proceso Administrativo del Quehacer de Enfermería	Aplicar el proceso administrativo cumplido con sus tres etapas: planeación, implementación y control, para que el producto final sea de calidad y beneficio del cliente interno y externo.	39 actividades para desarrollar	23 actividades de seguimiento.



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

2	Proceso Administrativo en sus 4 Áreas del Quehacer		55 actividades para desarrollar	
3	Notas de Enfermería	Supervisión y control en la confección de la nota de enfermería/ supervisar que todo el personal esté involucrado en los planes de mejora/ controlar que todo el personal tenga capacitación.	2 actividades para desarrollar	8 actividades de seguimiento
4	Proceso de Administración de Medicamentos	Supervisión y control en la aplicación segura de medicamentos/ supervisar que todo el personal cumpla los 10 correctos/controlar que todo el personal tenga capacitación/ supervisar que los controles e informes se entreguen en el tiempo establecido	5 actividades para desarrollar	9 actividades de seguimiento
5	Planes de Mejora	Supervisión y control en el cumplimiento de los planes de mejora según resultados	7 actividades	7 actividades de seguimiento

Fuente: Plan de la Acción Supervisora Hospital Monseñor Sanabria 2017-2018

Con respecto a las actividades a realizar de acuerdo con el ítem “Proceso Administrativo”, se identificaron algunas como: Elaborar Plan de Supervisión y Diagnóstico Situacional, realización del Plan Presupuesto 2017, revisar los informes educativos del área, reunión con enfermeras de planta y jefes de área y supervisoras, revisión de actas de cada servicio y del área, entre otras. En cuanto al método de supervisión directa e indirecta se indica: Distribución de Personal, Observación Asesoría, Entrevistas, Educación, Revisión de Expedientes y de Instrumentos (actas).

Referente a las matrices de Control y Seguimiento se planificó revisarlas por mes, asignar un responsable y un espacio para observaciones. En el caso de los dos primeros ítems de calidad relacionados con el “Proceso Administrativo”, se incluyeron en la matriz únicamente 23 actividades para dar seguimiento. En cuanto al ítem de Notas de Enfermería se incluyeron 8, Proceso de Administración de Medicamentos 9 actividades y para los planes de mejora 7 actividades, fueron incluidas en la matriz de seguimiento.

Al respecto de esta planificación, predominan en número las acciones de orden administrativo, y las de supervisión de campo son las menos. Asimismo, en algunos de los ítems, las acciones se repiten o son muy similares. Referente a los temas a supervisar, posterior al proceso administrativo, únicamente se consideró las notas de enfermería, el proceso de administración de medicamentos y el ítem de planes de mejora. No se indica claramente si todas las actividades a realizar, así como las incluidas en la matriz de seguimiento, se realizarían cada mes. Por otra parte, en relación a los métodos de supervisión directa e indirecta se describen en forma general y no se logra clarificar en cuál de las actividades se aplicará.

Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019.

En el mismo orden, se conoció el documento⁴ Proceso de Fortalecimiento a las Subdirecciones y Supervisión del Hospital Monseñor Sanabria, 2018-2019, (a partir del mes de agosto 2018). En el cual se indica que el trabajo de fortalecimiento se efectuará mediante una investigación acción participativa mediante un análisis descriptivo con dos claros planteamientos: teórico y práctico del proceso. Este documento incluye además un Cronograma con objetivos, ejes temáticos y actividades. Los ejes temáticos consideran: Gestión del Recurso Humano, Infraestructura, Equipamiento y Capacitación.

⁴ Trabajo en conjunto con la Coordinación Nacional de Enfermería y la Supervisión Regional de Enfermería



“Garantiza la autenticidad e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”



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

Asimismo, como parte de la Situación Encontrada se identificaron 18 actividades que realiza el Equipo de Supervisión dentro de las que destacan:

- Solicitud, almacenamiento y reparto de material estéril descartable para los diferentes servicios del hospital
- Manejo no estandarizado de instrumentos de evaluación y supervisión del proceso de enfermería.
- Desfase entre conocimiento y práctica en el grupo de supervisores.
- Debilidad en el conocimiento y manejo de normativas disciplinarias par con el personal supervisado.
- Carencia de un instrumento de rendición de productividad mensual de supervisión.

En cuanto a la situación Propuesta se indica: *“El objetivo obedece a la Optimización del grupo de Profesionales en Supervisión de enfermería del hospital Monseñor Sanabria donde se le otorga las herramientas tecnológicas, estrategias y técnicas de trabajo a los funcionarios para estandarizar conocimientos”*

Asimismo, dentro de la Reasignación de Tareas de los Supervisores de Enfermería se despliegan 10 tareas, dentro de las cuales se mencionan:

- Fortalecer e incorporar en el quehacer diario del profesional de enfermería supervisor el manejo práctico de equipo d cómputo.
- Brindar informes mensuales a la Jefatura correspondiente, según orden jerárquico, sobre el trabajo realizado en supervisión (producción) utilizando como base los instrumentos de supervisión citados en el Manual de Procedimientos.
- Presentar bimensualmente informes sobre el proceder de los diversos programas asignados a los supervisores.

Plan de Trabajo Supervisión de Enfermería 2019

Referente a este plan de Supervisión para 2019 se identificaron las principales generalidades:

	PRINCIPALES GENERALIDADES
Plan de Trabajo Supervisión de Enfermería 2019	<p>La programación anual incluye: Componente/ Actividad/ Cronograma anual</p> <p>Componentes: Identificación de problemas y necesidades en el Departamento de Enfermería Categorización de pacientes Gestión del Cuidado mediante el Proceso de Atención de Enfermería Educación a la persona usuaria, su familia y comunidad según necesidades del usuario Proceso de Atención de Enfermería permite ofrecer cuidados sistematizados Programa de Educación en Servicio. Cada a cargo de Enfermería reúne los requisitos La Administración de Enfermería conoce y aplica procedimientos, políticas y normas para dotación de recurso humano. Enfermería colabora en la detección y reporte de riesgos en la planta física y equipos</p> <p>Plan de Trabajo del Servicio de Supervisión de Enfermería</p> <p>El Plan incluye: Área/objetivo/ Indicador/ Actividades/ Fechas de Ejecución/ Responsables/ Evaluación Área Administrativa: Asegurar la continuidad en la prestación de la gestión Área Técnica: Cumplir con las normas y procedimientos Área Educativa: Educara al usuario y la familia/ Educación en servicio Área de Investigación: Fortalecer la investigación</p>

Fuente: Dirección de Enfermería



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

Al respecto de las actividades de seguimiento y supervisión efectuadas por la Sub- dirección Clínica y que han sido registradas en libros de actas, así como otra documentación, se encuentran en el siguiente cuadro:

ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN - GENERALIDADES POR TEMA EFECTUADAS POR LA SUB-DIRECCIÓN CLÍNICA PERÍODO 2018- PRIMER TRIMESTRE DE 2019

AÑO	GENERALIDADES /TEMAS
2018	Revisión de la planificación anual para Supervisión Revisión de Licencias – Revisión de Notas de Enfermería- Lavado de Manos- Almacenamiento de material estéril en bodegas- Revisión de Uniformes- Stock de Medicamentos- implementación del EDUS- Actualización en Vigilancia Sarampión- Revisión de licencias de Enfermería- Revisión en Central de Equipos- Material vencido. Monitoreos en Medicina Hombres y Mujeres – Área de Reconversión de Pacientes, Obstetricia y Urgencias
2019	Edus- Notas de Enfermería- Cumplimiento de Estándares- Pre-clínica- Pos-clínica. Se realiza Taller Manual de Supervisión- Se revisa tema de vacaciones – Permisos -Licencias.

Fuente: Revisión de documentos aportados por la Subdirección Clínica (libros de actas y otros)

Se consultó a la Dra. Ivania Cubillo Medina, subdirectora Clínica a cargo del Equipo de Supervisión sobre el proceso de Supervisión del hospital e indica:

Aparte de la Subdirección cuando la tomé, heredé el programa del PAI -2014 hasta el 2018 y el programa de úlceras desde el 2014 al 2017. Adicionalmente, tengo a cargo la supervisión de Centro de Equipos y Consulta Externa, y Programas Especiales, estos son coordinados por Enfermeras 1, por lo que los han asignado para supervisión, todo esto de recargo aparte de lo normal de las funciones asignadas de la Subdirección Clínica. El equipo de supervisión se encuentra a cargo de mi persona, situación que he comentado a la Dirección de Enfermería en varias ocasiones que son muchos funcionarios a cargo, ya que todo lo que suceda con ellos, debo de asistir y revisar lo ocurrido.

En relación a las medidas de control que implementa hacia el equipo de supervisión señala: *“En base a oficio, y también se conversa con los supervisores debido a que muchas veces alegan desconocer si no se les da por escrito. El Dr. Trigueros elaboró un Plan de Supervisión 2017-2018, y que disponía de un “Cronograma de cumplimiento de actividades de la supervisión de Enfermería”, el cual no se trabajó de la forma señalada debido a que se laboró en el EDUS con las notas de enfermería y el proceso de atención”.*

En cuanto al sistema de trabajo para supervisar que utiliza indica: *“Hacia recorridos, pero le di énfasis al módulo 3, en el cual es donde existe un problema por la falta de compromiso por parte de las supervisoras, ya que todo se encuentra como en estado de abandono. El sistema de trabajo fue de acuerdo a como se fueron presentando las situaciones en el 2018”.*

Referente a los métodos de control adicional, que se incluyen recorridos en los servicios y realizan diferentes actividades como, revisión de pacientes acompañados de la Supervisora, revisión de procesos, orden en cubículos, bodega de medicamentos, baños y estación de enfermería, entre otros. Cuando en los recorridos se detectan fallas en relación con las normas técnicas establecidas, se reúne al personal, y se confronta la situación evidenciada y se hace un oficio dirigido. Un método de coordinación también es el chat que mantenemos en dirección.



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

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

El no disponer de lineamientos claros y efectivos, en cuanto a cómo ejercer la actividad de supervisión en el quehacer diario de enfermería, ha afectado el desarrollo de este proceso, ya que no ha logrado impactar los procesos de atención más básicos y rutinarios de la gestión de enfermería. Los ejercicios de fiscalización se encuentran diluidos y no se conjugan en forma integral. Lo anterior ocasiona, desvío y falta de claridad en cuanto al cumplimiento de objetivos, la cuantificación de logros, dificultando la detección temprana de posibles riesgos y el establecimiento de medidas de corrección.

Considera esta Auditoría sin el menoscabo de las acciones realizadas que no se logra visualizar en forma clara el grado de avance esperado, con la identificación de la problemática encontrada en los diferentes escenarios y descrita en los diferentes documentos elaborados.

4. SOBRE LA ELABORACIÓN DE LOS ROLES DE ENFERMERÍA

Se determinó que la Dirección de Enfermería requiere fortalecer el procedimiento de elaboración de los Roles de Enfermería, lo que incluye distribuciones anuales de personal, asignación de libres de rigor y especiales, cadenas de vacaciones y otros elementos ya tipificados.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público señalan en el Capítulo 1: Normas Generales, 1.2 Objetivos del Sistema de Control Interno:

El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

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.

La Dra. Josefa Yahara Herrera Rivera, Sub- Directora Administrativa de Enfermería, indica: “(..) *la actividad sustantiva que tengo es la sustitución de personal, por las diversas modalidades de ausentismo. Esta actividad es la que más absorbe mi tiempo, ya que se deben sustituir permisos con goce, incapacidades, vacaciones, porque en este momento no hay una programación establecida. Además, hay que sustituir días libres y las prórrogas y nombramientos en plazas que están vacantes. (...) se debe trabajar en el control, esto es en cuanto a los procesos ya establecidos; como por ejemplo el Rol del Personal, que se cumpla como se estableció. Por ejemplo; cuando se otorga un libre o un cambio, ya se encuentre planificado. En este momento se está implementando el Rol Digital que se encuentra en un archivo compartido en el cual cada Supervisor y la Sub- Dirección accesan el rol, lo revisan y se publica para todo el personal en un archivo de PDF, para que sea del conocimiento. El otro proceso es la planeación del tema de vacaciones, porque en este momento no se encuentra definida la cadena de sustitución, no se ha programado de acuerdo a las fechas en que se cumple, por lo que me estoy encargando de programar par dos meses y luego le instruyo a los Supervisores que continúen programando el resto del año (...)*”

El Ing. Deivy Araya Fernández, encargado del proceso de elaboración de la herramienta digital indica⁶:

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

⁶ Cédula narrativa 5-3-2019



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



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

“ Por instrucción del Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General y en atención a las debilidades que se han identificado en algunos de los procesos administrativos efectuados por la Dirección de Enfermería, como por ejemplo tema relacionado con el Registro de Elegibles, fallas en nombramientos de aquellos funcionarios propios del servicio, se realizó un análisis de cargas de trabajo en los puestos de Supervisión, Subdirección, y Dirección de Enfermería, además, de la revisión de roles de Enfermería para la generación de una herramienta de apoyo.

La herramienta para la programación de roles se desarrolló con el objetivo de disminuir el margen de error en la programación en las diferentes jornadas de trabajo y los traslados del personal de enfermería, así como lograr un mayor aprovechamiento del tiempo para la realización de otras actividades y que la información generada, mantenga un nivel de integridad en los datos. Con la herramienta el proceso de nombramientos se tardaba por persona alrededor de 30 minutos, ahora se encuentra en 5 minutos su duración, al igual que la Sub- Dirección Administrativa de Enfermería, tendría más tiempo disponible para realizar otras gestiones propias de su cargo.

Actualmente la herramienta no está al 100 % de su utilización, debido a que se está terminando de ingresar datos, en virtud de que la información esta con corte al 28 noviembre 2018, según Unidad de Gestión de Recursos Humanos.

Con la finalidad de poner en marcha la herramienta, se está a la espera del corte 31 de diciembre 2018 de parte de RRHH y una vez informado a los funcionarios de enfermería, se estará dando una semana para posibles reclamos o inconformidades para ser subsanadas y así iniciar con el instrumento actualizado. Asimismo, agregó que el único documento manual que aún se utiliza es el ampo de registro de nombramientos. En cuanto a la ficha digital se está trabajando en 2 columnas de Excel relevantes, “respaldo y fecha de pago”, que deben ser agregadas para culminar el proceso de registro de información”.

En el mismo orden de ideas, se conoció informe elaborado el 3 de agosto de 2018, como parte del acompañamiento “ Proceso de Fortalecimiento Enfermería HMS” en el que se indica: “ (...) para lograr que la supervisora disminuya el trabajo en oficina es la digitalización de algunos procesos, como es la distribución mensual y anual del personal (horarios) , la entrega de los usuarios por turno de supervisora a supervisora, sub directoras y directora también, reporte de incidentes se propone que sea digital. Dotar a las supervisoras de equipo digital (tableta), aplicaciones con distribución mensual, anual, tiempo extraordinario del personal, donde se actualice cada vez que sea necesario u ocurra un cambio, como incapacidades, permisos, además del aplicativo EDUS y otros. Este debe estar vinculado con la dirección y subdirección administrativa (...)”.

En cuanto a la herramienta indicada en párrafos anteriores, esta será publicada en PDF en el Portal del Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez, para que los funcionarios de Enfermería consulten libremente la lista de elegibles, el Ingeniero no omite manifestar que el archivo es de consulta únicamente y que no podrá ser manipulado por los funcionarios.

Históricamente en la disciplina de Enfermería, la elaboración de roles de Enfermería se ha efectuado en forma manual. Esto implica la asignación de largos períodos de tiempo, por varios días en la semana, realizando cambios y asignando días libres, vacaciones, licencias y otros.

Esto afecta en forma directa, el tiempo disponible para realizar labores de control y supervisión de actividades sustantivas, para reforzar la educación incidental y la revisión de la implementación de los procesos de Enfermería tanto técnicos como administrativos, entre otros factores.



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

Considera esta Auditoría, que un mayor aprovechamiento del tiempo, en labores de control y supervisión favorecen la identificación temprana de riesgos, sobre todo tomando en cuenta la dimensión del recurso humano y que la implementación de aquellos procesos informáticos que permitan una mayor disponibilidad de tiempo, para efectuar labores sustantivas en enfermería que aporten a la calidad técnica de la atención al usuario, desde toda perspectiva.

5. DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

Se determinó la conveniencia de consolidar y empoderar ese Programa. Lo anterior, por cuanto existen debilidades en lo referente a la disposición del recurso humano, infraestructura y equipamiento necesario, para materializar una propuesta de formación educativa de calidad, continua y progresiva.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 2 Normas de Control Interno sobre el Ambiente de Control señalan en el punto 2.1, en cuanto al conjunto de factores organizacionales que propician una actitud positiva y de apoyo al SCI y a una gestión institucional orientada a resultados:

“El mantenimiento de personal comprometido y con competencia profesional para el desarrollo de las actividades y para contribuir a la operación y el fortalecimiento del SCI”. 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”.

Aunado a lo anterior como Justificación del estándar:

“Personal de Enfermería preparado actualizado proporciona una atención eficiente, apropiada, segura, humanizada y continua, basada en conocimientos científicos y técnicos”.

En consulta realizada a la Dra. Villalobos Monge, Educadora en Servicio indicó:

(..) Hace 4 años estoy a cargo del Programa como Enfermera 3 en un código de Obstetricia nombrada por días libres. A nivel de la Supervisión esta actividad que tengo a cargo no es reconocida. En general no están abiertas a la innovación y al aprendizaje. En general falta un mayor apoyo por parte de la Dirección de Enfermería. En cuanto a los funcionarios propiamente como los Auxiliares de Enfermería, el interés primordial es hacer currículo, pero si se requiere que luego sean facilitadores de los procesos ya no desean participar, no desean implementar los conocimientos en el servicio de atención asignado. Un ejemplo de lo anterior es el funcionario que asistió al Curso de esterilización. A esa persona se le encargó por parte de la Supervisión correspondiente que realizara charlas y educara al resto de compañeros, sin embargo, se desconocen los resultados (...).”

Sobre la existencia de indicadores que orienten el impacto logrado con el programa de educación refiere: *“con respecto a indicadores de impacto; no se han medido”.*

De acuerdo al FODA descrito en el Plan de Educación 2018, parte de las debilidades y amenazas identificadas son:

⁷ Gerencia Médica, 2016.



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

- Los Profesionales de Enfermería carecen de una cultura de participación en las actividades educativas
- Poco apoyo de los mandos medios de las diferentes áreas hacia las actividades de educación.
- Personal no asiste a las sesiones educativas.
- No hay presupuesto para la compra de insumos educativos

En relación al Plan de Mejora 2018 y las situaciones evidenciadas en personal de enfermería se identificó:

- Debilidad en la aplicación del Proceso de Enfermería
- Insatisfacción del usuario interno
- Debilidad en el lavado de manos y el uso de la TAM y Quirúrgica
- Debilidad en la aplicación de prácticas clínicas seguras
- Debilidad en la aplicación de los planes de inducción
- Debilidad en el control y supervisión del uniforme y vestimenta del personal
- Falta de control y supervisión al personal

Por otra parte, algunos de los temas sugeridos en el Plan de Educación 2018 fueron: Proceso de Atención de Enfermería, Notas de Enfermería, Estándares de Enfermería y Buenas prácticas de Almacenamiento y Manipulación de Equipos Estériles.

Con respecto al seguimiento que habría de efectuarse al plan de mejora, para cada situación encontrada se dispuso de un matriz de control y seguimiento mensual, con responsable y observaciones.

Referente a las actividades gestionadas por Educación en Servicio durante el 2018, se obtuvo que 299 funcionarios participaron de 42 actividades educativas tales como: congresos, foros, simposios, talleres, cursos de actualización, seminarios, pasantías, entre otros.

Algunos de los temas impartidos correspondieron a: Vigilancia epidemiológica, cuidado al usuario con patología cardiovascular, manejo de lesiones por presión, EDUS, anticoagulación, terapia de remplazo renal, modelo de atención del embarazo, protocolo de atención a la persona usuaria, red de servicios de enfermería.

Por otra parte, de acuerdo al Cronograma de Gestión de Fortalecimiento 2018 de la Dirección General de ese centro hospitalario, en el eje de Capacitación, se planteó:

- Capacitar a los funcionarios nuevos
- Capacitar en métodos o técnicas nuevas a utilizar en los pacientes
- Elaborar la lista de todos los funcionarios capacitados y tipo de capacitación
- Es de carácter obligatorio programar cursos de recertificación
- Trabajar en forma coordinada con el Equipo de Supervisión y los temas a desarrollar.

Esta Auditoría conoció informe de Supervisión Regional⁸, como parte del proceso de acompañamiento de esa Dirección, en el cuál se indica: "(...) se recomienda que la enfermera encargada de educación continua se recalifique al puesto de Enfermera 5, sub- directora de Educación, para mantener autoridad con el equipo de supervisión y el resto del personal de enfermería (...)".

Esta Auditoría conoció oficio EDE-HMS-0002-2018 del 4 de enero del 2018 suscrito por la Dra. Herminia Villalobos Monge, Educadora en Servicio a.i dirigido a las diferentes coordinaciones de Consulta Externa, Cirugía Ambulatoria, EDUS; Vigilancia Epidemiológica, IASS; así como Programas Especiales, en el cual les anexa el Cronograma de Educación 2018 y se insta a hacerlo de conocimiento de los colaboradores así como

⁸ Agosto de 2018.



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

a participar de acuerdo a los temas establecidos y hacer llegar calendario de fechas mensual y anual y lista de participantes.

Por otra parte, de acuerdo a nota EDE-HMS-0092-2018 del 28 de noviembre de 2018 suscrita por la Dra. Villalobos, dirigida al Dr. Jorge Sánchez Tapia, Director de Enfermería a.i en ese momento, se plantea la disconformidad por la suspensión reiterada de los espacios educativos para acompañantes de pacientes, por diversos motivos y sin previa coordinación, así como se incurre en utilizar frecuentemente el aula de Educación como “bodega de insumos”. Se indica en dicha nota que estas situaciones provocan que las charlas educativas cuando se pueden realizar se impartan en pasillos, lo que incomoda y distrae a los acompañantes de pacientes y al personal que colabora.

Al respecto de todo lo anterior, el programa de Educación en Servicio para el 2019 elaboró una programación distinta, que parte de un diagnóstico de necesidades educativas, y la elaboración de herramientas para desarrollar competencias, así como se incluyeron elementos de medición tales como la definición de metas e indicadores y los funcionarios responsables.

De lo anteriormente descrito, se deduce que el proceso de educación permanente que ha llevado a cabo la Dirección de Enfermería, no se ha desarrollado a partir de un hilo conductor. Por el contrario, ha tenido que ser replanteado en varias oportunidades.

La falta de empoderamiento en este proceso ocasiona que la oferta educativa desarrollada a lo largo del año, aunque tiene un alto valor técnico, no se ajuste necesariamente a los requerimientos formativos del personal de enfermería.

Por otra parte, los factores circunstanciales como la disponibilidad de espacio físico, la asistencia a las sesiones educativas, la carencia del establecimiento de prioridades, y el débil apoyo por parte de los diferentes niveles jerárquicos, han interferido en el impacto de dicho programa a fin conocer los posibles riesgos de exposición laboral y corregir fallas procedimentales. de potenciar prácticas de enfermería desde altos estándares de calidad.

En el caso de los Servicios de Enfermería debe considerarse que 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.

En cuanto a la educación continua en las instituciones de salud⁹ es fundamental considerar la actualización técnica de conocimientos, a fin de lograr niveles de competencia eficientes en la prestación del servicio de salud. Relevante es incluir dentro de los tópicos aquellos relacionados con la cultura organizacional, trabajo en equipo, servicio al cliente y valores, ya que el objetivo de los programas de docencia es el mejoramiento progresivo de la calidad del servicio.

Desde esta perspectiva, la propuesta educativa¹⁰ debe ser integral, capaz de motivar al funcionario, y orientada a formar un trabajador crítico, que al asumir su vida laboral logre adaptar sus características personales a los requerimientos institucionales. Así las cosas, en el campo de la educación permanente el

⁹ Malagón- Londoño Auditoría de Servicios de Salud, 2° Edición.

¹⁰ Ballinas-Aguilar Ana Guadalupe, Gómez Mejía Filiberto, Proyecto – problema: una alternativa de educación continua en la mejora de los servicios de Enfermería, Rev. Enferm. IMSS 2004; 13(39):121-122.



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

concepto de cobertura global se orienta a eliminar las interrupciones entre la educación y la formación profesional, para dar paso a un proceso continuo de formación en el trabajador.

6. DEL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.

Se procedió a revisar el cumplimiento del estándar N° 17.1, relacionado con el Sistema de Identificación de Pacientes en Hospitalización y se cotejaron las pulseras de identificación y rotulación de unidades en 19 usuarios hospitalizados, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro N° 1
Aplicación Estándar de Enfermería N° 17.1
Hospitalización en el Servicio de Cirugía- Módulo 3
Hospital Monseñor Sanabria Martínez
Marzo 2019

Aplicación de Estándar- Servicio	Pacientes revisados	# de pacientes con pulsera de identificación	# de pacientes sin pulsera de identificación
Cirugía Hombres	19	17	2

Fuente: Elaboración propia, recorrido en Módulo 3- Cirugía – 14 de marzo del 2019.

En relación con el uso de las pulseras de identificación, se localizaron 2 usuarios sin pulsera.

En lo referente a los datos registrados en las pulseras de identificación, en 10 de ellas solo se registró el nombre del usuario y los apellidos.

Referente a la rotulación de pared, se identificaron:

- 11 unidades sin rotulación de pared
- 6 unidades con rotulación incompleta por ausencia de número de cédula
- 1 unidad solamente con el número de cama colocado.

Las Normas de Control Interno¹¹, Capítulo IV sobre las actividades de control, punto 4.1 señalan:

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

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

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

¹¹ Normas de Control Interno para el Sector Público, 2009.



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

Asimismo, 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 el Profesional de Enfermería¹² a cargo del servicio:

“El cubículo no tiene rotulación, tiene alrededor de 2 años de estar abierto, anteriormente era la oficina de Supervisión de Enfermería (...) las pulseras vienen hechas desde Emergencias, pero no viene completa la información”. Indica además que *“en el caso de los ingresos de la tarde la rotulación se realiza hasta el día siguiente”*.

Sobre el mismo tema la Dra. Anita Ramírez Vallejos Supervisora de Enfermería indica¹³:

“Cuando se baña al paciente se borran los datos de la pulsera. El paciente cuando viene de Emergencias tiene que venir con pulsera y son prácticamente los de butacas, camillas y área de reconversión. El secretario del servicio tiene que hacer las rotulaciones de cada cama. El que hace el ingreso del paciente hace la pulsera y la coloca de una vez”.

En cuanto a lo referido por los usuarios que no disponían de pulsera de identificación, uno de ellos comentó *“que había ingresado en el turno de la madrugada y no le fue colocada”* y el otro usuario comentó *“que había llegado de una cirugía desde el mediodía y no le fue colocada pulsera”*. Asimismo, se indicó a esta Auditoría por parte de otro de los usuarios, que si disponía de pulsera *“en mi caso la semana anterior alrededor de 2 o 3 veces sucedió que entraron personas a visitas con mi nombre, por lo que no pude recibir a su familia y nadie revisa eso de los nombres de los pacientes, aunque ya lo he comentado al personal”*.

En revisión efectuada por esta Auditoría al registro físico denominado *“Distribución del Personal – marzo 2019- II Turno- Cirugía de Hombres”*, no se identificó como una de las actividades a realizar la verificación de las pulseras de identificación en los usuarios hospitalizados, así como en las distribuciones de trabajo del resto de los turnos, tampoco se observó.

Es relevante indicar que estas Distribuciones de Trabajo son realizadas y firmadas por Profesionales de Enfermería a cargo de cada turno de atención.

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, aunado a la circunstancia de haber experimentado con antelación, una catástrofe natural.

¹² Cédula Narrativa del 14-3-2019.

¹³ Cédula Narrativa del 14-3-2019



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

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, sobre todo si se considera que ese centro médico ya experimentó una catástrofe natural 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.

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

Se procedió a realizar prueba de auditoría relacionada con el cumplimiento del uso del gafete institucional y licencia al día para ejercer, en el Servicio de Medicina de Mujeres- Módulo 3, obteniéndose los siguientes resultados:

USO DEL GAFETE INSTITUCIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y OTROS FUNCIONARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, CCSS MARZO 2019

GRUPO LABORAL	TOTAL DE FUNCIONARIOS	LICENCIA AL DÍA	USO DEL GAFETE	
			AL DÍA	VENCIDO/CON DETERIORO
Profesionales de Enfermería	2	si	1	1 (2016)
Auxiliares de Enfermería	3	si	2	1 (2017)
Asistentes de Pacientes	1	si	-	1 deteriorado
Profesional Médico	1	*	-	1 (2017)
Instructora de Enfermería	1	si	1	-

Fuente: Revisión del 6-3-2019

Simbología: * (no se logró verificar)

Como se puede observar, 3 funcionarios del grupo de Enfermería presentaron inconsistencias en el uso del gafete institucional, por vencimiento y deterioro.

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

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

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

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

Es obligación de todos los funcionarios (as) de la Caja Costarricense de Seguro Social la portación del gafete de identificación oficial, de forma permanente y visible durante su jornada laboral y en cualquiera de las instalaciones de la Institución y/o vehículos de ésta. De igual manera mantenerlo en



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

buen estado, y sin ningún tipo de alteración que obstaculice visualizar la información que contiene en ambas caras.”

La Normativa de Relaciones Laborales de la Caja Costarricense de Seguro Social¹⁴ en el Artículo 23 indica en cuanto a la dotación y portación de carné de identificación:

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

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

El Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería¹⁵, dirigido a los tres Niveles de Atención, XII- Perfiles de Enfermería y Funciones Específicas.

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

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

Al respecto de las justificaciones ofrecidas por el personal se indicó que el caso del gafete deteriorado ya se había solicitado el cambio de este, en el caso de los vencimientos que solo se coloca un sticker para actualizar la fecha, y que el trámite en Recursos Humanos tarda mucho porque hay que ir a San José”.

En consulta¹⁶ realizada a la Dirección de Enfermería la Dra. Carmen Aguirre Quirós (en ese momento Directora de Enfermería) sobre las gestiones que deben realizar para mantener vigente el gafete institucional indicó: *“Tienen que ir a Recursos Humanos. La primera directriz es ir a San José a actualizarlo. La segunda directriz es ir a Plataforma y colocar sticker de actualización. Por deterioro el funcionario debe ir a San José por indicación de Recursos Humanos. Se les dio a los funcionarios una circular que deben portar su gafete. Se insiste en las Visitas Gerenciales y otras reuniones administrativas con el equipo de Supervisión”.*

Sobre el mismo tema el Lic. Rodolfo Canales Canales, jefe a. i. de la Unidad de Gestión en Recursos Humanos de ese centro médico refirió: *“Existe un formulario que el funcionario solicita en plataforma, y en el cual la oficina de Recursos Humanos completa la información para saber si es cambio, reposición o necesidad de actualizar la fecha de vigencia. Se le dice al funcionario o se le da la opción de escoger si Recursos Humanos le hace la gestión o prefiere ir a Oficinas Centrales. Si el funcionario dese puede cambiar su foto, actualizarla si dispone del archivo digital. Si dese quedarse con la misma foto, Recursos Humanos le hace la gestión. El trámite en Oficinas Centrales dura alrededor de 8 días. Se ha hecho hincapié en la necesidad de porta el gafete al día. A lo largo de año en que he ocupado el puesto de jefatura no se ha revisado el tema, pero si se ha hablado en Consejo Técnico. Este procedimiento así dese hace más de 6 meses. También existe otra opción es que se les facilite un gafete provisional, en caso de funcionario nuevo o si se va a tardar un poco más de lo usual en enviar la información a San José”.*

¹⁴ Aprobada por Junta Directiva, artículo 5, sesión 8474 del 21 de octubre de 2010, actualizada marzo 2017.

¹⁵ Código MT.GM.DDSS. ARSDT-070915

¹⁶ Cédula de trabajo del 6-3-2019.



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

El Lic. Canales Canales continúa: *“En el caso de las licencias para labor, en este momento se está actualizando la base de datos de Enfermería y Medicina. Recursos Humanos a todos los funcionarios se lo ha solicitado. En caso de vencimiento de licencia y en el caso de estar en propiedad, se indica al funcionario que está vencida su licencia y se le da un plazo prudencial. Con el personal interino es diferente, no se le podría gestionar un nombramiento”.*

Al respecto de las gestiones efectuadas por la Dirección de Enfermería, se conoció que durante el año 2018 se efectuó revisión de gafete en 3 ocasiones, del uso del uniforme y presentación personal en 12 ocasiones, lo anterior en reuniones de personal y visitas de supervisión a diferentes servicios de atención. En el primer trimestre de 2019, se revisó la portación de gafete en 3 ocasiones y el uso del uniforme en 3 oportunidades.

Asimismo, en cuanto a las gestiones efectuadas por la Unidad de Gestión en Recursos Humanos se conoce oficio UGRH-HMS-0555-2019 del 12 de marzo de 2019 suscrita por el Lic. Rodolfo Canales Canales, jefe a. i. de la Unidad de Gestión en Recursos Humanos y dirigida a las jefaturas Médicas, Administrativas y de Apoyo, asunto: Uso del Gafete Institucional y Licencias (requisito legal), en el cual se indica:

“(...) se les hace recordatorio sobre la obligatoriedad del uso del gafete institucional vigente, como parte de la presentación de todo funcionario de la CCSS A efectos de operacionalizar este proceso, la Unidad de Gestión en Recursos Humanos, dispone de una plataforma de Servicios, donde pueden apersonarse a realizar dicha gestión, la cual a nivel local podemos hacer la misma vía correo o bien la opción de ir personalmente a nivel central a gestionar la renovación, previo llenado del formulario que está dispuesto en el Servicio de Plataforma de Recursos Humanos. En cuanto al tema de las licencias, es importante hacer extensivo a todos los funcionarios que hacen ocupación de puestos donde el requisito legal es tener la licencia al día, requisito que permite legalmente ejercer la profesión... Así las cosas, se requiere que todo aquel funcionario que tenga la licencia vencida, se le haga saber la obligatoriedad de cumplir con este requisito y proceda inmediatamente a su renovación, presentando así copia de la misma a la Unidad de Gestión en Recursos Humanos. Para lo anterior, se requiere que se coordine a nivel de cada servicio la gestión correspondiente para cumplir esta directriz (...)”.

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

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

8. SOBRE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE MEDICAMENTOS

Se determinó que el proceso de atención de Enfermería en cuanto a la gestión de medicamentos presenta debilidades. Lo anterior; en cuanto a los temas del stock y del carro de Emergencias, condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y custodia de los medicamentos. Las pruebas efectuadas se realizaron en los servicios de hospitalización Medicina de Mujeres y Cirugía de Hombres, ambos ubicados en el Módulo 3.



8.1 DEL STOCK DE MEDICAMENTOS.

De acuerdo con la revisión efectuada al stock de medicamentos del Servicio de Medicina Mujeres, se evidenció una cantidad mayor de medicamentos de lo permitido, según el stock establecido por el Servicio de Farmacia. Al respecto, se localizaron 3 gaveteros de plástico, que suman 76 espacios físicos para almacenar diferentes tipos de medicamentos, la mayoría de ellos completamente llenos de ampollas o comprimidos según el caso. Asimismo, varios paquetes de medicamentos rotulados con nombre de usuarios que ya no se encontraban hospitalizados. (Ver anexo)

**MEDICAMENTOS EN MAYOR CANTIDAD
SEGÚN "HOJA F-29 MEDICAMENTOS DE STOCK MEDICINA DE MUJERES"
HOSPITAL MOSEÑOR SANABRIA, CCSS.**

Código del Medicamento	Nombre del Medicamento	Cuota definida	Cantidad encontrada
110-34-3420	Dexametasona 4 a 5 mg	10	12
110-25-3690	Dimenhidrato Frasco 5%/ 5 ml	5	8
110-06-3720	Dopamina 200 mg/5 ml	10	70
110-09-3940	Furosemida 20 mg	20	109
110-30-4060	Haloperidol 5 mg/ 1 ml	5	12
110-32-4300	Metoclopramida 10mg/2ml	5	14
110-46-7350	Peróxido de Hidrógeno 10 vol	1	4

Fuente: Revisión efectuada en Cuarto de Preparación de Medicamentos – Medicina Mujeres.

Además, se encontraron otros medicamentos acumulados, como se describe en el siguiente cuadro:

**OTROS MEDICAMENTOS ENCONTRADOS EN MEDICINA MUJERES,
REVISIÓN DEL 6 DE MARZO DEL 2019, HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, CCSS.**

Medicamentos	Presentación	Cantidad
Clexane	Jeringas	15 cajas (30 dosis)
Solumedrol	Frasco /ampolla	5 cajas (5 dosis)
Metronidazol	Frasco /ampolla	3 unidades
Vancomicina/Ceftazidime/Clindamicina/Amikin/ Penicilina Sódica/Penicilina Procaínica7 Cimetidina	Frasco/ampolla	110 unidades
Nistatina en suspensión	Frasco	5 unidades
Cozaar (muestra médica)		6 cajas
Apo-warfarina	Frascos	150 comprimidos
Paroxetina	Cajas	20 comprimidos
Lorazepán/ Haldol/ Lovasatina/Imipramina/Propranolol/ Coreg/ Isordil/ Ácido Fólico /Tramadol/ Micofenolato de Mofetilo	Comprimidos	733 unidades

Fuente: Revisión efectuada en Cuarto de Preparación de Medicamentos – Medicina Mujeres

En el caso del Servicio de Cirugía de Hombres, se efectuó la misma prueba y se encontraron medicamentos en cantidades que sobrepasan lo indicado, de acuerdo al listado de stock del servicio de Farmacia.



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

**MEDICAMENTOS EN MAYOR CANTIDAD
SEGÚN "HOJA F- 29 MEDICAMENTOS DE STOCK CIRUGÍA DE HOMBRES"
HOSPITAL MOSEÑOR SANABRIA, CCSS.**

Medicamentos	Presentación	Stock permitido	Cantidad
Aldol (Haloperidol 5mg/1ml)	Ampollas	5	39
Acetaminofén	Comprimidos	20	63
Bicarbonato	Ampollas	-	19
Gravol 5% /5ml	Ampollas	5	13
Furosemida 20 mg	Ampollas	20	38

Fuente: Revisión efectuada en Cuarto de Medicamentos- Cirugía de Hombres.

8.2 DEL CARRO DE EMERGENCIAS

Se procedió a revisar el Carro de Emergencias según el listado "Requisitos de Medicamentos para Stock de Carro de Paro del Servicio de Medicina", determinándose una mayor cantidad de medicamentos de lo permitido, así como medicamentos no incluidos en la lista de stock autorizada por el Servicio de Farmacia.

**MEDICAMENTOS EN MAYOR CANTIDAD Y OTROS NO AUTORIZADOS
REVISIÓN CARRO DE EMERGENCIAS SERVICIOS DE MEDICINA MUJERES Y CIRUGIA DE HOMBRES HOSPITAL
MOSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ**

Medicina Mujeres- Módulo 3		
Medicamentos	Presentación	Cantidad
Cloruro de Potasio	Ampolla	15
Dobutamina	Ampolla	1
Midazolam	Ampolla	1
Pancuronio	Ampolla	1
Metadona	Ampolla	3
Verapamilo	Ampolla	9
Sulfato de Magnesio	Ampolla	10
Digoxina	Ampolla	6
Nitroglicerina sublingual	Frasco	2
Fentanyl	Ampolla	9
Cirugía Hombres- Módulo 3		
Medicamentos	Presentación	Cantidad
Verapamilo	Ampolla	12
Nitroglicerina sublingual	Frasco	7
Diazepán	Ampolla	12
Midazolán	Ampolla	1
Fentanyl	Ampolla	11

Fuente: Revisión Carro de Emergencias Medicina Mujeres 6-3-019
Revisión Carro de Emergencias Cirugía Hombres 14-3-019

Referente a la revisión del Carro de Emergencias, en ambos servicios se localizaron medicamentos que no pertenecen al stock y productos de uso restringido también. Por ejemplo; Metadona, Midazolam, Pancuronio, Fentanilo y Diazepam. En cuanto a las cantidades en el servicio de Medicina 3, Metadona se localizaron 3 ampollas, Pancuronio 1 ampolla. Además de lo anterior, en ambos servicios Midazolam 2 ampollas, Fentanilo (20 ampollas) y Diazepam (20 ampollas) en total.



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

En el mismo orden, se verificó en el servicio de Medicina de Mujeres la existencia de 40 ampollas adicionales de adrenalina que según indican a esta Auditoría *“las mantienen porque se hace insuficiente y se utilizan para tratamientos con bombas de adrenalina”*.

Asimismo, se localizaron 11 ampollas de Clindamicina y 1 frasco de Manitol que superaron la fecha de vencimiento (enero de 2019), y 13 frasco ampollas de varios medicamentos, sin rotulación de la fecha en que fueron abiertas.

En cuanto a los medicamentos de uso oral se localizaron varios comprimidos en los cuales no se logró leer el nombre, ni fecha de vencimiento.

Relevante es mencionar que, en revisión al Carro de Medicamentos de Unidosis, se encontró en 3 ocasiones que, en algunos medicamentos orales enviados por Farmacia, no se distingue el nombre del medicamento, fecha de vencimiento (por la forma en que fueron cortados del blíster) así como no se anota la indicación completa de consumo. (ver anexos)

Con respecto a la revisión del Carro de Emergencias se localizó un registro en folder denominado *“Hoja Stock Carro de Paro 2018”* pero contenía una fórmula sin completar (ver anexo).

En relación a los registros encontrados:

-Folder *“Hoja de Stock 2018”*, y una hoja de control fechada diciembre 2018, con una firma de recibido únicamente.

-Folder *“Hoja de Devolución de Medicamentos 2018”*, con un registro del 5 de marzo de los corrientes, en el cual se devolvieron 10 frascos de Oxacilina, Penicilina Benzatínica 6 frascos y Ampicilina 40 frascos por suspensión de tratamiento y sobrantes. Esta hoja solo dispone de la forma del funcionario de Enfermería y no se determina firma del funcionario de Farmacia que recibe.

-Folder *“Hoja de Stock 2018”* con una hoja de requisición e inventario de diciembre 2018 con 1 firma de recibido.

-Folder *“Hoja Stock de Carro Paro 2018”*, en el cual se encontraron algunas hojas de control (2 de 2018 y 2 de 2019 de enero y febrero). Al respecto, relevante es indicar que en las hojas encontradas se llevó el control de las cantidades encontradas y las fechas de vencimiento.

En cuanto a la revisión de la *“Distribución de actividades por turno”*, no se logró determinar si la revisión del Carro de Emergencias, así como otras actividades relacionadas con el stock de medicamentos estuviera asignada a algún funcionario. Solo se determinó lo siguiente: (...) *Auxiliar de Enfermería que circula: prepara y administra medicamentos, mantiene el aseo y equipa (...)* “.

8.3 DEL CUARTO DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS

En cuanto al espacio físico denominado *“Cuarto de Preparación de Medicamentos”* se verificó que no es utilizado únicamente para la preparación y almacenamiento de estos productos. Tal es el caso del Servicio de Medicina de Mujeres, donde se *“acomodan”* utensilios para comer en gavetas y se *“guardan”* loncheras, bolsos, recipientes con comida, encima de la refrigeradora de medicamentos. De igual forma, se dispone de un mueble aéreo donde se almacenan utensilios de cocina, tazas, vasos, platos, cubiertos y cafeteras eléctricas encima de esta estantería, así como de una pileta para el lavado de los utensilios de cocina.



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

En el caso del Servicio de Cirugía de Hombres, en situación similar en el “Cuarto de Preparación de Medicamentos” se localizó un horno de microondas, una refrigeradora para alimentos del personal, estantería con utensilios de cocina como vasos, tazas, cubiertos, platos y alimentos.

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 Medicamentos¹⁷ capítulo 14 Áreas de Almacenamiento indica:

14.1. “No se debe permitir fumar, comer, beber, masticar, ni mantener plantas ni alimentos en las áreas de almacenamiento. Las actividades citadas anteriormente deben restringirse a áreas específicas. Estas prohibiciones deben indicarse por medio de rótulos visibles colocados a la entrada de las áreas de almacenamiento”

14.16. “Los productos farmacéuticos deben almacenarse segregados físicamente de otros tipos de productos tales como suministros de limpieza y desinfección, productos químicos, cosméticos o cualquier otro que pueda provocar contaminación cruzada”.

El Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia¹⁸ en el apartado 9 Actividades de los Servicios de Farmacia, señala como un “Subproceso de Prestación de Servicios Farmacéuticos”, Procedimiento 01. Gestión del Suministro de Medicamentos y otros Insumos y Actividad 05:

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

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

¹⁷ Gerencia Médica, 2013

¹⁸ Código MT.GM.DDSS. ARSDDT.CNSF.002,2016.



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

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

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

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

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

El Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento Conservación y Distribución de Medicamentos¹⁹ capítulo 8 “Sistema de Gestión de la Calidad”, punto 8.1 señala:

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

La Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos 2016 (LOM) en el Capítulo III Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS, apartado III.7.4 Stock de medicamentos, puntos c, d y e indica:

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

d. Identificada la necesidad de un nuevo stock de medicamentos para un servicio además de los stocks existentes que están aprobados por CCF, o la inclusión de un medicamento (s) deberá realizarse un análisis conjunto con participación de medicina, farmacia y enfermería del centro de salud; en la que se determine si realmente se justifica la necesidad de disponer de un stock, las cantidades responden a la demanda actual y estimada, de manera que sea presentada al CLF. El CLF, analiza la solicitud y emite resolución local con su respectiva recomendación, elevará la misma con su al CCF para su valoración y aprobación final.

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

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

“Esta Gerencia Médica, hace recordatorio de la importancia de establecer las medidas de control que garanticen la custodia, prescripción y dispensación de medicamentos, en los centros a sus cargos, con el fin de garantizar una gestión adecuada en la utilización eficiente de los fármacos a nivel

¹⁹ Gerencia Médica, 2013



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

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”.

En el caso de los medicamentos de uso restringido de acuerdo a la Lista Oficial de Medicamentos²⁰:

*Metadona: Analgésico/Narcótico/Antagonista -Uso Restringido: Cuidado Paliativo y Clínica del Dolor.
Pancuronio: Relajante Muscular- Uso Restringido, Exclusivo: Cuidado Intensivo y Anestesia.
Fentanilo: Analgésico/Narcótico/Antagonista - Uso Restringido: Anestesia y Cuidado Intensivo para ventilación mecánica invasiva y en Servicios de Emergencia, siempre y cuando el servicio disponga de las condiciones idóneas para el cuidado clínico de alta complejidad.
Midazolam: Sedante /Hipnótico/Ansiolítico- Uso exclusivo: Anestesia, Psiquiatría y Unidad de Cuidado Intensivo*

Acerca de la prueba realizada²¹ se indica a esta Auditoría: (...) *si existe un sistema de stock de medicamentos y que de rutina se hace en el turno de la noche, se entrega pedido a la Farmacia 5 am y lo despachan 3 pm. En cuanto a los medicamentos de uso restringido permanecen en el carro de emergencias; como por ejemplo la Morfina. La revisión del Carro de Emergencias lo debe hacer el Profesional de Enfermería por turno. No se cumple con el cronograma de revisión establecido. El Carro de Emergencia se maneja sin llave, si se ocupa Morfina se saca y se usa, el carro está cerca de la Estación de Enfermería (...)*

Se continúa indicando: “(...) *en relación a las áreas dispuestas para medicamentos originalmente eran para área de alimentación, pero se abrió el comedor satélite que queda afuera para todos los funcionarios de este módulo. Las cafeteras eléctricas son para calentar agua a los pacientes porque no hay agua caliente disponible. El personal trae vaso, cuchara y tenedor porque el hospital no dispone. Después de las 7 pm no hay donde comer, ni bañarse etc. y los funcionarios, la mayoría trabaja dos turnos, el comedor funciona de 5 y 30 am hasta las 6 y 30 pm (...)*”.

La Dra. Carmen Aguirre Directora de Enfermería y la Dra. Ivannia Cubillo Medina Sub- Directora Clínica indican respecto a las causas: “*se afecta la priorización de acuerdo a los procedimientos, justificando con la atención de pacientes, minimizando los procedimientos administrativos. También la falta de una supervisión efectiva y concientizada, monitoreos eficaces y la falta de aplicación de las normas correspondientes”.*

La Dra. Iveth Aguilera Barquero, Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Monseñor Sanabria indica:

(...) el servicio realizó una actualización de los requerimientos de stock para cada servicio, y en el caso de enfermería se les remitió un archivo en PDF con lo establecido. La recepción es hasta las 9 am y a partir de las 2 pm ya están preparados para retirar. De los medicamentos evidenciados por la Auditoría en el servicio de Medicina de Mujeres – Hospitalización, la gran mayoría no son medicamentos de stock. El Micofenolato de Mofetilo es un medicamento de alto valor y es solamente para pocas especialidades- Inmunología- Reumatología, Nefrología y Gastroenterología, pero para condiciones específicas. En el caso de la Penicilina Benzatínica, es también un producto de indicaciones específicas como blenorragia, profilaxis de fiebre reumática, y en pacientes con infecciones por estreptococos que no tienen disponible la vía oral. Los 2 frascos de fluconazol son de uso exclusivo de Infectología y de la unidad de Cuidados Intensivos, se entregan diariamente cuando hay un paciente, por lo que no debería existir sobrantes sin justificación. En cuento a la

²⁰ Actualizada al 26-3-2018.

²¹ Cédula de trabajo del 6-3-2019



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

Inmunoglobulina, no debería de estar en este momento en Medicina de Mujeres, según revisión del sistema en este momento no tenemos consumo, ya que es un medicamento sumamente restringido y de mucho valor (...)

En consulta sobre la revisión del Stock por parte del Servido de Farmacia indica: *“el servicio de farmacia cuenta con un funcionario que mensualmente revisa las cantidades de stock, de acuerdo con lo ya definido para stock en cada servicio en el hospital. Además, cuando el personal de farmacia realiza la revisión mensual, solamente se realiza del stock de medicamentos y no de aquellos que estén fuera de este, también, cuando se efectúa el procedimiento, generalmente el funcionario lo realiza solo y al momento de solicitar firma de aval de lo evidenciado, el personal de Enfermería en su mayoría no desea firmar indicando que no es responsabilidad de ellos.*

En relación a “Hoja Stock de Carro Paro”, la Dra. Aguilera indica²²: *“(...) nadie se ha reunido para solicitar actualización del Carro de Paro (...)*”.

Asimismo, se consulta a la Dra. Aguilera Barquero sobre las normas establecidas para el control de medicamentos de uso restringido y refiere lo siguiente:

(...) En cuanto a los Psicotrópicos y estupefacientes no debe de haber stock por el tipo de medicamento, solo se despachan contra receta. Los estupefacientes se entregan versus expediente de salud o revisión del EDUS, lo anterior, para evitar el mal uso de estos medicamentos, las dosis que están indicadas a los pacientes no deben estar a la libre por ser de uso regulados por la Junta de Drogas y Estupefacientes.

Medicamentos como Metadona, Fentanilo, Midazolam, y Pancuronio no deben estar en un carro de emergencias abierto, ya que deben de encontrarse bajo custodia (...).

Sobre la preparación adecuada de medicamentos mediante el sistema de Unidosis la Dra. Aguilera Barquero indica: *(...) si el blíster no indica el nombre o no logra leerse, debe reempacarse de forma tal que se indique el nombre y fecha de vencimiento del medicamento (...)*”.

Respecto a las gestiones efectuadas por el Servicio de Enfermería se conoce oficio DE-HMS-0123-2017 del 10 de febrero de 2017 en el cual el entonces director del Servicio de Enfermería, Dr. Andrés Trigueros Fernández solicitó a la Dra. Iveth Aguilera Barquero, jefe del Servicio de Farmacia *“colaboración para que se nos facilite en formato digital el stock de medicamentos actualizado por servicio”*. Por su parte la Dra. Iveth Aguilera Barquero envió las hojas de stock de los servicios de hospitalización, incluidos Medicinas y Cirugías.

Asimismo, la Dra. Iveth Aguilera Barquero mediante correo electrónico del 22 de enero del 2018 enviado a la Dirección Médica, y diferentes jefaturas médicas y de enfermería les manifiesta: *“(...) se procedió a efectuar una actualización de la cuotas de acuerdo al consumo de un año presentado por cada área que requiere stock, se hace envío de todos los nuevos listados para cada servicio, a partir del 1 de febrero del año en curso la Farmacia solo recibirá solicitudes de stock en estas hojas, cada servicio es responsable del tiraje de las solicitudes, así como de las cantidades almacenadas en su servicio, que cumplan con las condiciones mínimas de almacenamiento mínimas, así como la rotación del inventario y evitar cantidades mayores a las autorizadas en el stock, esto ha conllevado un trabajo de un mes par atener la cuotas actualizadas de acuerdo a los consumos reales. Sería muy importante, que la Dirección de Enfermería le haga llegar a los listados a los diferentes servicios (...)*”

²² Cédula narrativa del 26-3-019



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

En el mismo orden de ideas la Jefatura de Farmacia aporta, la revisión de stock²³ efectuada a los Servicios de Neonatos, Lactantes y Recuperación en donde se detectó mayor cantidad de medicamentos de lo definido en las listas de stock correspondientes, en 29 de ellos.

Las situaciones evidenciadas en la gestión de medicamentos obedecen a debilidades en el control interno, a nivel de coordinación entre disciplinas y del proceso de supervisión, ya que no se fiscaliza en forma sistemática y continua, la ejecución de las normas ya establecidas. Las jefaturas de enfermería a cargo de los diferentes servicios de hospitalización no desarrollan a cabalidad las actividades de control correspondientes, en las cuales revisen la ejecución de los diferentes procedimientos de atención del usuario involucrados o atinentes a la gestión de medicamentos.

Lo anterior ocasiona que hábitos y costumbres de trabajo que no se encuentran alineados a las normas técnicas institucionales, no se corrijan de forma efectiva. De esta forma, se refleja la necesidad del personal de interiorizar las normas técnicas de asepsia establecidas y los requerimientos propios de conservación, almacenamiento de productos farmacéuticos, a fin de ofrecer a los usuarios tratamientos o terapéuticas seguras. Asimismo, no se logró verificar la implementación de una cadena de custodia efectiva de los mismos.

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

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

9. SOBRE LA ADHERENCIA A LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS.

Esta Auditoría procedió a verificar en el Servicio de Medicina, el grado de adherencia a la higiene de manos, por parte del personal de salud de Enfermería, usuarios hospitalizados y visitantes. En el mismo orden de ideas, se identificaron debilidades en cuanto a los siguientes suministros:

Dispensador para alcohol en gel: Solo en un cubículo
Alcohol en gel: No se disponía de alcohol en gel en 4 cubículos de atención
Servilletas / Toallas de papel: No se disponía en 1 cubículo de atención.

Utilizando la observación simple de los procesos de atención cotidianos se determinaron algunas debilidades, como se muestra en el siguiente cuadro:

²³ Revisiones efectuadas el 4/3/2019 y el 6/3/2019



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

**OBSERVACIONES RELEVANTES SOBRE LA ADHERENCIA A LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS,
SEGÚN GRUPO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA,
HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, CCSS, NOVIEMBRE 2018.**

Grupo observado	Observaciones Relevantes
Personal de Enfermería	Realiza el lavado de manos con agua y jabón (<i>en todos los casos observados</i>).
Personal Médico y de Terapia	Profesional Médico (interno y especialista) cuando finaliza la atención del usuario especializado, no se lavan las manos. Terapeuta se retira los guantes que usó para atender usuario y no se lava las manos.
Usuarios hospitalizados	Realizan el lavado de manos con agua y jabón (<i>en todos los casos observados</i>)
Visitantes	No realiza el lavado de manos correctamente, únicamente utiliza agua. (un <i>caso observado</i>) Realizan el lavado de manos con agua y jabón.

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

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

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

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

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

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

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

Esto significa que:

- el uso de guantes no modifica en modo alguno las indicaciones para la higiene de las manos y, sobre todo, no sustituye a la higiene de las manos;
- la indicación de la higiene de las manos implica la necesidad de quitarse los guantes para realizar la acción. Cuando una acción de higiene de las manos justificada por una indicación coincide con el uso de guantes, debe realizarse inmediatamente antes de ponerse los guantes o inmediatamente después de quitárselos. Si fuera necesario, se quitarán los guantes y se cambiarán para llevar a cabo la siguiente acción de higiene de las manos.



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

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

Cabe señalar que, si el uso de guantes impide el cumplimiento de la higiene de las manos en el momento correcto, representa un importante factor de riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes y de difusión de los gérmenes en el medio asistencial. La higiene de las manos es imprescindible para usar los guantes. Si no es posible cumplir plenamente este requisito en el marco de la aplicación de las precauciones referentes al contacto, es preferible no usar guantes y realizar una higiene óptima de las manos en aras de la protección del paciente y su entorno”.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente¹³ señala:

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

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

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

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

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

(...) Las buenas prácticas de asepsia en la atención de las personas usuarias contribuyen a disminuir la concentración microbiana y la incidencia de las IAAS.

Enfermería comparte con otros miembros del equipo de salud, la responsabilidad de disminuir el riesgo de contraer IAAS.

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

Sobre las disconformidades encontradas se indica²⁴ lo siguiente: *(...) el hospital tiene un compromiso con el Programa Manos Limpias, el alcohol gel lo pide Enfermería por stock a Farmacia, pero puede ser que no alcance. El profesional de Enfermería en el tercer turno es el que lo debe solicitar. El alcohol en gel en algún momento se lo han llevado los pacientes, incluso hay casos de pacientes que lo han ingerido (...).*

La Dra. Aguilera Barquero, Jefe del Servicio de Farmacia indica²⁵ al respecto: *“(...) en cuanto a la solución alcohólica, es despachada por la Farmacia y se encuentra incluida en la “Hoja de Requisición para Reposición*

²⁴ Cédula de trabajo del 6-3-2019.

²⁵ Cédula Narrativa del 26-3-2019.



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

de Stock”, lo anterior de acuerdo a la Estrategia Multimodal con 20 frascos por servicio, y sin embargo en el caso de necesitar más, para eso está la hoja indicada anteriormente (...)”.

Esta Auditoría conoció oficio CIAAS-HMS-025-2017 del 31 de julio 2017 suscrito por la comisión Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y dirigido a las Jefaturas Médicas, Administrativas y de Apoyo en el cual se indica: (...) Se le recuerda a todo el personal tanto clínico como administrativo y de apoyo, la obligación de cumplir con la sana práctica de realizar la **Higiene de manos (Lavado Clínico)** antes y después de ingresar al hospital, servicio de hospitalización o atención de pacientes y específicamente en los cinco momentos de atención o contacto con el usuario y su entorno, según ya está establecido por la OMS. Para que esta práctica se realice oportunamente, todos los lavamanos deben estar limpios, equipados con jabón y servilletas, en dispensadores, limpios funcionales, además contar con su respectivo recipiente para residuos (...) “

(...) Es deber de todo trabajador de la institución realizar la **Higiene de Manos- (Lavado Clínico)**, antes y después de ingresar a los servicios, para realizar entregas o retiros de materiales, inventarios, monitoreos, revisiones, reparaciones, visitas, procedimientos, consultas, valoraciones etc., esta práctica aplica para todos los servicios de hospitalización y críticos (...)

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

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

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

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

10. INCONSISTENCIAS DE CONTROL INTERNO EN LAS BODEGAS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

Esta Auditoría producto de la revisión a las bodegas de almacenamiento de materiales e insumos que se encuentran ubicadas en los servicios de Medicina de Mujeres, Servicio de Emergencias y Cirugía de Hombres y Mujeres, determinó deficiencias de control interno en cuanto a la planificación y distribución de insumos, y control de inventarios.

- **Planificación y distribución de insumos:**

Se verificó que los diferentes servicios de enfermería solicitan insumos y materiales para abastecer sus bodegas, de acuerdo a las fechas preestablecidas para la solicitud y entrega de estos; no obstante, no se lleva un control adecuado de las cantidades o consumos mensuales que coadyuvan al control.



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

También, se carece de evidencia documental a fin de verificar quien realiza las solicitudes de inventario en los servicios, a excepción del servicio de Emergencias, en donde el pedido es solicitado por el Profesional de Enfermería, sin embargo, quien recibe dicho pedido puede ser cualquier otro funcionario que se encuentre con menos trabajo de acuerdo a la carga laboral asignada, y lo revisa el asistente de pacientes que esté encargado de “mandados”.

En el caso de Cirugía de Hombres y Mujeres, se evidenció que el espacio para bodegas es compartido y se utiliza sin restricción de ingreso del personal.

- **Inventarios**

De los inventarios realizados a las diferentes bodegas, (Medicina Mujeres, Cirugía Hombres y Emergencias) se evidenció que los materiales e insumos carecen de un control de vencimientos, como también no se realiza la rotación de estos. Ver anexos

Ejemplo de lo anterior es material vencido de 2014 y 2018. Los materiales e insumos corresponden a bolsas plásticas para drenaje de colostomía e ileostomía 107 unidades, trocar 5 unidades, 14 cajas de agujas para inyección intramuscular, 6 tubos de crema conductora, 4 catéter umbilical, entre otros. De igual forma se encontró material en el que no se logró distinguir la fecha para determinar su caducidad.

Por otro lado, en el servicio de Emergencias las soluciones endovenosas se consumen sin considerar la utilización de aquellos productos con fechas de vencimiento más próximo, sino que se utilizan las de vencimientos más largos (caso de la Dextrosa al 5%). Aunado a lo anterior, se evidenció almacenamiento y mezcla de soluciones en un mismo compartimento, lo que podría inducir a errores en la aplicación de tratamientos.

La Ley General de Control Interno en el artículo 16. _ Sistemas de Información, establece:

“Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiéndose esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativas y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.

En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:

...c) Establecer las políticas, los procedimientos y recursos para disponer de un archivo institucional, de conformidad con lo señalado en el ordenamiento jurídico y técnico.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.1 Actividades de Control, señalan que:

“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



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

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...”

La Ley -8131- de Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, señala en el artículo 5 - Principios presupuestarios-, incisos e y f:

“...e) Principio de programación. Los presupuestos deberán expresar con claridad los objetivos, las metas y los productos que se pretenden alcanzar, así como los recursos necesarios para cumplirlos, de manera que puedan reflejar el costo.

f) Principio de especialidad cuantitativa y cualitativa. Las asignaciones presupuestarias del presupuesto de gastos, con los niveles de detalle aprobados, constituirán el límite máximo de autorizaciones para gastar. No podrán adquirirse compromisos para los cuales no existan saldos presupuestarios disponibles. Tampoco podrán destinarse saldos presupuestarios a una finalidad distinta de la prevista en el presupuesto, de conformidad con los preceptos legales y reglamentarios”.

El Instructivo que regula los faltantes de activos y suministros en la CCSS, indica en artículo 11, inciso 3:

“3) Los funcionarios que administran medicamentos y suministros para realizar las labores asignadas, serán responsables de su custodia, uso y cuidado y están en obligación de presentarlos cuando la administración así lo requiera, todo conforme lo estipula el artículo 18 de la Normativa que Regula Las Relaciones Laborales en la Caja”.

Por otra parte, los artículos 19 y 20 de ese mismo instructivo establecen:

“Artículo 19: Responsables por los faltantes y sobrantes de inventario. Todo Jefe de Unidad de trabajo responderá ante la Caja por el faltante detectado en su inventario que no cuente con el justificante válido por la ausencia física del o los productos, salvo aquellos casos en que se logre individualizar o personalizar la responsabilidad en otro funcionario por hechos dolosos o negligentes, lo cual se deberá demostrar en la respectiva investigación preliminar para esclarecer la verdad real de los acontecimientos que originaron el faltante”.

“Artículo 20: Los faltantes serán analizados por la jefatura del Servicio y su superior, quienes determinarán si hubo responsabilidad del funcionario encargado de la custodia de la existencia. Para eso verificarán los documentos justificantes que presente el Jefe o encargado del Almacén de Medicamentos o la Proveeduría, o la bodega respectiva según sea el caso de existir responsabilidad de algún funcionario se procederá conforme lo establece el presente instructivo en el capítulo correspondiente a sanciones, así como lo establecido en el artículo N° 18 de las Normas que regulan Las Relaciones Laborales de la Caja y las Normas y Políticas Institucionales en materia de sanciones disciplinarias”.

El Dr. Jácomo Aguirre, del Servicio de Mujeres indicó que la situación encontrada obedece en parte:

“(...) en caso de una emergencia para tener todo al alcance (...)

El Sr. Gilberth Hernández Moreira, secretario de Medicina de Mujeres, indicó que su persona es la que dispone de acceso al sistema para realizar los pedidos de insumos, y mencionó que se le envía un “borrador” con los apuntes para realizar la carga o solicitud.



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

Por otro lado, se indicó por parte de la Dra. Marisol Hampton García, en calidad de suplente del titular - Carmen Soto Miranda-, y el Dr. Jorge Sánchez Tapia, en calidad de supervisor al 8 de marzo 2019, que en el Servicio de Emergencias disponen de 2 bodegas de abastecimiento.

Se indicó por parte de la Dra. Marisol Hampton García, enfermera, y el Dr. Jorge Sánchez Tapia, que “...los espacios asignados para bodega son muy pequeños y no cumplen especificaciones”.

Esta auditoría evidenció oficio AGBS-HMS-0241-2018, del 23 de julio 2018, suscrito por el MBA. Cesar González Baltodano, Jefe del Área de Gestión de Bienes y Servicios, en el cual comunica al Lic. Miguel Ernesto Carranza, facilitador de Control Interno, la ejecución de inventarios a bodegas del hospital en el cual se incluyen las de Enfermería, determinando la cantidad de sobre existencias, vencimientos y otros puntos, en el Servicio de Emergencias, Medicina de Mujeres, Bloque Estancia Programada, Cuidados Intensivos, Centro de Equipo y Terapia Respiratoria.

En relación con las debilidades e inconsistencias en el manejo de las bodegas de materiales e insumos presentadas por el Servicio de Enfermería, se consultó al Br. Marvin Urbina Santamaría, coordinador de la SubÁrea de Recepción, Almacenamiento y Distribución, acerca de los stocks que debía de tener cada servicio, sin embargo, indicó que a la fecha se había trabajado por experiencia, pero, que a partir del 2019 se implementó un sistema de Control de Inventario.

Es criterio de esta Auditoría indicar que las debilidades detectadas obedecen al incumplimiento de la normativa institucional técnica y de control interno, así como a la falta de oportunidad en la gestión por parte de la Administración Activa para regular y corregir lo evidenciado, siendo que, las falencias en relación con los inventarios, vencimientos y otras evidenciadas por este Órgano de Control Fiscalización, ya habían sido comunicadas anteriormente en el oficio AGBS-HMS-0241-2018 antes mencionado.

Las debilidades descritas, además de constituir incumplimiento del sistema de control interno, genera un alto riesgo para la institución debido al costo de los insumos y materiales que se encuentran en cada una de las bodegas, con las consecuentes pérdidas económicas e imputación de responsabilidades administrativas.

En ese sentido, las autoridades instituciones son las responsables de establecer, mantener y evaluar el control interno, en lo que respecta al estricto uso de los insumos y materiales.

Cuando se carece de informes y de una rendición de cuentas en el tema de inventarios, se estaría en detrimento del control y se aumentan las posibilidades de materializar un riesgo por faltantes, sobrantes o vencimientos, lo que afectaría la toma de decisiones y el poder determinar desviaciones.

CONCLUSION

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 esta práctica es el cuidado de la persona que vive una experiencia de salud y 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.

Por lo anterior, 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 que de esta forma se valide la aplicación de aspectos técnicos y operativos que garanticen el servicio brindado.



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

En el caso de la Dirección de Enfermería de este centro médico el proceso de aseguramiento de la calidad en la atención de Enfermería requiere ser fortalecido desde los elementos de dirección, conducción, supervisión y educación continua.

La falta de actividades de supervisión continua, de ejercicios de observación y otras estrategias de aprendizaje o reforzamiento de conductas, así como la necesidad de un proceso de interiorización por parte del personal de Enfermería que brinda el cuidado, del proceso de atención en salud desde el ámbito legal, favorece que en la práctica cotidiana se afecte la calidad de la atención, y no se cumpla con los estándares mínimos aceptables.

En lo relativo al Programa de Educación Continua se evidenció la conveniencia de consolidar y empoderar este Programa, en cuanto a la disponibilidad del recurso humano, infraestructura y equipamiento necesario, para materializar una propuesta de formación educativa de calidad, continua y progresiva.

En lo referente al cumplimiento de estándares de enfermería se detectaron debilidades relacionadas con la identificación del paciente (estándar 17.1), uso del gafete institucional por parte de los trabajadores, y en la gestión de medicamentos, específicamente en cuanto al stock y carro de Emergencias, condiciones de almacenamiento, conservación, preparación y custodia de los medicamentos.

Asimismo, el proceso de adherencia a las prácticas higiénicas de lavado de manos requiere de ser interiorizado por el personal de enfermería y de otras disciplinas que brindan cuidado directo a los usuarios hospitalizados.

Aunado a lo anterior, producto de la revisión a las bodegas de almacenamiento de materiales e insumos que se encuentran ubicadas en diferentes servicios de atención, se determinó deficiencias de control interno en cuanto a la planificación, distribución de insumos, y control de inventarios.

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. RANDALL ÁLVAREZ JUÁREZ, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL VÍCTOR MANUEL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

En coordinación con la Dirección de Enfermería y de acuerdo a lo descrito en el hallazgo N°5 sobre el proceso de educación permanente y la necesidad de mantener una oferta educativa de calidad que impacte en la prestación del cuidado al usuario, analice la gestión efectuada en el Programa de Educación Continua, y la conveniencia de consolidar y empoderar este Programa, en cuanto a la disponibilidad del recurso humano, infraestructura y equipamiento necesario, para materializar una propuesta de formación educativa continua y progresiva.



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

Aunado a lo anterior; y a partir de un diagnóstico de necesidades, se desarrolle una programación integral ajustada a los requerimientos institucionales detectados, ya sea en tópicos como el reforzamiento de las técnicas y/o necesidades de actualización, cultura organizacional, valores, entre otros aspectos.

Asimismo, como complemento a la propuesta educativa generada, se elaboren 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: 6 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.

2. AL DR. RANDALL ÁLVAREZ JUÁREZ, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL VÍCTOR MANUEL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

En coordinación con la Comisión Hospitalaria Local de Vigilancia Epidemiológica (CLHOVE) y la Comisión Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (CIAAS) de conformidad con el hallazgo 9, elaboren un plan de trabajo mediante el cual se establezcan las medidas de control para el mejoramiento de las prácticas sanitarias en cuanto a Higiene de Manos y otros procedimientos de la técnica aséptica, definidos en la normativa técnica institucional y que son requeridos en la atención directa del usuario, en los diferentes servicios de hospitalización. En esta planificación se deberá considerar, el desarrollo de estrategias pedagógicas que refuercen conceptos, procedimientos y técnicas que impacten en forma positiva y refuercen en los funcionarios, una actitud responsable y así disminuir prácticas reincidentes inapropiadas.

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

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

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

3. AL DR. RANDALL ÁLVAREZ JUÁREZ, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL VÍCTOR MANUEL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

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



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

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

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

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

4. AL DR. RANDALL ÁLVAREZ JUÁREZ, DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL VÍCTOR MANUEL MONSEÑOR SANABRIA MARTÍNEZ, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

Emitir un recordatorio a las Jefaturas Médicas y Administrativas acerca de la importancia de los inventarios en cada una de las bodegas que dispongan en su Servicio, y el cumplimiento de la normativa técnica que rige la materia.

Con la asesoría técnica oportuna, analice las causas que motivaron las deficiencias evidenciadas en las bodegas de los Servicios de Enfermería revisados por esta Auditoría, en el hallazgo 10 del presente informe, relacionados la falta de controles, seguridad, vencimientos de insumos y materiales, entre otros, y de los resultados obtenidos, implementar un plan de mejora, además, de fortalecer la gestión de los procesos establecidos.

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

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá disponer del recordatorio emitido y el recibido por los servicios correspondientes. De igual forma la Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste las acciones y/o gestiones adoptadas, así como su debida documentación. Además, y con el apoyo de las instancias técnicas y administrativas responsables de los procesos sustantivos relacionados con este tema, aportar el plan de mejora relacionado con las deficiencias evidenciadas en las bodegas de Enfermería. Por cuanto el fin de la recomendación emitida es generar una concientización acerca de la responsabilidad de cuidar y optimizar el patrimonio institucional.

5. A LA DRA. CARMEN LOAIZA MADRIZ, COORDINADORA NACIONAL DE ENFERMERÍA O A QUIÉN OCUPE SU CARGO.

En conjunto con la Dirección de Red Integrada de la Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central y considerando que los resultados de la presente evaluación evidencian que el proceso de acompañamiento no ha resuelto los principales problemas que presenta el Servicio de Enfermería del Hospital Víctor Manuel Monseñor Sanabria, en cuanto a organización, dirección, control y evaluación, llevar a cabo las acciones que sean procedente para que en definitiva se atiendan estas debilidades y con ello se mejore la gestión del servicio.

Al respecto, se deberá generar una herramienta de seguimiento que contenga actividades, responsables y plazos de cumplimiento, de tal manera que se garantice en forma concreta y precisa un mejoramiento sostenible, del cambio estratégico y operativo que se pretende lograr en la gestión técnica y administrativa de esa Dirección de Enfermería.



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

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

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, la Coordinación deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento que evidencie en todos sus alcances, la evaluación realizada, así como el sistema de seguimiento implementado y los resultados obtenidos de acuerdo al período establecido.

6. A LA DRA. YAHARA HERRERA RIVERA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU CARGO

De conformidad con el hallazgo 2, realice un análisis sobre el cumplimiento de las metas del Plan Presupuesto 2017 y 2018, con la finalidad de determinar cuáles fueron aquellos factores que no permitieron obtener un resultado razonable, tomando en cuenta las del período 2016, así como también las partidas variables de Personal Sustituto y Tiempo Extraordinario -2017 y 2018-, con el propósito de modificar los parámetros que sean necesarios para una optimización de los recursos disponibles.

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 y separadas por punto si así lo amerita, por cuanto el fin de la recomendación emitida es fortalecer los servicios de salud.

7. A LA DRA. YAHARA HERRERA RIVERA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU CARGO

Considerando que los resultados obtenidos en el hallazgo 3 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 la planificación y 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: 6 meses a partir del recibo de este informe.

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

8. A LA DRA. YAHARA HERRERA RIVERA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU CARGO

De conformidad con el hallazgo 4 sobre la elaboración de los Roles de Enfermería y la necesidad de fortalecer el proceso mediante una herramienta informática, defina la fase de implementación actual, y establezca fechas, responsables u otros factores que considere pertinentes, a fin de lograr un mayor aprovechamiento del tiempo, en las labores de supervisión a la calidad técnica de la atención al usuario y disminuir el margen de error en la programación de las respectivas jornadas de trabajo.

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



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

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, la Dirección de enfermería deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste el avance en la implementación de esta herramienta, en los diferentes procesos definidos para fortalecer la gestión administrativa de ese servicio de atención.

9. A LA DRA. YAHARA HERRERA RIVERA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

De acuerdo a las situaciones evidenciadas en el cumplimiento de Estándares de Enfermería, en cuanto a la identificación de pacientes, en el área de hospitalización, esa Dirección de Enfermería en coordinación con el equipo de supervisión, deberá elaborar un análisis de las situaciones evidenciadas y los métodos de trabajo vigentes y elabore un plan de aseguramiento de la calidad que incorpore estrategias de capacitación y control que favorezcan la interiorización de estos indicadores de calidad en el personal de enfermería Profesional y Técnico.

En el caso del estándar 17.1 relacionado con la identificación del paciente hospitalizado, desarrollar medidas de control que propicien en el personal que brinda atención directa, cumplir con este indicador a fin de disminuir la exposición al riesgo y lograr niveles óptimos de cumplimiento.

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

Esta recomendación se dará por atendida, al disponerse de la aprobación de la Dirección Médica, del Programa de Aseguramiento de la Calidad (ámbito de aplicación, cronograma de cumplimiento, responsables y producto esperado) y de los avances en la implementación de este.

10. A LA DRA. YAHARA HERRERA RIVERA DIRECTORA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA, O A QUIEN OCUPE SU LUGAR

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

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

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

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

COMENTARIO DE INFORME

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, se procedió a comentar los resultados del estudio el 26 de junio de 2019 en la sala de reunión de la Auditoría con el Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General del Hospital Monseñor Sanabria Martínez, Dra. Josefa Yahara Herrera Rivera, Directora Servicio de Enfermería, Dra. Ivannia Cubillo Medina, Sub Directora Clínica y

AI-ATIC-F002 (Versión 1.0) - Página 44 de 48

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





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

el Dr. Fernando Sandí Noguera, Sub Director Administrativo del mismo servicio de atención. Asimismo, el 17 de julio de 2019 se comentó el informe con la Dra. Jacqueline Monge Medina, Asistente de la Coordinación Nacional de Enfermería, Gerencia Médica.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Dra. Rebeca Guillén Hidalgo
ASISTENTE DE AUDITORIA

Lic. Javier Robledo Mendoza
ASISTENTE DE AUDITORIA

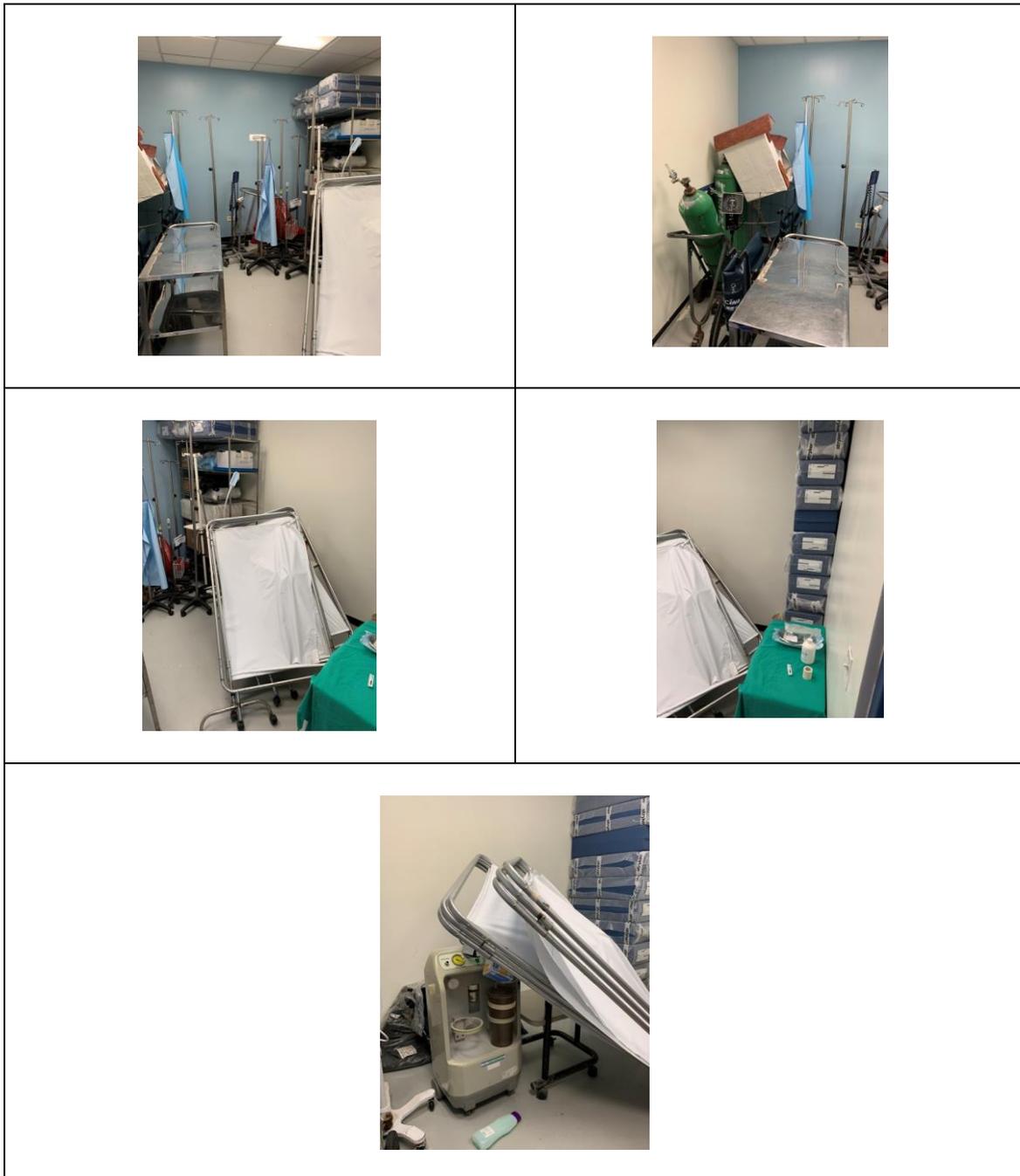
Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE DE ÁREA



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

ANEXOS

Revisión de Bodegas- Equipos Varios Medicina Mujeres – Módulo 3

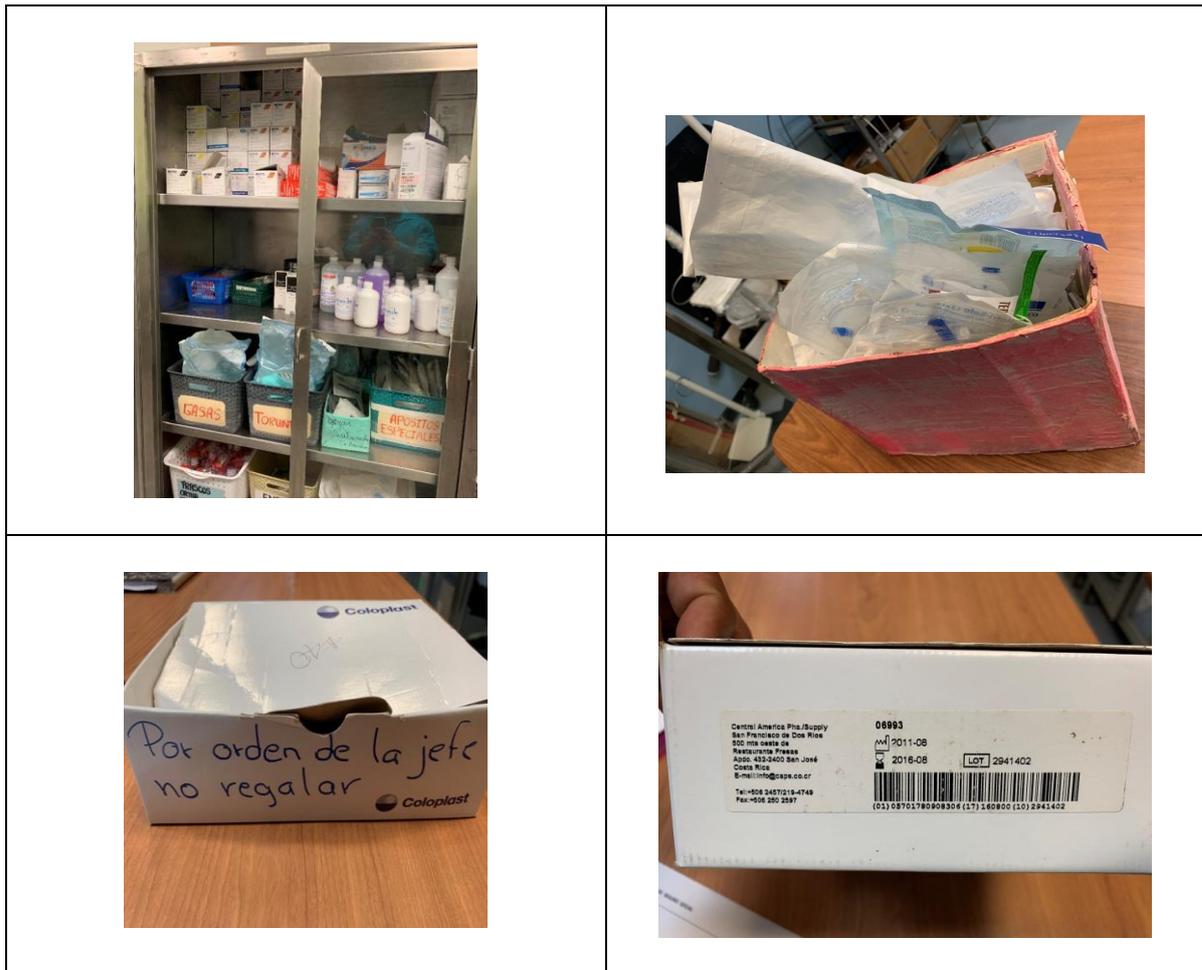


Apoyo fotográfico del 6-3-2019



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

Bodega de Insumos de Enfermería en el Servicio Cirugía Hombres y Mujeres Módulo 3

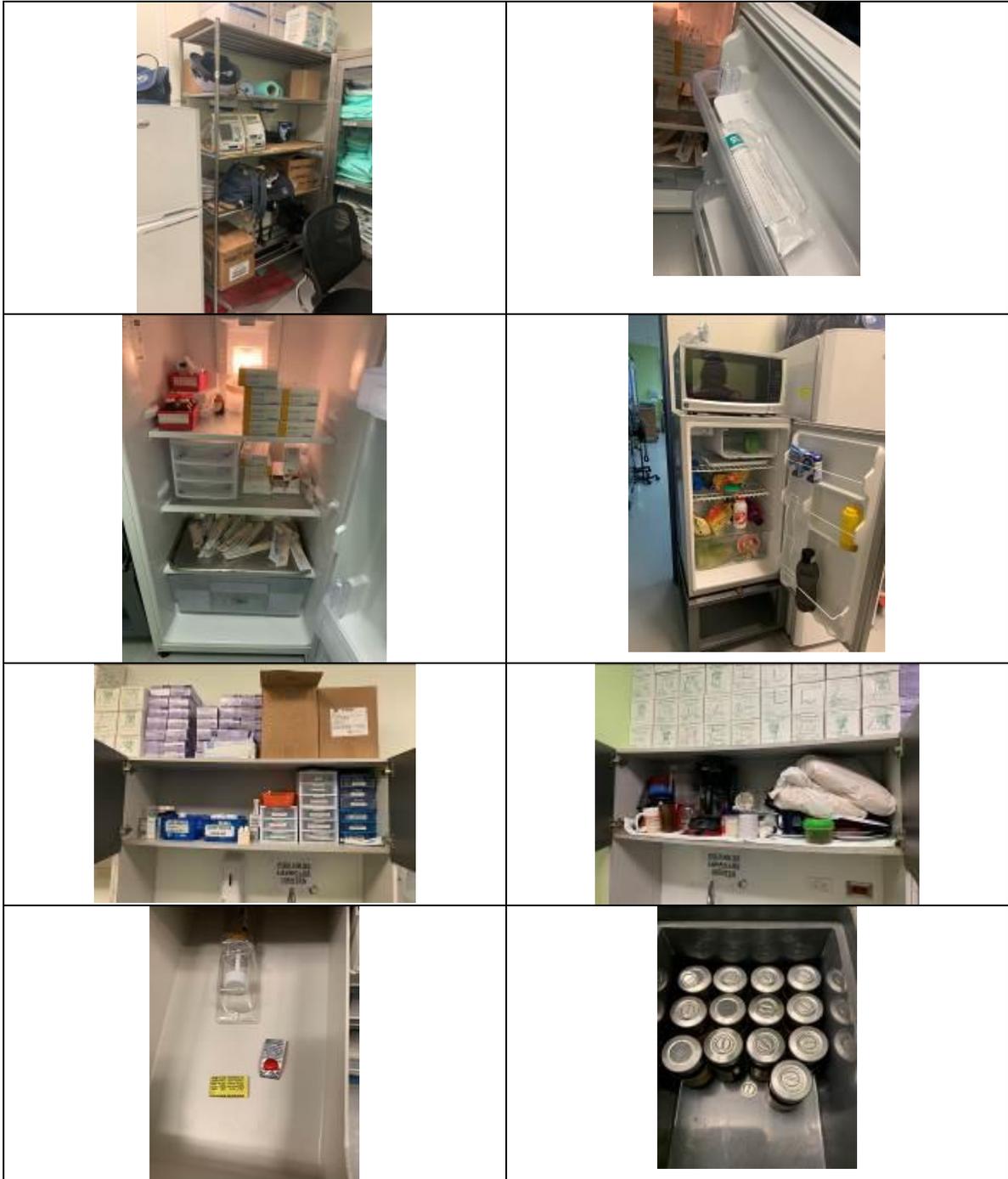


Apoyo fotográfico del 14-03-18.



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

Cuarto de Preparación de Medicamentos – Cirugía de Hombres – Módulo 3



Apoyo fotográfico del 14-3-2018.