



**AAO-056-2022**  
15 de septiembre de 2022

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área de Auditoría Operacional 2022, con el fin de evaluar la gestión administrativa y operativa efectuada en el desarrollo de proyectos de obra pública y el mantenimiento del recurso físico existente en la región Pacífico Central.

En cuanto a la gestión de proyectos, se determinaron debilidades en la priorización, calidad de la información, consolidado de iniciativas, proceso de planificación, trazabilidad, ejecución, continuidad del portafolio y fase de cierre.

En relación con las actividades sustantivas, se evidenció que el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central (ARIM-PC), estableció sus funciones de conformidad con la gestión que desarrollan, no obstante; se determinaron oportunidades de mejora en la definición de esas funciones, para que contribuyan al cumplimiento integral de los objetivos 1 y 5 del acuerdo de Junta Directiva de la Institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005, relacionado con la propuesta de la creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento. Asimismo, se determinó que el Plan Presupuesto Regional de los periodos 2020-2021, posee 36 y 32 indicadores respectivamente, sin embargo, ninguno corresponde a actividades sustantivas desarrolladas por el ARIM-PC.

También, se comprobaron oportunidades de mejora en el estado del recurso físico de 36 edificaciones de la región, en virtud del deterioro y daño observado principalmente en las instalaciones eléctricas, mecánicas y arquitectónicas, lo anterior como resultado del recorrido efectuado entre el 7 y el 18 de marzo del 2022. Además, esta Auditoría no observó evidencia documental de la elaboración de 9 diagnósticos sobre las condiciones de la infraestructura de inmuebles que prestan servicios de salud en la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, lo que representa un 22 % (9 de 40 inmuebles) de la infraestructura regional.

Por otra parte, se determinó una subejecución de ₡1 425 millones (22,2 %) de los recursos económicos presupuestados entre el 2017 y el 2021, relacionados con el mantenimiento del recurso físico en la región pacífico central.

Igualmente, se constató el desarrollo del “Plan de Implementación del Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT)”, sin embargo, este no dispone de aprobación por parte de la Dirección de Mantenimiento Institucional, y los registros de los datos en el Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO) no han finalizado, debido a que, al 11 de marzo de 2022, se encontraban en la etapa del Levantamiento de Códigos de Localización y Sistemas Electromecánicos. Adicionalmente, se evidenció que 5 de los 7 inmuebles que se encuentran en calidad de préstamo en la región Pacífico Central, no disponen de convenios formales para su uso.

En lo referente a los programas de mantenimiento del recurso físico y ante la consulta efectuada a los administradores de las 12 áreas de salud de la región Pacífico Central, se determinó que en ninguna de las unidades se ha implementado dichos programas, conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Mantenimiento Institucional sobre el particular.

Por otro lado, en cuanto a la calidad y seguridad de la información en el SOCO a nivel regional, se determinaron oportunidades de mejora, así como debilidades en cuanto a la seguridad en los accesos al sistema. Con respecto a los datos extraídos del SOCO entre el 2019 y 2021, se determinó que, en la región Pacífico Central se tramitaron 55 102 solicitudes de mantenimiento, de las cuales 14 009 (25 %) se encontraban pendientes.



Finalmente, se determinaron debilidades con respecto a la administración de cuentas y perfiles de acceso al Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO), por cuanto, según lo manifestado por los administradores de las áreas de salud, se indica la utilización de un mismo usuario por varios funcionarios, así como el desconocimiento del procedimiento de inhabilitación o eliminación de accesos.

Debido a lo anterior, se emitieron 12 recomendaciones dirigidas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, tendentes a analizar las debilidades de la gestión de proyectos que realiza el ARIM- PC, con el objetivo de determinar los aspectos necesarios para fortalecer la metodología aplicada por esa área técnica en cuanto al ciclo de vida de los proyectos (inicio, planificación, ejecución, seguimiento y cierre) y establecer e implementar las acciones requeridas para subsanar lo evidenciado y robustecer la metodología de administración del portafolio de proyectos.

Asimismo, vincular las actividades sustantivas del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central, con los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva de la Institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005 y actualizar sus funciones sustantivas.

También, se recomendó establecer metas y los respectivos indicadores en el Plan Presupuesto de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, correspondientes al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, los cuales deben estar vinculados con las actividades sustantivas que realiza dicha área, con el objetivo de contribuir con la toma de decisiones para el mejoramiento de la gestión regional de ingeniería y mantenimiento; metas que deben responder a la metodología institucional denominada: "Instructivo para la Formulación del Plan Presupuesto".

Instruir y brindar seguimiento y fiscalización para que las unidades adscritas a esa Dirección de Red desarrollen una estrategia para implementar lo establecido en la "Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de las CCSS", con el objetivo de que cada unidad ejecutora elabore los programas correspondientes. Lo anterior, de conformidad con los hallazgos 2.1 y 2.6 del presente informe. Adicionalmente, se recomendó elaborar los diagnósticos de las condiciones de los inmuebles de las nueve sedes de EBAIS pendientes, con el objetivo de cumplir la instrucción solicitada por el Dr. Eduardo Cambroner Hernández, director de la Dirección de Red de Servicios de Salud, mediante el oficio DRSS-PLA-409-2019, del 25 de febrero 2019.

Por otra parte, efectuar las acciones administrativas correspondientes para garantizar la seguridad jurídica de los inmuebles: sede de área de salud Orotina San Mateo, así como los EBAIS de Guacimal, Labrador, Mata Palo y La Llorona, en caso de que exista imposibilidad material para realizar el acto, efectuar la resolución administrativa correspondiente considerando la evaluación de los riesgos. Asimismo, se recomendó implementar, en conjunto con las autoridades de las unidades adscritas a la región Pacífico Central, una estrategia que permita minimizar las subejecuciones y fortalecer el monitoreo del comportamiento del gasto de las subpartidas relacionadas con el mantenimiento.

Asimismo, elaborar una estrategia que permita atender las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo del recurso físico del primer nivel de atención, considerando como mínimo los siguientes aspectos: determinación de la capacidad de acción en materia de ingeniería y mantenimiento, tanto en el ARIM como en las unidades adscritas aplicando la metodología definida en el manual para la elaboración de estudios técnicos de necesidades del recurso humano, promoción de contratos regionales según demanda para el mantenimiento y la utilización de subpartidas como la 2149 "Contratación servicios de ingeniería", para aumentar la capacidad resolutoria regional y local. Igualmente, se recomendó revisar, en conjunto con las autoridades de las áreas de salud de Orotina-San Mateo y Garabito, así como del hospital Max Terán Valls, lo expuesto en el hallazgo 2.7 relacionado con las especificaciones técnicas del pliego cartelario y el uso y aprovechamiento de la infraestructura, con el objetivo de que se subsanen las debilidades expuestas y se ejecuten acciones que técnicamente y en derecho correspondan.



Además, instruir a los encargados de mantenimiento de las unidades adscritas a esa dirección, la revisión de las solicitudes de mantenimiento de los años 2019, 2020 y 2021, registradas con el estatus de pendiente de finalizar en el SOCO, con el propósito de actualizar la información para que esté libre de errores u omisiones, que puedan afectar la confiabilidad y calidad de la información. De acuerdo con los resultados de la revisión y de ser procedente, dichas unidades deberán diseñar un cronograma para la atención de las órdenes de trabajo pendientes (de conformidad con el análisis de riesgos pertinente) y la modificación del estado, en el SOCO, de aquellas solicitudes que hubiesen sido atendidas previamente. En concordancia con lo anterior, instruir a los administradores de las unidades adscritas a esa dirección, efectuar las acciones administrativas que correspondan para que, en conjunto con los encargados o jefes de los Centros de Gestión Informática (de sus unidades o que les brindan colaboración), se cumpla con lo solicitado por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, mediante oficio GG-DTIC-2315-2022, del 3 de mayo del 2022.

Por último, se recomienda instruir a los encargados de mantenimiento de las unidades adscritas a esa dirección, efectuar las acciones administrativas que correspondan para que se cumpla con lo solicitado en la circular GIT-DMI-4416-2020 | GIT-DMI-0718-2021 | GIT-DMI-AIDMI-0167-2021, respecto a la implementación y aprobación del “Plan de implementación del Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT)”, así como la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al Módulo del SOCO.



**AAO-056-2022**  
15 de septiembre de 2022

## ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL

### AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA EFECTUADA EN EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE OBRA PÚBLICA Y EL MANTENIMIENTO DEL RECURSO FÍSICO EXISTENTE EN LA DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PACÍFICO CENTRAL - 2598

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo 2022 de la Auditoría Interna.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa y operativa efectuada en el desarrollo de proyectos de obra pública y el mantenimiento del recurso físico existente en la región Pacífico Central.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la gestión del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central.
- Evaluar la gestión del mantenimiento del recurso físico del nivel local.
- Verificar la calidad, seguridad y utilización de la información del Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO).

#### ALCANCE

El estudio comprende la revisión de las actividades sustantivas definidas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central (ARIM PC) y del cumplimiento de metas establecidas en el Plan Presupuesto de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central (DRIPSS PC) en el período 2019 - 2021; así como las acciones efectuadas para la supervisión regional de las actividades y tareas ejecutadas en la gestión operativa del desarrollo de infraestructura y mantenimiento alineadas con los objetivos citados en el acuerdo de la Junta Directiva de la Institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005, sobre la propuesta de la creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento. En lo referente a la gestión de proyectos, se incluye el análisis de las herramientas de planificación y ejecución del portafolio del ARIM PC entre el 2019 y el 2021.

Por otra parte, este examen operativo incluye la verificación de existencia de programas de mantenimiento preventivo a nivel local y el cumplimiento de la ejecución contractual mediante un recorrido efectuado entre el 28 de marzo y el 1° de abril 2022, donde se revisaron las especificaciones técnicas de las siguientes compras: 2019CD-0000019-2256 “Mejoras del Servicio de Urgencias del Área de Salud Orotina San Mateo”, 2019CD-0000009-2592 “Remodelación del Servicio de Emergencias del Área de Salud Garabito”, 2019CD-0000014-2308 “Mantenimiento preventivo y correctivo de edificios y locales (remodelación y ampliación de 02 cuartos de procedimientos y 2 cuartos de aseo del hospital Dr. Max Terán Valls)”, 2019CD-0000015-2308 “Proyecto de sellado de paredes y demoliciones, reparación e instalación de piso del servicio de Nutrición del hospital Dr. Max Terán Valls”, 2020CD-0000024-2351 “Pintura externa de paredes y estructuras metálicas de la sede del Área de Salud de Parrita”, 2020CD-0000004-2598 “Mejoras varias de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, Pacífico Central”, 2021CD-0000002-2586 “Remodelación de Baños del Área de Salud Chacarita”.



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



Asimismo, se realizó un recorrido entre el 7 y el 18 de marzo 2022 por las siguientes áreas de salud de la región Pacífico Central, con la finalidad de corroborar las condiciones del recurso físico: Orotina-San Mateo (sede de área, EBAIS de Santa Rita y PVP<sup>1</sup> de El Barro, Paso Agres y Coyolar), Garabito (sede de área, EBAIS de Tárcoles y Quebrada Ganado, PVP de Bijagual y Lagunilla), Parrita (sede de área, EBAIS de El Carmen y PVP de Bijagual, Esterillos, Vasconia, San Juan, Las Vegas, Río Seco y Damitas), Quepos (sede de área, EBAIS de Damas, La Llorona y Mata Palo, PVP de El Silencio, Hatillo, La Gallega, Londres, San Isidro de Dota y Quebrada Arroyo), Chacarita (EBAIS de Chahuite, Fray Casiano y Santa Eduviges), Montes de Oro (PVP de Cedral, Bajo Caliente, Palmital, Corazón de Jesús y Zapotal); así como el hospital Dr. Max Terán Valls.

Además, la evaluación abarcó la verificación del desarrollo de los diagnósticos de infraestructura de las áreas de salud y EBAIS, asignación del recurso humano, análisis del comportamiento de la ejecución presupuestaria relacionada con el mantenimiento<sup>2</sup> entre el 2017 y el 2021; la calidad, seguridad y utilización de la información registrada en el Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO) a nivel regional, y la inclusión de los datos correspondientes al Procedimiento del Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT).

Adicionalmente, el recorrido realizado entre el 28 de marzo y el 1° de abril 2022, por establecimientos de salud que conforman la región Pacífico Central (áreas de salud Chacarita, Garabito, Parrita y hospital Max Terán Valls - Quepos), con el propósito de verificar el estado real de las solicitudes de mantenimiento de los años 2019, 2020 y 2021, pendientes de finalizar en el SOCO. También, comprende los análisis de la condición jurídica de las propiedades que no pertenecen a la institución, correspondientes a la sede de área de salud Orotina San Mateo, EBAIS de Guacimal, Labrador, Mata Palo y La Llorona.

El examen se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1° de enero 2015 y las Normas para el ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, divulgadas en La Gaceta 28 del 10 de febrero 2010.

## LIMITACIONES

Esta Auditoría solicitó al Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, mediante oficio AI-329-2022, del 24 de febrero 2022, los diagnósticos de las condiciones de los inmuebles adscritos a esa región; sin embargo, no se proporcionó 9 diagnósticos de infraestructura, los cuales se detallan en el hallazgo 2.2. Posteriormente, esa información se solicitó al Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador regional, mediante correo electrónico del 18 de abril 2022, sin embargo, no se obtuvo respuesta. Se volvieron a solicitar al Lic. Gámez Ruiz, el 11 de mayo 2022, con el mismo resultado. Por último, en sesión de trabajo del 13 de junio 2022, se volvió a requerir los diagnósticos al Dr. Díaz Cruz y al Lic. Gámez Ruiz y, al 24 de junio 2022 (finalización del informe), no se remitieron dichos documentos.

Asimismo, el Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador regional, mediante entrevista del 13 de junio del 2022, manifestó que se remitiría a esta Auditoría la herramienta de priorización de proyectos del 2019; sin embargo, al 24 de junio del 2022, el documento no fue remitido.

## METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos del presente estudio, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

<sup>1</sup> Puesto de Visita Periódica.

<sup>2</sup> Partidas: 2151 Mantenimiento de instalaciones otras obras; 2152 Mantenimiento y reparación de maquinaria y equipo de oficina; 2153 Mantenimiento y reparación de equipos de transporte por terceros; 2154 Mantenimiento y reparación de otros equipos; 2156 Mantenimiento y reparación de edificios por terceros; 2159 Mantenimiento y reparación de equipo de cómputo y sistema de información; 2157 Mantenimiento y reparación de equipo de comunicación; 2206 Tintas, pinturas y diluyentes; 2212 Materiales y productos metálicos; 2214 Madera y sus derivados; 2215 Otros materiales y productos de uso en la construcción; 2216 Materiales y productos eléctricos, telefónicos y de cómputo; 2217 Instrumentos y herramientas; 2218 Materiales y productos de vidrio; 2221 Repuestos para equipo de transporte y 2223 Otros repuestos del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestario 2017 al 2021.

- Análisis de los datos extraídos del Cubo de información SOCO.
- Revisión del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias de los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021.
- Verificación del desarrollo de los programas de mantenimiento preventivo y correctivo del nivel local.
- Corroboración del cumplimiento de ejecución contractual.
- Evaluación de la gestión de proyectos del ARIM PC 2019-2021.
- Revisión del Plan Presupuesto de la DRIPSS PC 2019-2021.
- Clasificación de las actividades sustantivas del ARIM PC.
- Verificación de las condiciones de conservación del recurso físico.
- Revisión de los diagnósticos del estado de conservación de los inmuebles regionales.
- Análisis de la situación jurídica de las propiedades utilizadas por la CCSS en calidad de préstamo gratuito por parte de terceros.
- Corroboración del avance del plan de implementación del PRUT y la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al módulo del SOCO.
- Inventario del recurso humano asignado para el mantenimiento del recurso físico.

Asimismo, se solicitó información y realizaron reuniones con los siguientes funcionarios:

- Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación Servicios de Salud Pacífico Central.
- Lic. Hairo Gámez Ruíz, administrador de la Dirección de Red Integrada de Prestación Servicios de Salud Pacífico Central.
- Licda. Yihonory Patricia Martínez Guillén, enlace Regional Planificación y Control de la DRIPSS PC.
- Licda. Kendy Moya Badilla, administradora del área de salud de Orotina-San Mateo.
- Licda. Xinia Zamora Montes, administradora del área de salud de Garabito.
- Licda. Eilym María Fallas Fernández, administradora a.i. del área de salud de Garabito.
- Lic. Adrián Abarca Carrillo, administrador del área de salud San Rafael de Puntarenas.
- MBA. Melissa Sequeira Moraga, administradora del área de salud de Chomes-Monte Verde.
- Lic. Armando Chaves Rodríguez, administrador del área de salud de Cóbano.
- Lic. Diego Peraza Leal, administrador a.i. del área de salud de Montes de Oro.
- Lic. David Herrera Rodríguez, administrador del área de salud Montes de Oro.
- Licda. Iلسya Bolaños Chaves, administradora del área de salud de Paquera.
- MBA. Denisse Ramírez Amaya, administradora del área de salud de Chacarita.
- Lic. Oscar Antonio Leal Moritoy, administrador del área de salud de Barranca.
- Licda. Nathalia Agüero Godínez, administradora del área de salud de Parrita.
- Lic. Oscar Antonio Leal Moritoy, administrador del área de salud de Esparza.
- Lic. José Alberto Durán Viales, administrador del área de salud de Quepos.
- Ing. Jacobo Montenegro Ríos, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento del área de salud Parrita.
- Ing. Edgar Madrigal Chavarría, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento del hospital Dr. Max Terán Valls.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, setiembre 2002.
- Ley General de la Administración Pública, octubre 2021.
- Ley de Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad, mayo 1996.
- Ley y Reglamento de Contratación Administrativa, febrero 2021.
- Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y privados, abril 2002.
- Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGMI) "Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de la CCSS", septiembre 2012.
- Reglamento del uso del Sistema de Operación y Mantenimiento (SOCO).
- Manual Descriptivo de Puestos, febrero 2020.



- Normas de Control Interno para el sector público de la Contraloría General de la República, febrero 2009.
- Procedimiento para el Reconocimiento del Universo de Trabajo, enero 2020.
- Instructivo de Formulación del Plan Presupuesto 2020-2021.
- Informe de la Contraloría General de la República, DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 noviembre 2018.
- Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS, julio 2019.
- Oficio de la Dirección de Red de Servicios de Salud DRSS-PLA-409-2019, del 25 de febrero 2019.
- Oficios de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías GIT-DMI-4416-2020, 14 de diciembre de 2020, y GIT-DMI-0718-2021 | GIT-DMI-AIDMI-0167-2021, 9 de junio de 2021.
- Oficio de las Gerencias General, Médica, Infraestructura y Tecnologías y Financiera GG-0438-2022 | GM-2189-2022 | GIT-0199-2022 | GF-0497-2022.
- Documento Técnico del Programa de Fortalecimiento de Prestación de Servicios de Salud: "Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS", noviembre 2020.
- Acuerdo de Junta Directiva, sesión 8002, artículo 9, del 20 de octubre del 2005.
- Project Management Institute. (2013) "Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK®)" Quinta Edición, EEUU. Newtown Square.

## ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

Esta Auditoría informa y previene a los jefes y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden en el trámite de las evaluaciones, en lo referente a los plazos que deben observarse, así como sobre las posibles responsabilidades en que pueden incurrir por incumplir injustificadamente los artículos 35, 36, 37, 38 y el párrafo primero del artículo 39 de la Ley General de Control Interno:

*"Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa El Jefe y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta ley, sin perjuicios de otras causales previstas en el régimen a la respectiva relación de servicios (...)"*

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE LA GESTIÓN DEL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO PACÍFICO CENTRAL

Esta Auditoría determinó oportunidades de mejora en las actividades que realiza el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central (ARIM PC), relacionadas con la gestión de proyectos, la definición de actividades sustantivas y el establecimiento de metas e indicadores.

#### 1.1 SOBRE LA GESTIÓN DE PROYECTOS 2019, 2020 y 2021

Revisados los instrumentos y la información utilizada por el ARIM PC para la gestión de proyectos, se evidencia lo siguiente:

- a) **Priorización:** se evidenció que a 5 de 17 proyectos (29 %) no se les aplicó la metodología de "Priorización de proyectos por criterios de impacto y urgencia 2020 (06-04-2022)", para su respectiva evaluación de la gestión del riesgo. Aunado a lo anterior, para el período 2019 no se observó evidencia documental de la citada metodología y en el 2021 no se implementó.

- b) **Suficiencia y calidad de la información:** la información que respalda la fase de inicio y planificación de los proyectos no es suficiente y de calidad<sup>3</sup>. Esta situación impide conocer la oportunidad y exactitud los documentos técnicos definitivos, aprobaciones respectivas y demás elementos probatorios de las acciones durante el ciclo de vida de los proyectos.
- c) **Consolidado de iniciativas:** se observó que, previo a la implementación de la herramienta de priorización, no se dispone de un consolidado de todas las necesidades de recurso físico de las unidades usuarias adscritas a esa región, con la finalidad de tener el insumo suficiente para determinar las acciones a implementar para la conformación del portafolio o cartera de proyectos del 2020. Al respecto, en la herramienta únicamente se observó un listado de proyectos que no es claro y depurado en el contenido, en cuanto a si representan todas las necesidades de la región o si las definidas son el resultado de una pre-priorización. Esto dificulta una lectura adecuada y un entendimiento de la información para terceros e inclusive, para los funcionarios de esa área técnica.
- d) **Proceso de planificación:** no se observó un proceso de planificación adecuado en el que se establecieran los objetivos que se pretenden perseguir con el portafolio, ni un desarrollo de la línea o estrategia de acción requerida para alcanzar las metas. Imperó la ausencia de un documento formal que comprenda un análisis sobre los plazos de ejecución, una matriz de responsabilidades, los costos asociados a los proyectos, la disponibilidad presupuestaria y de recurso humano disponible, un análisis de riesgos sobre la implementación del plan de abordaje y relaciones de coordinación con otros actores que intervienen en el desarrollo de las actividades; de forma que definan las pautas y la hoja de ruta de cómo se llevarán a cabo los objetivos planteados.
- e) **Línea base priorización:** no se observó un documento formal que muestre una priorización explícita, definitiva e independiente de los proyectos a ejecutar, con observaciones en cuanto a las justificaciones que sustentan la selección de los proyectos que conformarían el eventual portafolio o cartera 2020, de manera tal que brinde la línea base del portafolio y funcione como instrumento de comparación en los procesos de seguimiento y cierre del período, para establecer el porcentaje de avance y cumplimiento de las metas establecidas.
- f) **Trazabilidad:** de conformidad con la herramienta de ejecución, se puede observar una lista de 22 proyectos. Al comparar la matriz definitiva de priorización analizada en el apartado de planificación y el listado final de proyectos ejecutados, ambos elaborados por esa área técnica para el 2020, se obtiene una coincidencia de 14 (64 %) trabajos y una disparidad en 8 (36 %); es decir, un 36 % de los proyectos planificados no se analizó en la fase de priorización. Además, no se observa un análisis con las justificaciones y posibles riesgos que conllevó la inclusión de nuevos proyectos que no fueron determinados con un grado de prioridad alto en la fase de planificación, al momento de implementar la herramienta respectiva.
- g) **Ejecución:** se identifica que, de la totalidad de 22 proyectos planificados para ejecutar en el 2020, 18 (82 %) no se ejecutaron. Es importante mencionar que ninguno de los proyectos planificados inicialmente en el período fue ejecutado y, únicamente, se efectuaron aquellos que estaban fuera de la programación original. Los proyectos ejecutados fueron: 1) “sustitución de tuberías de vapor y agua caliente Hospital Max Terán Valls”, 2) “remodelación del sistema de bombeo de agua potable Esparza”, 3) “remodelación del sistema de bombeo de agua potable AS San Rafael” y 4) “remodelación del sistema de bombeo de agua potable AS Paquera”. Estos proyectos no pertenecían a la priorización original.
- h) **Continuidad del portafolio:** se evidenció que el 70 % (14/20) de los proyectos planificados (para ejecutar entre el 2020 y el 2021) no conformó el portafolio al año siguiente de su programación, aun cuando no fueron realizados en el período correspondiente y habían sido catalogados como relevantes y con prioridad alta.

<sup>3</sup> **Insuficiente:** no se evidencia documentación en diferentes fases del ciclo de vida: el consolidado de iniciativas de la región, herramientas y/o el listado ascendente de la priorización, documento de monitoreo del portafolio, cierre del portafolio de proyectos. **Calidad:** el contenido de las herramientas es confuso, sin claridad, inexacto y depurado. Limita una adecuada comprensión y dificulta la trazabilidad entre las fases del ciclo de vida debido a que el contenido no es consecuente entre las herramientas.

- i) **Fase de cierre:** en lo referente al proceso de cierre del portafolio de proyectos 2019, 2020 y 2021, este Órgano de Control y Fiscalización, no observó un documento en el que se establezca formalmente el cierre anual de los proyectos, que muestre los resultados finales del período con un análisis detallado sobre las razones que motivaron las nuevas inclusiones, la exclusión de algunos proyectos planificados, la suspensión total o parcial, los retrasos de algunas fases, los nuevos riesgos que afectaron el desarrollo normal, si está o no en proceso y la condición o planteamiento que tendrían para el siguiente período, entre otros.

La Ley General de Control Interno establece:

*“16. Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiendo 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: Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requerido para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.*

*Armonizar los sistemas de información con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el cuidado y manejos eficientes de los recursos públicos.*

*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 estipulan:

*“4.2 Documentación. Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación.*

#### **4.5.2 Gestión de proyectos**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes. Las actividades de control que se adopten para tales efectos deben contemplar al menos los siguientes asuntos:*

- a. La identificación de cada proyecto, con indicación de su nombre, sus objetivos y metas, recursos y las fechas de inicio y de terminación.*
- b. La designación de un responsable del proyecto con competencias idóneas para que ejecute las labores de planear, organizar, dirigir, controlar y documentar el proyecto.*
- c. La planificación, la supervisión y el control de avance del proyecto, considerando los costos financieros y los recursos utilizados, de lo cual debe informarse en los reportes periódicos correspondientes. Asimismo, la definición de las consecuencias de eventuales desviaciones, y la ejecución de las acciones pertinentes.*

- d. El establecimiento de un sistema de información confiable, oportuno, relevante y competente para dar seguimiento al proyecto.
- e. La evaluación posterior, para analizar la efectividad del proyecto y retroalimentar esfuerzos futuros (...)

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

El Instituto de Gestión de Proyectos (PMI<sup>4</sup> por sus siglas en inglés) mediante la “Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK®)” brinda una serie de pautas y conceptos relacionados con la dirección de proyectos, orientados en lo que interesa, al ciclo de vida de la dirección y del proyecto mismo, así como los procesos relacionados. Esta herramienta identifica fundamentos tales como; conocimientos, procesos, habilidades y técnicas en la gestión de los proyectos que son consideradas buenas prácticas e impactan positivamente la consecución de los objetivos en los proyectos.

El Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, mediante entrevista del 13 de junio del 2022, manifestó:

*“no se utilizó la metodología o herramienta de planificación como tal, debido a que la planificación es muy robusta y abierta que conlleva muchos criterios.*

*Para el 2020 y 2021 con el tema de la pandemia, el Dr. Díaz Cruz y mi persona llegamos a un consenso de no aplicar la matriz de priorización debido a que no iba a ser funcional en ese momento; por cuanto la situación financiera para proyectos de infraestructura era prácticamente nula. Al respecto, recibimos lineamientos de que no tenemos fondos, solo se mantuvieron los 3 proyectos de EBASIS que estaban en el portafolio y se elimina el Fondo de Recuperación de Infraestructura que es el que mayor financiamiento alberga a los proyectos de obra.*

*A partir de ello, nuestro enfoque de priorización se basó en el criterio de aquellos proyectos que tienen financiamiento, pero al no existir financiamiento, entonces no se aplicó la priorización con base en los criterios de impacto y urgencia. Se utilizaron otras variables, pero no de la matriz de priorización que cuenta con una serie de indicadores. Los esfuerzos se orientaron a trabajos para la atención de la COVID-19.”*

*De lo anterior, se infiere que la pandemia y la falta de financiamiento incidieron negativamente en la implementación de la priorización de proyectos del 2020 y 2021; sin embargo, siendo que dicho evento se presentó en Costa Rica a inicios de marzo del 2020, la planificación de los períodos 2019 y 2020 no fueron influenciados por la COVID-19, únicamente el 2021.*

Es criterio de esta Auditoría que lo señalado obedece a la ausencia de una cultura de gestión de proyectos que permita implementar las sanas prácticas de administración de proyectos de obra pública. Dicho aspecto ha sido evidenciado por este Órgano de Control y Fiscalización a nivel nacional en diferentes informes: ASAAI-199-2012, AGO-288-2015, ASAAI-16-2017 y ASF-77-2021, siendo en ese último (del 6 de setiembre 2021), donde, en la recomendación 3, se solicita a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, realizar un proceso de revisión y ajuste al “Instructivo para la planificación y ejecución de proyectos de baja complejidad de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud”, para que se incluyan todos los elementos para la gestión del desarrollo de proyectos, por tal motivo y considerando que aún está en proceso de revisión, no se recomendarán aspectos tendentes a la aplicación de dicho instructivo.

---

<sup>4</sup> Project Management Institute.



La situación descrita genera un impacto en la eficiencia y eficacia con la cual se desarrollan los proyectos, debido a que el proceso no se efectúa de manera integral, se afecta los procesos evaluativos y de fiscalización al no establecerse, documentalmente, los roles que debe ejecutar cada uno de los actores participantes y los funcionarios.

En cuanto a las debilidades de la priorización con base en el riesgo, éstas podrían impactar negativamente en la identificación y atención de requerimientos de alto impacto para la prestación oportuna de los servicios de salud que brinda la CCSS a la población, debido al uso de criterios sin un análisis previo que permita determinar el nivel de urgencia e importancia de un proyecto, tal y como lo establece la Metodología de Priorización de Proyectos.

Las debilidades en cuanto a la pertinencia y oportunidad de la información podrían comprometer la toma de decisiones oportuna para la gestión eficaz y eficiente de los proyectos de inversión estratégicos por parte de las autoridades institucionales, así como el seguimiento y monitoreo oportuno de dichas iniciativas, por lo que disponer de herramientas confiables es clave para alcanzar, razonablemente, los objetivos para los que fueron concebidos dichas iniciativas, conforme a las posibilidades financieras de la institución.

## 1.2 SOBRE LAS FUNCIONES SUSTANTIVAS ESTABLECIDAS POR EL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

Se evidenció que el ARIM PC estableció sus funciones sustantivas de conformidad con la gestión que desarrollan; no obstante, se determinaron oportunidades de mejora en la definición de esas funciones para que contribuyan al cumplimiento integral de los objetivos 1 y 5 del acuerdo de Junta Directiva institucional adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005, relacionado con la propuesta de la creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento.

En ese sentido, se determinó que las áreas de arquitectura e ingeniería civil de dicha regional, realizan de manera parcial la gestión del mantenimiento local correspondiente al objetivo 1; la rama civil tiene dos actividades relacionadas con la gestión del mantenimiento (apoyo técnico para el análisis de información sobre infraestructura, mantenimiento y diagnóstico de esta), dejando por fuera aspectos como: la supervisión de la gestión del mantenimiento o la verificación del cumplimiento de metas locales, aspectos que corresponden a la promoción de una gestión más eficiente en el desarrollo y control del mantenimiento.

Igualmente, en esas disciplinas, no se observaron evidencias orientadas a facilitar la evaluación y la capacitación al nivel local, aspectos que corresponden al objetivo 5 del acuerdo adoptado por la Junta Directiva en el artículo 9 de la sesión 8002.

El citado acuerdo estableció los siguientes objetivos:

*“1. Promover una gestión más eficiente en el desarrollo y control de la infraestructura, tecnología y su mantenimiento en forma desconcentrada. 2. Fortalecer las áreas relacionadas con el desarrollo de infraestructura, tecnología y su mantenimiento mediante la asignación de más personal. 3. Disminuir los costos en la gestión del desarrollo de la infraestructura, tecnología y su mantenimiento. 4. Crear un canal eficiente para el intercambio de información entre el nivel central y el nivel local. 5. Facilitar la especialización de funciones del nivel central como ente conductor, normalizador, evaluador, capacitador y asesor. 6. Utilizar la capacidad instalada en las Direcciones Regionales de Servicios Médicos”.*

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, manifestó:

*“(…) dentro de lo que se considera capacitación local, año con año se orienta a las distintas unidades cómo es que deben presentar los proyectos” en ello es importante como se levanta el plan funcional y la priorización en la unidad; agrega que “hay cosas que se hacen, pero, que, por falta de tiempo, no es posible mantener todo documentado”; además, el Lic. Hairo Gámez Ruiz indica que “los temas de la autoevaluación son vistos desde el área de planificación regional, no como un aspecto del ARIM”.*



De conformidad con lo anterior, es criterio de esta Auditoría que dicha situación obedece a que el ARIM PC no vinculó la totalidad de los objetivos definidos por la Junta Directiva en las actividades sustantivas que realiza.

Lo anterior, ocasiona que no se cumpla la totalidad de los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva, aspecto confirmado por esta Auditoría al compararlos con las actividades sustantivas definidas para el ARIM PC, las cuales fueron remitidas por el Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central (Ver anexo 1).

Con el objetivo de comprobar la implementación de actividades enfocadas a la gestión del mantenimiento, esta Auditoría aplicó una encuesta en 10 de las 12 áreas de salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central; los resultados evidencian que el 100 % de las unidades encuestadas indica que el ARIM PC nunca ha realizado una evaluación para revisar la gestión del mantenimiento local; el 100 % establece que el ARIM PC no realiza un proceso de capacitaciones para fortalecer los conceptos de planificación y gestión del mantenimiento local; además, el 30 % señala que la oportunidad de la atención de las solicitudes de colaboración dirigidas al ARIM PC, para la ejecución de un proyecto de remodelación o mejora en su unidad ejecutora es deficiente y el 70 % menciona que es regular. En cuanto a la asesoría en la gestión del mantenimiento y el apoyo técnico, el 40 %, señaló que es deficiente y el 60 % indicó que es regular.

### 1.3 SOBRE LAS METAS E INDICADORES DEL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO PACÍFICO CENTRAL EN EL PLAN PRESUPUESTO DE LA DIRECCIÓN DE RED

Se determinó que el Plan Presupuesto de la dirección de red de los períodos 2020-2021, posee 36 y 32 metas respectivamente, sin embargo; ninguna corresponde a actividades sustantivas desarrolladas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

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

*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 sistema de control interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.*

*5.6 Calidad de la información: (...). Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.*

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

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

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

El Instructivo de Formulación del Plan Presupuesto 2020-2021 dispone, en el apartado de introducción, lo siguiente:

*“La planificación de corto plazo y el presupuesto se unen en un único documento denominado Plan-Presupuesto, el cual expresa por medio de metas, la razón esencial de la unidad ejecutora, sus procesos sustantivos, proyectos y actividades de innovación y desarrollo, investigación, dirección, así como las actividades de alineamiento con los instrumentos de planificación superiores; con el propósito de maximizar el uso de los recursos presupuestarios asignados”.*

Además, en el apartado sobre la vinculación de la planificación operativa con la valoración de riesgo, señala:

*“El ejercicio de planificación operativa, denominado Plan-Presupuesto, requiere necesariamente de una vinculación con la valoración de riesgos, de manera que se determine cuáles son los principales factores de riesgo que requieren ser priorizados de cara a garantizar el cumplimiento de las metas establecidas en la planificación”.*

Sobre la programación física, dicho instructivo indica:

*“(...). Como se indicó al inicio de este documento, en la planificación operativa se programan las actividades que contribuyen con la estrategia institucional, desde el alineamiento proveniente de los niveles superiores de la organización, así como las actividades sustantivas (...)”.*

*“Desde esta perspectiva, cualquier unidad conforme sus competencias, deberán incorporar adicional a las metas generadas desde el alineamiento de planes superiores, políticas específicas o aquellas asociadas a el análisis de situación, metas relacionadas con las actividades de: mejora continua de la gestión de innovación y desarrollo, capacidad instalada, así como de la función sustantiva como el soporte, asesoría, acompañamiento, supervisión, administración y evaluación de los riesgos y mejorar la calidad de sus productos, contemplando las variables de futuro y necesidades de los usuarios”.*

La Licda. Yihonory Patricia Martínez Guillén, encargada del proceso de planificación y control de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, informó, el 8 de abril 2022 a esta Auditoría, lo siguiente sobre los planes presupuesto del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento:

*“(...) en relación con la programación de ARIM al quedar sin coordinador, en su oportunidad la coordinadora era quien presentaba la información y consolidación de las actividades de cada integrante del ARIM como se visualiza en la herramienta 2016-2017. Al asumir la Dirección esta coordinación, en lo que corresponde a la Dirección que se remitió en su oportunidad a ustedes, se indican metas en las que el director solicita al equipo ARIM la rendición de cuentas sobre los procesos que ellos tienen que cumplir.”*

El Lic. Hairo Gámez Ruíz, administrador de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, mediante entrevista del 13 de junio del 2022, manifestó:

*“(...) en este momento, no se incluye dentro del plan presupuesto metas o indicadores específicos del ARIM”.*

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, mediante entrevista del 13 de junio del 2022, señaló:

*“(...) las actividades de los ingenieros del ARIM están prácticamente relacionadas -en su totalidad- con el desarrollo de los proyectos; hay otros controles más administrativos como el teletrabajo, pero la medición se hace a través de los proyectos en los cuales se lleva control de los tiempos de ejecución y cumplimientos del plan anual.”*

Es criterio de esta Auditoría que la situación descrita obedece a que el encargado del proceso determina el cumplimiento de metas en función de la ejecución de proyectos de infraestructura, y omite la inclusión de las actividades sustantivas del ARIM PC, como parte del proceso de formulación del plan presupuesto de la dirección de red.

La ausencia de metas e indicadores en el Plan Presupuesto de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, relacionadas con las actividades sustantivas que realiza el ARIM PC, podría ocasionar que no se consideren riesgos de impacto en las unidades de mantenimiento local en cuanto a temas como: asesorías, procesos de supervisión, evaluación y gestión del mantenimiento, generando un posible incremento en los costos (reparación o inversión) o una eventual paralización del servicio.

Aunado a la anterior, existe el riesgo de que no se realicen procesos o que no se cumplan metas u objetivos, como los evidenciados en el presente hallazgo; asimismo, al no considerar actividades en el plan presupuesto, se corre el riesgo de que no se asignen recursos presupuestarios.

#### **1.4 SOBRE EL RECURSO PROFESIONAL Y TÉCNICO ASIGNADO AL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO Y LAS UNIDADES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Se determinó que el recurso profesional y técnico asignado al ARIM PC, no coincide con la propuesta establecida en el artículo 9 de la sesión 8002 de Junta Directiva, del 20 de octubre del 2005. Lo anterior, debido a que a esa unidad le faltaría por asignar un profesional en ingeniería electromecánica y personal técnico en diferentes áreas, según se muestra en el cuadro 1:

**Cuadro 1**  
**Comparación de recurso humano profesional y técnico del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central**

<b>Cantidad</b>	<b>Propuesta acuerdo de Junta Directiva</b>	<b>Personal asignado ARIM PC</b>
1	Profesional en el área de arquitectura.	Profesional 4 (Arquitectura).
1	Profesional en el área de ingeniería en construcción o ingeniería civil.	Profesional 4 (Ingeniería Civil).
1	Profesional en el área de ingeniería electrónica o electromedicina.	Profesional 4 (Ingeniería en Electromedicina).
1	Profesional en el área de ingeniería electromecánica o afín.	<b>No asignado.</b>
1	<b>No especificado.</b>	<b>Profesional 4 (Ingeniería en Mantenimiento Industrial).</b>
1	Técnico especializado en aire acondicionado y refrigeración.	<b>No asignado.</b>
1	Técnico especializado en equipo médico.	<b>No asignado.</b>
1	Maestro de obras.	<b>No asignado</b>
1	Técnico en el área de dibujo.	Asistente Técnico en Dibujo Arquitectónico.
1	Técnico especializado en electromecánica.	Técnico en Mantenimiento 3.

Fuente: GDOP-35407-2005 del 04 de octubre del 2005

Por otra parte, se constató que la distribución del recurso humano en las áreas de salud, para el mantenimiento, no es equitativa; lo anterior, en virtud de que dos unidades carecen de personal para tales fines (Garabito y Cóbano), mientras que cuatro centros de salud poseen a un único funcionario para atender esas actividades (Barranca, Chomes-Monteverde, Esparza y Montes de Oro); sin embargo, las áreas de salud de Orotina-San Mateo y Parrita disponen de tres funcionarios y la de San Rafael cuatro colaboradores.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 2, sobre la estructura organizativa, indican:

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



La Junta Directiva en sesión 8002 del 20 de octubre del 2005, mediante el artículo 9, aprobó la creación de los Departamentos Regionales de Ingeniería y Mantenimiento (DRIM), según los términos del oficio GDOP-35407-2005, del 4 de octubre del 2005, emitido por la Gerencia Médica, la cual propuso el recurso humano básico de esas unidades técnicas, mismas que estarían conformadas por personal profesional, de apoyo técnico-administrativo y de asistencia técnica, según se detalla a continuación:

- “Un profesional en el área de arquitectura.
- Un profesional en el área de ingeniería en construcción o ingeniería civil.
- Un profesional en el área de ingeniería electromecánica o afín.
- Un profesional en el área de ingeniería electrónica o electromedicina.
- Un técnico en el área de dibujo.
- Un maestro de obras.
- Un técnico especializado en electromecánica.
- Un técnico especializado en aire acondicionado y refrigeración.
- Un técnico especializado en equipo médico.
- Apoyo administrativo de la región”.

Esa divergencia de asignación de personal profesional y técnico en el ARIM PC, se origina, en primera instancia, por un incumplimiento del acuerdo de Junta Directiva por parte de los responsables de la toma de decisiones para la asignación de los recursos en los niveles gerenciales de la institución, aunado a no estar debidamente regulada y aprobada una estructura organizacional y funcional de esas áreas técnicas, donde se establezca, mediante criterios de decisión cuantitativos, la cantidad de funcionarios requerida y sus especialidades.

En el año 2008, la Dirección de Desarrollo Organizacional propuso la creación de los “Modelos de organización de las áreas de ingeniería y mantenimiento en los establecimientos y direcciones regionales de servicios de salud”, mediante los cuales se definieron cinco modelos con el objetivo de mejorar el aprovechamiento de los recursos y lograr mayor efectividad en el desarrollo de la gestión de esas unidades; lo anterior, con base en los diferentes grados de complejidad, nivel resolutorio, cantidad de infraestructura, metros cuadrados de construcción y área total, cantidad de equipo, cobertura a la población y presupuesto asignado, entre otros factores, sin embargo, dichos modelos no fueron aprobados en esa oportunidad.

En ese sentido, el Ing. Sergio Chacón Marín, director a.i. de la Dirección de Sistemas Administrativos y Estructuras Organizacionales, y el Lic. Jorge Sequeira Durán, jefe de área de dicha dirección en esa fecha, mediante oficio AEOR-030- 2019, del 2 de mayo 2019, informaron a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, en ese entonces gerente de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, que el Modelo de Organización del Componente de Ingeniería y Mantenimiento en los establecimientos de salud y direcciones regionales, fue remitido a la Gerencia Administrativa con oficio AEOR-113-2017, del 28 de junio de 2017, señalando lo siguiente:

*“(…) Para orientar la toma de decisiones con respecto al trámite del presente estudio, es importante considerar que la Gerencia Administrativa mediante la nota GA-48273-2016, del 22 de junio de 2016, nos remite lo establecido por la Dirección de Administración y Gestión de Personal con el oficio DAGP-0817- 2016, donde informa en términos generales, que según el “Manual de Procedimiento para el trámite de Estudios en Materia de Clasificación y Valoración de Puestos”, la implementación de un Modelo Organizacional aprobado por la Junta Directiva, implicaría la realización de Estudios Grupales, siendo por disposición del Órgano Colegiado una opción no viable en la actualidad, por cuanto existe una prohibición expresa y vigente por parte de la máxima autoridad institucional para tales efectos, por lo tanto, debe requerirse un estudio de este tipo en el componente de Ingeniería y Mantenimiento, de momento quedaría suspendido”.*

El oficio AEOR-030-2019 continúa citando:

*“(…) la propuesta elaborada por la Dirección de Desarrollo Organizacional “Modelo de Organización de las Áreas de Ingeniería y Mantenimiento en los Establecimientos y Direcciones Regionales de Servicios de Salud” fue trasladada por este Despacho a la Dirección del Proyecto de Reestructuración*



Organizacional del Nivel Central, por cuanto dicho proyecto requiere como insumo, la integralidad tanto de los proyectos que coexisten en el ámbito institucional, así como los que en materia de estructura organizacional y funcional formula la administración. Adicionalmente, fue considerado lo manifestado por la directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central, en oficio CCSS-REESTRUCTURACIÓN-255-2017 que a la letra dice "...aunque la reestructuración es del nivel central, se parte de una propuesta de direccionamiento estratégico (imagen objetivo) que considera la organización general de la Institución y el funcionamiento articulado de los ámbitos local, regional y central".

Por último, el oficio AEOR-030-2019 concluye:

*"(...) De acuerdo con lo señalado en los párrafos precedentes, la Dirección de Sistemas Administrativos y el Área Estructuras Organizacionales están a la espera de la conclusión de la reestructuración organizacional del nivel central y con base en sus resultados, no obstante que el documento organizativo del componente de ingeniería y mantenimiento está concluido, se debe determinar si el mismo requiere ajustes. Una vez que se identifiquen los mismos y se actualice el modelo indicado, será remitido nuevamente al nivel gerencial para su aval y trámite de aprobación de la Junta Directiva"*

Eso originó que, en el transcurso del tiempo, a las ARIM se les dotara de personal, paulatinamente, sin criterios de decisión, lo que ocasionó desigualdad en cuanto a la capacidad resolutoria de las regiones, incidiendo negativamente en la gestión de proyectos y en el mantenimiento del recurso físico institucional.

Al respecto, esta Auditoría emitió el informe ASF-77-2021, del 6 de septiembre de 2021, donde indicó:

*"En cuanto a las 7 Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento de las Direcciones de Red Integrada de la Prestación de los Servicios de Salud de la Institución, se obtuvo una diversidad en la cantidad de personal y perfiles ocupacionales del personal que conforman sus equipos de trabajo, las cuales difieren entre sí y con respecto a la composición propuesta en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 9, sesión No 8002, del 20 de octubre del 2005; situación que requiere una atención y valoración por parte de las autoridades institucionales de cara a determinar si la propuesta acordada en ese entonces por Junta Directiva aún en la actualidad responde a las necesidades reales en materia de ingeniería y mantenimiento de cada una de las regiones".*

*Lo anterior permite concluir que existe una inequidad en la cantidad del personal y perfiles ocupacionales entre las diferentes ARIM, en disonancia con lo acordado por Junta Directiva en el artículo 9, sesión No. 8002, del 20 de octubre del 2005".*

Debido a lo anterior, este Órgano de Control y Fiscalización recomendó, en el informe ASF-77-2021, a la Gerencia General, trasladar el informe a conocimiento en ese entonces de la directora del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central de la CCSS, con el propósito de que se considere en el alcance de la hoja de ruta de ese proyecto lo expuesto en el documento, y se adopten las acciones que sean pertinentes respecto a la estructura organizacional y funcional que le corresponde a las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento.

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, director DRIPSS PC, mencionó:

*"desde el punto de vista específico del mantenimiento, no se han identificado las necesidades de personal a nivel general de la región, sin embargo, se han efectuado acciones, como en el área de salud de Esparza e inclusive en la Dirección de Red, donde se determinó el requerimiento de un ingeniero electromecánico".*

*"es necesario aumentar la capacidad profesional (ingenieros) en el ARIM, esto sobre el recurso técnico local, lo anterior, considerando las nuevas metodologías de contratación permiten el desarrollo de contratos agrupados de mantenimientos preventivos y correctivos y, de esa manera, generar un mayor impacto en la región".*



En esa línea, mediante la aplicación de una encuesta a los administradores de las áreas de salud de la región, esta Auditoría es del criterio que la ARIM PC requiere aumentar su capacidad de resolución, no solo en el desarrollo de proyectos de obra nueva, sino también en la gestión del mantenimiento del recurso existente.

De lo contrario, esta situación podría generar una capacidad instalada limitada para atender las necesidades del primer nivel de atención, es de importancia recalcar que la institución ha creado herramientas con las cuales la Administración Activa puede recurrir para amortiguar la falta de profesionales en materia de ingeniería, como la creación de la subpartida 2149 “Contratación servicios de ingeniería”, la cual es utilizada para los gastos destinados al pago de servicios profesionales y técnicos para realizar trabajos en campos tales como; la ingeniería civil, eléctrica, forestal, química y mecánica, mediante la cual se pueden realizar estudios de factibilidad, de suelo, elaboración de planos, entre otros.

## 2. SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL RECURSO FÍSICO EN LA REGIÓN PACÍFICO CENTRAL

Como resultado de la revisión y análisis efectuado, se determinaron oportunidades de mejora respecto a la gestión del mantenimiento desarrollada por la Administración Activa en la región Pacífico Central según se describe a continuación:

### 2.1 SOBRE EL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

Como resultado del recorrido efectuado entre el 7 y el 18 de marzo del 2022 se evidenciaron oportunidades de mejora en el estado del recurso físico de 36 edificaciones de la región, en virtud del deterioro y daño observado principalmente en las instalaciones eléctricas, mecánicas y arquitectónicas.

El recorrido se efectuó en un hospital regional, cuatro sedes de área, 10 EBAIS y 21 Puestos de Visita Periódica (PVP)<sup>5</sup>. A continuación, se presentan los aspectos de mayor relevancia identificados en los establecimientos revisados (Ver anexo 6).

- **Obras exteriores:** componentes constructivos en el exterior de las edificaciones oxidados (estructuras metálicas para tanques de almacenamiento de agua potable, malla ciclón perimetral, portones, alambre navajo, verjas, cubiertas, precintas, botaguas, canoas, cerchas y clavadores), ausencia parcial o total de elementos de hojalatería (canoas, bajantes) y tapas de cajas de registro, falta de cunetas para encausar el agua pluvial, acumulación de basura en canoas cajas de registro.
- **Instalaciones eléctricas:** cableado eléctrico expuesto sin entubar; plaquería oxidada o ausente; falta de luminarias o difusores, ausencia de bombillos o no funcionamiento de la luminaria o el interruptor; tomacorrientes sin sujeción adecuada o quebrados.
- **Mobiliario médico:** oxidación en camas, banqueta de altura para acceso a camillas, mesas instrumentales.
- **Instalaciones mecánicas:** grifería sin funcionar correctamente, con fugas y oxidadas, filtraciones de tuberías de aires acondicionados, lavatorios parcialmente desprendidos, inodoros sin tapa.
- **Arquitectónico:** deterioro de cielorrasos y aleros (por acción de humedad -filtraciones-, percutidos, quebrados, faltantes), desprendimiento o deterioro de pintura en paredes de áreas internas y externas, componentes de madera deteriorados por acción de termitas (puertas, marcos de puertas y ventanas, paredes livianas, cielorrasos), dispensadores de jabón oxidados, llavines de puertas desajustadas y oxidadas,

<sup>5</sup> Orotina-San Mateo: Sede de Área, EBAIS Santa Rita y PVP El Barro, Paso Agres y Coyolar. Garabito: Sede de Área, EBAIS Tárcoles y Quebrada Ganado, PVP de Bijagual y Lagunilla. Parrita: Sede de Área, EBAIS El Carmen y PVP Bijagual, Esterillos, Vasconia, San Juan, Las Vegas, Río Seco, Damitas. Quepos: Sede de Área, EBAIS Damas, La Llorona y Mata Palo, PVP El Silencio, Hatillo, La Gallega, Londres, San Isidro de Dota, Quebrada Arroyo. Chacarita: EBAIS de Chahuite, Fray Casiano y Santa Eduviges. Montes de Oro: PVP Cedral, Bajo Caliente, Palmital, Corazón de Jesús, Zapotal. Hospital Dr. Max Terán Valls.



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



puertas con acabado final deteriorado y desplomadas que dificultan el correcto funcionamiento, aristas de paredes quebradas y sin esquineros, asientos (bancas) y escritorios de madera en mal estado, ventanas quebradas, barras para la aplicación de la Ley 7600 oxidadas.

- **Seguridad humana:** ausencia de salidas de emergencia y rutas de evacuación o con elementos que obstruyen el libre tránsito en su recorrido, puertas sin llavines antipánico y presencia de brazos de cierre lento, falta de extintores o con rotulación deficiente, fecha de recarga vencida o sin indicar y sin demarcación de la zona de seguridad.
- **Accesibilidad al espacio físico:** limitaciones en las condiciones del recurso físico que no favorecen la accesibilidad de personas con capacidades especiales ni cumplen a cabalidad con esa normativa (características y dimensiones del mobiliario de atención -mostradores-, accesos, rampas, barandas, sanitarios, puertas, barras).

Los aspectos mencionados, relativos a las condiciones de la infraestructura, lesionan el derecho de los usuarios a recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo, tal y como lo establece la Ley 8239, Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, en el artículo 2, inciso "I".

La Ley General de Control Interno, en el artículo 8 inciso "a", dispone, como uno de los objetivos de control interno, proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

El Reglamento a la Ley 7600, sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, en el artículo 98, indica que las unidades prestadoras de servicios de salud ofrecerán en sus instalaciones todas las facilidades necesarias para la comodidad, seguridad y privacidad a las personas con discapacidad que requieran de sus servicios. Asimismo, en el artículo 100, establece que los servicios que se brinden a las personas con discapacidad en las diferentes unidades prestadoras de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, incluidos los ambulatorios y domiciliarios, deberán garantizar un nivel de calidad igual al que se le brinda a los demás asegurados.

Las condiciones citadas obedecen a la ausencia de programas de mantenimiento tendentes a reparar y conservar detalles arquitectónicos, funcionales y de acabados; aunado a subejecuciones presupuestarias de los recursos financieros asignados y debilidades en la gestión de mantenimiento que realiza el ARIM PC relacionadas con el objetivo 1 de creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento.

Por otra parte, al consultar a los administradores de las unidades, apuntaron como una limitación, la cantidad del recurso humano asignado para ejecutar labores de mantenimiento al recurso físico, esto por cuanto tres áreas de salud carecen de personal para tales fines (Garabito, Cóbano y Quepos), mientras que cuatro poseen a un único funcionario (Barranca, Chomes-Monteverde, Esparza y Montes de Oro), dos tienen asignado a dos trabajadores (Paquera y Chacarita) y el resto entre tres y cuatro colaboradores (Orotina-San Mateo, Parrita, San Rafael).

Así mismo, las debilidades en la accesibilidad tienen su origen al utilizar edificaciones construidas con fines diferentes a la prestación de servicios de salud, sin realizar acciones -por parte de la institución- para garantizar la accesibilidad al espacio físico.

Lo anterior, podría generar el deterioro continuo de las instalaciones, limitando un ambiente confortable y funcional de las edificaciones, lo cual incrementaría los costos de mantenimiento, impactando las finanzas de la institución, en detrimento de calidad, eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, que las edificaciones no estén diseñadas o modificadas para cumplir con lo dispuesto en la Ley 7600, dificultan su uso de manera segura, sin sobreesfuerzos y de forma independiente por parte de personas adultas mayores, con discapacidad o con movilidad restringida, esto por cuanto existen barreras físicas que disminuyen su accesibilidad a los servicios de salud.

## 2.2 SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS CONDICIONES DE LA INFRAESTRUCTURA REGIONAL

Esta Auditoría no observó evidencia documental de la elaboración de 9 diagnósticos sobre las condiciones de la infraestructura a inmuebles que prestan servicios de salud en la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, lo que representa un 22 % (9 de 40 inmuebles) de la infraestructura regional<sup>6</sup>:

**Cuadro 2:**  
**Inmuebles que no disponen de un diagnóstico de las condiciones de la infraestructura de la región Pacífico Central**

Item	Nombre del centro médico	Propietario
1	Sede de Ebáis Santa Eduvigis	CCSS
2	Sede de Ebáis Aranjuez	CCSS
3	Sede de Ebáis Costa Pájaros	CCSS
4	Sede de Ebáis Guacimal	Asociación de Desarrollo
5	Sede de Ebáis Labrador	Asociación de Desarrollo
6	Sede de Ebáis Damas	CCSS
7	Sede de Ebáis Naranjito	Particular
8	Sede de Ebáis Mata Palo	Ministerio de Salud
9	Sede Ebáis Llorona	Palma Tica

**Fuente:** Propia de Auditoría. Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central

El Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, remitió a esta Auditoría, mediante correo electrónico del 17 de marzo 2022, los diagnósticos efectuados entre el 2019 y el 2020 en los inmuebles adscritos a dicha dirección de red. Con el objetivo de identificar la totalidad de los diagnósticos remitidos por la DRIPSS PC, este Órgano de Control y Fiscalización los comparó con la información oficial registrada en el “Compendio estadístico de conformación de áreas de salud, sedes, EBAIS y PVP de la CCSS del II semestre 2021”, de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud adscrita a la Gerencia Médica, evidenciando la ausencia de los 9 diagnósticos mencionados.

Las Normas de control interno para el sector público establecen:

*“1.2 Objetivos del SCI: El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: a. Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal (...)*

*“4.5.2 Gestión de proyectos El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes.”*

El informe de la Contraloría General de la República, DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 noviembre 2018, denominado “Auditoría de carácter especial sobre la condición jurídico-administrativa de las propiedades en sedes de EBAIS y de área su registro e incidencia en la prestación de los servicios de salud”, en el apartado 4 Disposiciones, solicitó:

*“Al Dr. Eduardo Cambronero Hernández, en su calidad de director de Red de Servicios de Salud o a quien en su lugar ocupe el cargo:*

*4.13. Elaborar, en coordinación con los directores regionales de Servicios de Salud y con el apoyo de las respectivas ARIM, los diagnósticos de infraestructura de las sedes de EBAIS y de Área que no cuenten con éste, o cuenten con uno efectuado en fecha anterior al 2016, de manera que puedan determinar sus*



*necesidades de mantenimiento o sustitución. Remitir a la Contraloría General, a más tardar el 29 de marzo de 2019, un reporte del avance de la ejecución de dichos diagnósticos. Asimismo, remitir al 26 de junio de 2020, una certificación en que conste que dichos diagnósticos fueron elaborados en su totalidad”*

El Dr. Eduardo Cambronero Hernández, director de la Dirección de Red de Servicios de Salud, mediante el oficio DRSS-PLA-409-2019, del 25 de febrero 2019, instruyó a todos los directores de red integrada de prestación de servicios de salud de la institución, lo siguiente:

*“Atendiendo los términos del oficio GM-S-2178-2019 del 20 de febrero 2019, se instruye la atención de las disposiciones 4.13 y 4.14 del DEFOE-SOC-IF-00016-2018, en los siguientes términos: Elaborar los diagnósticos de infraestructura de las sedes de EBAIS y de Área que no cuenten con éste, o cuenten con uno efectuado en fecha anterior al 2016, de manera que puedan determinar sus necesidades de mantenimiento o sustitución (...).*

*Determinar e implementar acciones específicas por desarrollar en el corto o mediano plazo, en las sedes detalladas en el Anexo 2 del informe DEFOE-SOC-IF- 00016-2018, con el fin de mejorar sus condiciones de funcionamiento (...).*

*No obsta señalar que los requerimientos de información que se instruyen son insumo para que esta Dirección de Red atienda y cumpla con las disposiciones de la Contraloría General de la República, que le han sido asignadas. En ese contexto la responsabilidad primaria del envío de la información, sin necesidad de recordatorios, recae sobre los titulares de la Dirección Regional. La no atención a la instrucción supra será considerada una falta ante sus obligaciones”.*

Esta Auditoría consultó, el 13 de junio del 2022, al Dr. Wilburg Díaz Cruz y al Lic. Hairo José Gámez Ruiz, director y administrador de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, respectivamente, sobre la elaboración de los 9 diagnósticos faltantes, indicando que esa información se completó desde el 2019, ya que es parte de lo solicitado por la Contraloría General de la República, y señalaron que se remitirían, a este Órgano de Control y Fiscalización; no obstante, al cierre de este informe<sup>7</sup> no se recibió documentación al respecto.

La ausencia de diagnósticos constituye un incumplimiento directo a una instrucción superior (oficio DRSS-PLA-409-2019, del 25 de febrero 2019); asimismo, no permite gestionar ni planificar, a nivel regional, actividades orientadas a la recuperación de la infraestructura, enfocadas a programas de mantenimiento o, por el contrario, que las condiciones de los inmuebles estén en un avance de deterioro extremo, que la solución sea la creación de un proyecto nuevo, afectando potencialmente la imagen de la institución y posibles paralizaciones en la prestación de servicios, por las condiciones inadecuadas de los inmuebles. Lo anterior, puede observarse en las inspecciones realizadas por esta Auditoría, donde se determinaron deficiencias y oportunidades de mejora en el estado del recurso físico de 36 de 40 edificaciones de la región.

Por otra parte, la ausencia de un “mapeo” de las condiciones de los inmuebles ocasiona que se acelere el deterioro de infraestructura que presenta un buen estado, por ejemplo, la edificación del EBAIS de Santa Eduvigis, que fue construida en el 2019 y se encuentra en buenas condiciones por su reciente puesta en operación, sin embargo, en el recorrido efectuado por la edificación, se observó que no es objeto de mantenimiento preventivo y correctivo continuo, en virtud de que se identificaron aspectos de baja complejidad que pueden ser corregidos como: tubos con oxidación, alambre de púas roto y desajustado en la malla perimetral; pintura de portón de acceso desprendida; entrada de acometida eléctrica cubierta por árbol (riesgo de cortocircuito); pintura desprendida en fillos de columna y rodapié de madera desajustado en la entrada principal; cuarto de bombeo con maleza y suciedad; lámina de cielorraso de alero desajustada y luminarias con presencia de suciedad. En el área interna se observó que la puerta principal carece de un mecanismo de sujeción para que permanezca abierta, por lo que se debe utilizar una piedra para el sustento; paredes golpeadas por acción de apertura de puerta, repellos inferiores de paredes con desprendimiento por rose de sillas.

<sup>7</sup> Fecha: 24 de junio del 2022.



De igual manera, en otras edificaciones que no disponen de diagnósticos, como en el EBAIS de La Llorona, Mata Palo y Damas, se presentan problemas en:

- **Obras exteriores:** componentes constructivos en el exterior de las edificaciones están oxidados (malla, portones, verjas, cubiertas), ausencia parcial o total de elementos de hojalatería (canoas, bajantes), falta de cunetas para encausar el agua pluvial.
- **Instalaciones eléctricas:** cableado eléctrico expuesto sin entubar, plaquería oxidada o ausente, faltan luminarias o difusores, ausencia de bombillos o no funciona la luminaria o el interruptor, tomacorrientes sin sujeción adecuada o quebrados.
- **Arquitectónico:** paredes agrietadas, deterioro de cielorrasos y aleros (por acción de humedad -filtraciones-, percutidos, quebrados, faltantes), desprendimiento o deterioro de pintura en paredes de áreas internas y externas, componentes de madera deteriorados por acción de termitas (puertas, marcos de puertas y ventanas, paredes livianas, cielorrasos), dispensadores de jabón oxidados, llavines de puertas desajustadas y oxidadas, puertas con acabado final deteriorado y desplomadas que dificultan el correcto funcionamiento, aristas de paredes quebradas y sin esquineros, asientos (bancas) y escritorios de madera en mal estado, ventanas quebradas, barras para la aplicación de la Ley 7600 oxidadas.
- **Ley 7600 y Guía Práctica de Accesibilidad para todos de la CCSS:** limitaciones en las condiciones del recurso físico que no favorecen la accesibilidad de personas con capacidades especiales, ni cumplen a cabalidad con esa normativa (características y dimensiones del mobiliario de atención -mostradores-, accesos, rampas, barandas, sanitarios, puertas, barras).
- **Seguridad humana:** ausencia de salidas de emergencia y rutas de evacuación o con elementos que obstruyen el libre tránsito en su recorrido, puertas sin llavines antipánico y presencia de brazos de cierre lento, extintores con rotulación deficiente, fecha de recarga vencida o sin indicar y sin demarcación de la zona de seguridad.

### 2.3 SOBRE LA EJECUCIÓN DE SUBPARTIDAS PRESUPUESTARIAS RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO

Se determinó una subejecución de ₡1 496 millones (22,4 %) de los recursos económicos presupuestados entre el 2017 y el 2021, relacionados con el mantenimiento del recurso físico<sup>8</sup> en la región pacífico central. Las unidades que más presentaron saldo no invertidos fueron las siguientes áreas de salud: Parrita (₡236,7 millones), Paquera (₡215,2 millones), Esparza (₡172 millones), así como la dirección de red (₡147,8 millones), según se muestra a continuación:

<sup>8</sup> Partidas: 2151 Mantenimiento de instalaciones otras obras; 2152 Mantenimiento y reparación de maquinaria y equipo de oficina; 2153 Mantenimiento y reparación de equipos de transporte por terceros; 2154 Mantenimiento y reparación de otros equipos; 2156 Mantenimiento y reparación de edificios por terceros; 2159 Mantenimiento y reparación de equipo de cómputo y sistema de información; 2157 Mantenimiento y reparación de equipo de comunicación; 2206 Tintas, pinturas y diluyentes; 2212 Materiales y productos metálicos; 2214 Madera y sus derivados; 2215 Otros materiales y productos de uso en la construcción; 2216 Materiales y productos eléctricos, telefónicos y de cómputo; 2217 Instrumentos y herramientas; 2218 Materiales y productos de vidrio; 2221 Repuestos para equipo de transporte y 2223 Otros repuestos del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestario 2017 al 2021.

**CUADRO 3**  
**Saldos no ejecutados por unidad (Periodo 2017-2021)**

Unidad Ejecutora	Saldo No Ejecutado (¢)	%
A.S DE PARRITA	236 749 906	15,8
A.S PAQUERA	215 206 617	14,4
A.S DE ESPARZA	172 065 694	11,5
DRIPSSPC	147 856 898	9,9
A.S SAN RAFAEL	140 288 903	9,4
A.S CHACARITA	128 213 540	8,6
A.S BARRANCA	81 904 302	5,5
A.S QUEPOS	77 682 165	5,2
A.S CHOMES MONTEVERDE	72 621 168	4,9
A.S MONTES DE ORO	70 962 196	4,7
A.S OROTINA-SAN MATEO	66 503 745	4,4
A.S GARABITO	46 057 966	3,1
A.S COBANO	39 944 204	2,7
<b>Total No Ejecutado</b>	<b>1 496 057 303</b>	<b>100</b>

Fuente: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias 2017-2021

Además, se constató que ninguna unidad evaluada superó el 95 % de ejecución, siendo el área de salud de Garabito la que presentó la mayor ejecución con un 90,4 % y las que menos ejecutaron sus presupuestos asignados fueron: el área de salud de Quepos (56,6 %), la dirección de red (63,8 %) y el área de salud de Montes de Oro (67,3 %):

**CUADRO 4:**  
**Porcentaje de ejecución por unidad ejecutora (Periodo 2017-2021)**

Unidad Ejecutora	Total Asignado	Saldo No Ejecutado (¢)	% de Ejecución
A.S GARABITO	478 352 088	46 057 966	90,4
A.S DE PARRITA	1 525 753 500	236 749 906	84,5
A.S CHOMES MONTEVERDE	448 282 000	72 621 168	83,8
A.S SAN RAFAEL	803 684 000	140 288 903	82,5
A.S OROTINA-SAN MATEO	323 017 000	66 503 745	79,4
A.S BARRANCA	367 380 100	81 904 302	77,7
A.S DE ESPARZA	611 969 234	172 065 694	71,9
A.S PAQUERA	720 881 292	215 206 617	70,1
A.S CHACARITA	419 883 600	128 213 540	69,5
A.S COBANO	123 418 600	39 944 204	67,6
A.S MONTES DE ORO	216 710 000	70 962 196	67,3
DRIPSSPC	408 341 900	147 856 898	63,8
A.S QUEPOS	178 869 000	77 682 165	56,6
<b>Total General</b>	<b>6 626 542 314</b>	<b>1 496 057 303</b>	<b>77,4</b>

Fuente: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias 2017-2021

Por otra parte, se determinó que ¢1 189 millones (80 %) del monto subejecutado corresponde a las siguientes subpartidas:

- 2156 mantenimiento y reparación de edificios por terceros: ¢538,7 millones.
- 2152 mantenimiento y reparación de maquinaria y equipo de oficina: ¢200,4 millones.
- 2153 mantenimiento y reparación de equipos de transporte por terceros: ¢139,3 millones.
- 2223 otros Repuestos: ¢131,6 millones.
- 2154 mantenimiento y reparación de otros equipos: ¢123 millones.

**CUADRO 5:**  
**Porcentaje de ejecución por subpartida (Periodo 2017-2021)**

Subpartidas	Descripción	Total	Saldo No	% No Ejecutado
		Asignación (¢)	Ejecutado (¢)	
2156	MANT.REPAR.ED.TERCEROS	2 807 570 765	575 561 128	80
2152	MANTENIM.REP.EQ. Y MOB DE OFICINA	776 200 500	209 875 555	
2153	MANT.REP.EQUIP.TRANS.TERC	415 457 000	140 791 515	
2154	MANTENIM.REP DE OTROS EQUIPOS	610 957 000	132 063 292	
2223	OTROS REPUESTOS	611 591 300	131 671 954	
2206	TINTAS, PINTURAS Y DILUYENTES	359 595 000	67 600 757	20
2221	REP.EQUIPO DE TRANSPORTE	248 118 000	53 286 230	
2151	MANTENM.INSTALAC Y OTRAS OBRAS	420 208 000	50 012 100	
2215	OTROS MAT Y PROD DE USO EN CONST	82 422 334	24 127 580	
2216	MAT. PROD. ELECTR.TELF.COMPUTO	135 892 275	23 594 032	
2212	MATERIALES Y PRODUCTOS METALICOS	109 097 541	22 086 507	
2159	MANT. REP. EQUIP. COMPUT Y SIST. INFO	99 818 500	22 032 091	
2157	MANT. REP. EQUIPO COMUNICACION	56 843 500	15 284 330	
2214	MADERA Y SUS DERIVADOS	23 082 000	9 976 533	
2218	MATERIALES Y PRODUCTOS DE VIDRIO	19 294 100	9 269 854	
2217	INSTRUMENT. Y HERRAMIENTA	67 104 500	8 823 846	
<b>Total General</b>		<b>6 843 252 314</b>	<b>1 496 057 303</b>	

Funete: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias 2017-2021

La Política Presupuestaria 2018-2019, en el lineamiento 4, sobre la formulación, ejecución, control y evaluación del uso de los recursos, indica:

*“Las unidades ejecutoras serán las responsables de realizar las etapas de formulación, ejecución, seguimiento y control de la gestión presupuestaria, para lo cual deben respetar la normativa técnica y presupuestaria y los lineamientos definidos por la Junta Directiva y otras instancias competentes en cuanto a la utilización de los recursos”.*

*Estrategias: (...) h. Realizar evaluaciones permanentes del presupuesto por parte de las unidades ejecutoras, a efecto de monitorear el comportamiento del gasto y realizar los ajustes que correspondan a la programación del Plan-Presupuesto, así como determinar posibles sobrantes, especialmente para financiar las subpartidas relacionadas directamente con la atención a los asegurados (as)”.*

Asimismo, la CCSS mediante el documento denominado “Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS”, establece, como parte de los procesos a ejecutar por el gobierno de las RIPSS, el seguimiento al ciclo presupuestario, e indica que esa dirección debe monitorear la formulación y ejecución presupuestaria, abriendo espacios de coordinación y análisis en la Red para un apoyo mutuo entre unidades, con el fin de maximizar la ejecución presupuestaria. Adicionalmente, en el documento se indica:

*“Para realizar esta coordinación y seguimiento se plantea la conformación de una comisión que involucre las áreas financiero contable de todos los establecimientos de la RIPSS, con la conducción desde la Dirección de red, con la finalidad de realizar sesiones de seguimiento a la ejecución presupuestaria, con una periodicidad máxima de cada tres meses, de tal manera que presenten ante el Consejo Consultivo los resultados de la ejecución presupuestaria y las medidas necesarias para mejorar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos financieros, esto permitirá avanzar hacia una coordinación estratégica, mediante la rendición de cuentas y el análisis de indicadores que faciliten la toma de decisiones en materia presupuestaria. (...)”*

*Cuando se acerca la finalización del periodo de ejecución presupuestaria, se realizará un análisis de remanentes en Red, de forma que se eviten sobre giros y subejecuciones mediante el análisis y negociación entre unidades de la misma Red”.*



La Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, en el artículo 110.- Hechos generadores de responsabilidad administrativa, estipula:

*“Además de los previstos en otras leyes y reglamentaciones propias de la relación de servicio, serán hechos generadores de responsabilidad administrativa, independientemente de la responsabilidad civil o penal a que puedan dar lugar, los mencionados a continuación: j) El incumplimiento total o parcial, gravemente injustificado, de las metas señaladas en los correspondientes proyectos, programas y presupuestos.”*

Las subejecuciones expuestas evidencian la falta de eficacia de los procesos de seguimiento y control de la gestión presupuestaria que realizan los responsables de las unidades en la región, en virtud de que, al cabo de los últimos cinco años, no fue invertido el 22 % del presupuesto asignado.

El Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador de la DRIPSS PC, mediante entrevista indicó, que se hace una revisión y monitoreo general de todas las subpartidas presupuestarias para evaluar la ejecución local, mediante la herramienta establecida por la Dirección de Presupuesto, que posee indicadores que hacen relación entre lo ejecutado y asignado. Asimismo, señaló que se ha promovido, en las unidades, que esos recursos sean aprovechados eficientemente y no solo quedarse con el dato de porcentaje ejecutado.

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, director DRIPSS PC, estableció en entrevista que en las revisiones que han efectuado, se evidencia la necesidad de que las unidades inviertan los recursos para el objetivo que fueron propuestos y, para ello, han incluido al área de compras dentro de la supervisión.

Por otra parte, los administradores de las áreas de salud mencionaron limitaciones operativas que condicionan el gasto de algunas subpartidas, como la 2156 “Mantenimiento y reparación de edificios por terceros”, la cual es ejecutada mediante procedimientos de contratación administrativa que, en su mayoría, depende de criterios técnicos por parte del ARIM PC. Además, que existe un grupo de cuentas que para su gasto se requiere de personal para la ejecución de trabajos de baja complejidad, ya que financian la compra de repuestos y materiales de construcción y, en los casos donde el recurso humano es escaso, se dificultan esas labores.

Esa situación puede incidir negativamente en el deterioro continuo y acelerado del equipamiento y la infraestructura, limitando la funcionalidad y disponibilidad del recurso físico, lo cual podría afectar la oportunidad o calidad en la prestación de los servicios de salud.

#### **2.4 SOBRE EL “PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PRUT” Y LA INCLUSIÓN DE LOS EQUIPOS CLASE A (CRÍTICOS) Y B (IMPORTANTES) AL MÓDULO DEL SOCO**

Se constató<sup>9</sup> el desarrollo del “Plan de Implementación del Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT)”, sin embargo, sus datos no han sido incluido en el Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO) y no tiene la aprobación de la Dirección de Mantenimiento Institucional, ya que, al 11 de marzo de 2022, se encontraban en la etapa del levantamiento de códigos de localización y sistemas electromecánicos.

Asimismo, de la consulta efectuada a seis unidades de la región, se determinó que cinco de ellas (DRIPSS PC y áreas de salud de Garabito, Chacarita, Orotina-San Mateo y Parrita), no habían iniciado o se encontraban en proceso de inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al SOCO, cuya fecha límite, de acuerdo con lo establecido por la Dirección de Mantenimiento Institucional en las circulares GIT-DMI-4416-2020 y GIT-DMI-0718-2021 | GIT-DMI-AIDMI-0167-2021, fue el 30 de junio de 2021 para los equipos “A” y 30 de junio de 2022 para los equipos “B”. En esa línea, solo el área de salud de Montes de Oro indicó haber finalizado dicho proceso.

<sup>9</sup> Información suministrada mediante entrevista efectuada, el 11 de marzo de 2022, al Lic. Hairo José Gámez Ruiz, Administrador; el Ing. Ignacio Guadamuz León y la Ing. Karen Ruiz Rodríguez del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, todos de la DRIPSSPC.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 16 “Sistemas de información”, indica:

*“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:*

- a) *Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno (...)*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el numeral 5.9 “Tecnologías de información”, disponen:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben propiciar el aprovechamiento de tecnologías de información que apoyen la gestión institucional mediante el manejo apropiado de la información y la implementación de soluciones ágiles y de amplio alcance (...).*

La situación señalada obedece a una gestión inoportuna de las instancias encargadas del mantenimiento a nivel local, respecto a la atención de los requerimientos solicitados para la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al módulo del SOCO, de acuerdo con lo establecido en las circulares GIT-DMI-4416-2020 y GIT-DMI-0718-2021 | GIT-DMI-AIDMI-0167-2021, así como la dependencia, de las unidades, de la colaboración y disponibilidad del ARIM para cumplir con algunas de las actividades y criterios requeridas en el PRUT.

El Lic. Hairo José Gámez Ruiz, administrador de la DRIPSS PC, mediante entrevista indicó desconocer las razones del por qué el Plan no ha sido aprobado por la Dirección de Mantenimiento Institucional, asimismo, mencionó que existe un porcentaje importante de unidades que han cumplido con lo requerido y se han girado instrucciones para concluir con el proceso acorde con los requerimientos de la institución, además, que se revisará con las unidades qué falta para cumplir.

El no disponer de la información requerida y en los plazos definidos por la Dirección Mantenimiento Institucional, podría generar una afectación en la oportunidad y en la correcta implementación de la solución tecnológica SAP4/HANA (ERP), toda vez que la información inserta dentro del módulo del SOCO, es insumo que se está utilizando para cargar el módulo de mantenimiento (PM) de SAP<sup>10</sup>, el cual vendrá a reemplazar al actual Sistema de Operación, Control y Mantenimiento, según lo indicado por las autoridades institucionales.

Lo anterior, tiene asidero en el oficio GG-0438-2022 | GM-2189-2022 | GIT-0199-2022 | GF-0497-2022, del 14 de febrero de 2022, remitido mediante la Web Master, donde se informó lo siguiente:

*“(...) La Junta Directiva de la Institución en el artículo 20 de la sesión N°8754, de fecha 04 de diciembre de 2014, aprobó la ejecución del “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Logística y Administrativa en la CCSS, basado en soluciones tecnológicas”, en la que se acordó lo siguiente:*

*“ACUERDO SEGUNDO: dado su impacto en la eficiencia, eficacia y mejora de la gestión institucional, la producción de información integrada para la orientación y conducción estratégica, así como el desarrollo de un sistema de costos robusto y de alto grado de especificidad, aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Financiera para la ejecución de la fase de diseño e integración (denominada fase cero) del “Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, cuyos principales componentes son la implementación a nivel institucional de un Enterprise Resource Planning (ERP) o Government Resource Planning (GRP), en las áreas financiera, administrativa y logística, así como el Proyecto de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). (...)*

<sup>10</sup> SAP: corresponde con las siglas del nombre alemán original de la compañía: Systemanalyse Programmentwicklung, que podría traducirse al español como “Desarrollo de programas de análisis de sistemas”

De esta forma, a partir del mes de noviembre del 2020 se inició la Fase Uno “Implementación del ERP” con la solución SAP4/HANA, de la cual se han concluido las etapas de Planificación, Planos de Negocio (análisis de procesos) y actualmente se encuentra en ejecución la Etapa de Realización o Configuración, que tiene un avance del 50%.

En este contexto, como parte de las actividades de implementación, se encuentra el levantamiento de la información denominada “Datos Maestros” relacionada con el Proyecto Complementario P1.08 Levantar datos para la gestión de mantenimiento, el cual forma parte del Plan de Innovación, insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la solución SAP4/HANA, y todas aquellas unidades que brinden servicios de apoyo (...).”

## 2.5 SOBRE LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PROPIEDADES UTILIZADAS POR LA CCSS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO GRATUITO POR PARTE DE TERCEROS

Se evidenció que 5 de los 7 inmuebles que se encuentran utilizados por la institución en calidad de préstamo en la región Pacífico Central, no disponen de convenios formales para su uso<sup>11</sup>:

Cuadro 6:

Condición Jurídica de los inmuebles utilizados por la CCSS adscritos a la Dirección de Red Integral de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central

Puesto de Salud	Propietario	Condición jurídica
Sede de área de salud Orotina San Mateo	Ministerio de Salud	Préstamo. La unidad <b>no dispone</b> de registros o documentación que respalden el uso bajo alguna de las modalidades indicados los edificios de la sede
EBAIS de Guacimal	Asociación de Desarrollo	Préstamo. <b>No se localizó el documento de préstamo de forma gratuita</b>
EBAIS de Labrador	Ministerio de Salud	Préstamo. La unidad <b>no dispone</b> de registros o documentación que respalden el uso bajo alguna de las modalidades indicados del EBAIS Labrador,
EBAIS de Matapalo	Ministerio de Salud	<b>No existe documento de Préstamo.</b>
EBAIS de Llorona	Compañía Palma Tica S.A.	<b>No existe documento de Préstamo.</b>

Fuente: Propia de Auditoría. Administradores de las sedes de área de Orotina; Chomes Monteverde, Parrita y Quepos

Las Normas de Control Interno para el sector público establecen lo siguiente, en el artículo 4.4.1, con respecto a la documentación y registro de la gestión institucional:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda”.*

Además, sobre el control de bienes y servicios provenientes de donantes externos, señalan, en el artículo 4.5.5:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, mantener, perfeccionar y evaluar las actividades de control necesarias en relación con los bienes y servicios*

<sup>11</sup> El “Compendio estadístico de conformación de áreas de salud, sedes, Ebáis y PVP de la CCSS del II semestre 2021”, de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud adscrita a la Gerencia Médica, muestra que 7 edificaciones adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, no son propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social, específicamente dos sedes de área: Cóbano y Orotina-San Mateo y cinco sedes de Ebáis: Guacimal, Labrador, Naranjito, Mata Palo y Llorona.



*provenientes de donantes externos, sean estos obtenidos bajo la modalidad de donación, cooperación técnica o cooperación financiera no reembolsable. Lo anterior, de manera que sobre esos bienes o servicios se ejerzan los controles de legalidad, contables, financieros y de eficiencia que determina el bloque de legalidad.*

*Como parte del control ejercido, deben velar porque tales bienes y servicios cumplan con la condición de satisfacer fines públicos y estén conformes con los principios de transparencia, rendición de cuentas, utilidad, razonabilidad y buena gestión administrativa”.*

El informe DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 de noviembre 2018, emitido por la Contraloría General de la República, denominado “Informe de auditoría de carácter especial sobre la condición jurídico-administrativa de las propiedades en sedes de EBAIS y de área su registro e incidencia en la prestación de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en la disposición 4.11, señaló:

*“Establecer, divulgar e implementar criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes que no pertenecen a la CCSS, considerando al menos: la condición jurídica de la propiedad (comodato, préstamo, alquiler, en proceso de traspaso a la CCSS), el estado físico de la infraestructura, los estudios técnicos de respaldo, los criterios de priorización de esa inversión, las alternativas de financiamiento, el periodo mínimo de usufructo o alquiler de la edificación para que la CCSS invierta en ella y los mecanismos de aprobación de las instancias que se definan, de manera que se brinde mantenimiento a estas sedes con apego a la normativa aplicable. Corresponderá a la Gerencia Médica realizar la implementación y aplicación de dichos criterios de acuerdo con lo estipulado en la Política y el Reglamento de Gestión de Mantenimiento Institucional. Remitir a la Contraloría General, a más tardar el 30 de abril de 2019, una certificación en la que se indique que los criterios fueron establecidos y que su estrategia de divulgación fue diseñada. Al 15 de enero del 2020, remitir una certificación que acredite la ejecución de la estrategia de divulgación y la implementación de los criterios”.*

El documento denominado “Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS”, establece:

*“Sedes a las cuales se debe aplicar los criterios para brindar mantenimiento: Las unidades ejecutoras que cuenten con sedes para la prestación de sus servicios con condición jurídica como lo son: Comodato; Préstamo; Alquiler; Proceso de traslado hacia la CCSS. Deberán aplicar los criterios definidos en el presente documento”.*

Ese mismo cuerpo normativo señala:

*“Mecanismos de aprobación para invertir. Respecto al mecanismo de aprobación para invertir en bienes inmuebles que no son propiedad de la CCSS, recordamos las directrices emitidas por el cuerpo Gerencial Institucional mediante oficio 27.722 de fecha 06 de noviembre 2001:*

- a) Las Unidades Ejecutoras deben realizar un estudio de costo-beneficio, que demuestre la necesidad y conveniencia para la Institución y la población asegurada de la inversión a realizar.*
- b) La remodelación de las instalaciones alquiladas o que son cedidas por las comunidades pueden ser presupuestadas únicamente por Unidades Ejecutoras que por su ubicación y dotación de recursos tengan necesidad de su realización. Asimismo, deben hacer un uso racional de los recursos que se dispongan.*
- c) Las Unidades Ejecutoras que llevan a cabo este tipo de gasto, deben incluir el impacto que tendría el Proyecto en el Plan Anual Operativo.*
- d) Las remodelaciones de las instalaciones que no pertenezcan a la Institución requieren de la autorización del director (a) de las Unidades Desconcentradas, director (a) de Sede Respectivo, del Director (a) Médico de Servicios de Salud en el caso de unidades no desconcentradas y en el caso de las Sucursales del Director Regional respectivo.*



e) Los contratos de arrendamiento de los edificios que son alquilados por la Institución, deben garantizar que los plazos de utilización del inmueble sean amplios, con el propósito de que se pueda asegurar el retorno de la inversión en la prestación del servicio al asegurado.

f) La cancelación de los pagos por concepto de remodelaciones no se puede realizar por medio de Fondos de Caja Chica, por cuanto este instrumento se utiliza para satisfacer necesidades urgentes, no previsibles y se incumple con la normativa institucional.

g) Las remodelaciones, adecuaciones y el acondicionamiento de instalaciones que no son propiedad de la CCSS, estarán sujetas a las políticas, a los lineamientos, pronunciamiento, dictámenes disponibles y aquellos que se emitan por las autoridades institucionales.

*Dichas directrices son conocidas y reiterada su vigencia en el año 2009, mediante el oficio GF-50.419, documento que es firmado nuevamente por todo el cuerpo Gerencial de la Institución en el periodo señalado.”*

Esta Auditoría consultó a los administradores de las áreas de salud las causas del por qué esos inmuebles no disponen de algún documento (comodato, préstamo, alquiler en proceso de traspaso de la CCSS) para la prestación de los servicios de salud, indicando:

- La Licda. Kendy Mora Badilla, administradora del área de salud Orotina San Mateo, mediante el correo electrónico institucional del 21 de abril 2022, indicó a esta Auditoría que la sede de área y el EBAIS de Labrador no disponen de convenio, por cuanto:

*“La unidad no cuenta con registros o documentación que respalden el uso bajo alguna de las modalidades indicados los edificios de la sede o EBAIS Labrador, en años anteriores la Dirección General solicitó colaboración a la Dirección de red para solventar dicha solución; no obstante, no se fue posible la gestión. Anexo oficio de solicitud como respaldo”.*

- Mediante oficio DM-ASOSM-366-2020, del 18 de septiembre 2020, el Dr. Carlos Sandí Delgado, director médico del área de salud de Orotina San Mateo, solicitó lo siguiente al Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central:

*“En base a (sic) Circular 273-2020, del 31 de agosto, 2020, Disposiciones DFOE-SOC-IF-00016-2018 de la Contraloría de la República, el suscrito Dr. Carlos Enrique Sandí Delgado, Médico director general del Área de Salud Orotina San Mateo, certifico:*

*1. Se tiene un consolidado de todos los inmuebles utilizados por el Área de Salud Orotina San Mateo que son propios y prestados a la Institución.*

*2. Se corroboró con todas las partes y no existe ningún documento, acta o convenio entre el Área de Salud o la CCSS con los Comités de desarrollo de Paso Agres, Dulce Nombre, Labrador ni con el Ministerio de Salud, dueño de la Sede de Área. Es necesario que, por el carácter legal correspondiente, la Dirección Red redacte un convenio para normalizar la situación con estos lugares y sobre todo con el Ministerio de Salud por la Sede del Área, situación que se ha planteado a su persona en varias ocasiones.*

*3. No se cuenta con bienes inmuebles alquilados*

*4. Se cuenta con información de cada uno de los inmuebles, que determina su condición administrativa y jurídica”.*

- La Licda. Melissa Sequeira Moraga, administradora del área de salud de Chomes-Monteverde (EBAIS de Guacimal), mediante correo electrónico del 19 de abril 2022, informó a esta Auditoría:



*“No se localizó el documento de préstamo de forma gratuita, ya que el inmueble ya tenía la implementación del aplicativo EDUS, cuando en el 2020 se realizaron las autorizaciones de los demás puestos de visita periódica. Adjunto documento de referencia, además el mismo está ingresado en la plataforma donde se registran las propiedades que utiliza la institución tanto propias como en préstamo (adjunto imagen) reportado al Área de control de activos”.*

- El Lic. José Durán Viales, administrador del área de salud de Quepos (EBAIS de Matapalo y La Llorona), mediante correo electrónico del 19 de abril 2022, informó a esta Auditoría:

*“Mata Palo: Desde el año 1995-1996 cuando se creó el Primer Nivel de Atención en Quepos, la Infraestructura actual siempre ha sido compartida con el CENCINAI de esta Localidad de Matapalo. No existe documento de Préstamo.*

*Llorona: A partir del año 2004-2005 se creó el EBAIS de Llorona, la Infraestructura ha sido prestada por la Compañía Palma Tica S.A. Desde hace 4 años la Dirección Regional Pacífico Central ha liderado un proceso de traspaso de un lote de 2.000 mtr2 que esta Empresa Palma Tica quiere donar a la CCSS, para la construcción del Puesto de Salud de Llorona, sin embargo, hoy en día no se ha podido realizar el traspaso. No existe documento de Préstamo”.*

El Dr. Wilburg Díaz Cruz, director de la DRIPSS PC, mediante entrevista del 13 de junio del 2022, indicó:

*“Con respecto al EBAIS La Llorona, es un inmueble que pertenece a Palma Tica. Aproximadamente hace 1,5 años logramos que Palma Tica donara un terreno con el fin de construir un EBAIS. Esa documentación -a nivel jurídico/notarial- es demasiado dilatoria, por lo que aún no se dispone de la aceptación definitiva de la institución. Al respecto, ya se tiene del estudio técnico regional y recomendación legal, se recibió la carta de ofrecimiento de Palma Tica. Hace dos meses se realizó seguimiento, ante lo cual, la parte jurídica de la Gerencia Médica aun no lo había elevado a la parte notarial, por lo que esperamos que ya se encuentre allí y que el terreno esté a favor de nosotros.*

*Paralelamente, se tiene un convenio con el INDER donde se les propuso una inversión en ese EBAIS; sin embargo, no resultaría conveniente que se acepte un inmueble que no cumple y que además tiene una solicitud de cierre por el Ministerio de Salud, donde se le han realizado algunas mejoras para darle sostenibilidad.*

*En asunto con el área de salud Orotina- San Mateo obedece a un traspaso de funcionarios de buena fe que, se realizó aproximadamente hace 30 años por parte del director regional en aquel momento del Ministerio de Salud. Es decir, la CCSS utiliza el inmueble del Ministerio de Salud y a la inversa. Hemos tratado de analizar, desde el punto de vista de factibilidad, si podemos iniciar un proceso de aceptación de este inmueble, pero también depende de la aceptación del Ministerio de Salud que ocupa la infraestructura del área de salud.*

*Para el 2020-2021 se logró que se priorizara el proyecto del área de salud de Orotina dentro del fideicomiso CCSS-BCR, el cual, a la fecha, se encuentra en fase de diseño. En virtud de ello y tomando en consideración que el proceso con el Ministerio de Salud conllevaría más de un año, consideramos que no sería tan procedente.*

*Con respecto al EBAIS El Labrador, ya se recibió la documentación. El inmueble es algo viejo, lo cual, en ocasiones, genera dificultades para la aceptación por la parte técnica. Se ha valorado con la asociación de desarrollo, generar un proyecto con una institución no CCSS para construir el EBAIS allí, debido a que es una población permanente y en crecimiento. Se ha logrado analizar el edificio al cual se le ha dado mantenimiento.*



*Finalmente, en caso de que no se logre el financiamiento para el EBAIS con el INDER u otra institución, se aceptaría la donación definitiva de la propiedad a favor de la CCSS, debido a que sí cumple con los requerimientos. Se está gestionando un comodato con la asociación.*

*En relación con el EBAIS Guacimal que pertenece a la asociación, se está desarrollando el convenio, debido a que el anterior no cumplía con el proceso. Hay una inversión de 122 millones de colones que ya se realizó.*

*En lo referente al EBAIS Mata Palo creo que tenía un impedimento con el Ministerio de Salud, el cual verificaré para suministrarles la información con mayor certeza”.*

Referente a la donación de propiedades a favor de la institución es importante hacer mención al oficio GA-DJ-02221-2021, del 22 de marzo 2021, donde el Lic. Wady Vega Solís, jefe del Área de Gestión Notarial, le informa al Dr. Wilburg Diaz Cruz, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, la importancia de que los proyectos a ejecutar con donaciones de terrenos estén incorporados en el Portafolio de Proyectos de Inversión institucional, donde cita:

*“(…) Ahora bien en el presente caso, al tratarse de un proyecto de EBAIS local y cuyo valor a los estudios realizados por el “ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO PACÍFICO CENTRAL DE LA C.C.S.S” no supera los límites del MODICO para ser visto por la Junta Directiva, y por cuanto el Proyecto de Ebáis en la Llorona de Quepos no se encuentra incorporado en los Portafolios de Inversiones Institucionales que corresponde al 2017 al 2021 y 2021 al 2030, considera esta Dirección Jurídica, Área de Gestión Notarial, que de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para la Tramitación de Donaciones en favor de la CCSS, la competencia para suscribir tanto la Resolución Administrativa de Aceptación de donación así como canalizar el trámite de formalización ante la notaría institucional, le corresponde a la Gerencia Médica con la participación de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, determinando de acuerdo a los estudios la disponibilidad presupuestaria, así como la priorización del proyecto, incorporándolo a la inversión requerida en el portafolio correspondiente”.*

*Es importante recordar lo que indica el Procedimiento de Ingreso al Portafolio, insertó en el “Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, 2021-2030”, donde establece:*

*“Mediante la Sesión 556 del 25 de mayo de 2020, el Consejo de Presidencia y Gerentes aprueba y autoriza la divulgación y socialización del “Manual de Procedimientos Banco de Iniciativas y Portafolio Institucional de Proyectos”.*

*De acuerdo con dicho procedimiento, los proyectos, antes de cumplir con la etapa de planificación, reciben el nombre de iniciativas y deben ingresar primero al denominado Banco de Iniciativas donde se analizan y priorizan, y de cumplir con los requerimientos técnicos, se programan y se realizan los estudios de preinversión, como paso previo a su ingreso al Portafolio. Se pretende con el Banco de Iniciativas, que el Portafolio contenga principalmente proyectos que ya cuentan con factibilidad técnica, financiera, de recursos humanos, y sostenibilidad y están listos para las etapas de diseño, contratación, ejecución, puesta en marcha y mantenimiento. Según lo anterior, en lo sucesivo, los proyectos deberán pasar por este procedimiento para ser incluidos en el Portafolio (…). (El subrayado no es parte del original)*

La incerteza jurídica constituye un riesgo de la institución frente a los dueños de los inmuebles dados en calidad de préstamo gratuito, ya que desconoce por cuánto tiempo se puede disponer de estos. Ante una eventual negativa de los propietarios de seguir facilitando el uso de las instalaciones, todas las consultas programadas se suspenderían, lo que conllevaría a una dilación en la prestación de los servicios de salud y obligaría a pacientes y funcionarios a trasladarse a otro sitio, sin la debida planificación, o exponerse a la cancelación definitiva de la consulta, ante la imposibilidad de encontrar otro sitio donde prestar los servicios, lo que podría afectar a una población adscrita de 27 223 personas<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Compendio estadístico de conformación de áreas de salud, sedes, EBAIS y PVP de la CCSS del II semestre 2021.



Adicionalmente, al invertir recursos económicos en infraestructura con esa condición jurídica contraviene la normativa institucional, ejemplo de lo anterior es, el expediente 2019CD-0000019-2256 “Mejoras del Servicio de Urgencias del Área de Salud Orotina San Mateo”, donde se invirtió más de 40,2 millones de colones; o la contratación de la Mejora, Construcción y Adición del Edificio del Puesto de Salud de Matapalo (expediente 2014CD-000010-2594), donde se invirtió más de 15,7 millones de colones, y en ambos casos sin que medie un convenio de uso como lo establece la normativa vigente.

## 2.6 SOBRE EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO

De la consulta efectuada a los administradores de las 12 áreas de salud de la región Pacífico Central, se determinó que en ninguna de las unidades se han implementado programas de mantenimiento del recurso físico, acordes con los lineamientos establecidos por la Dirección de Mantenimiento Institucional.

En el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGMI), se decreta la importancia y obligación de la formulación de un programa de mantenimiento del recurso físico y lo define como:

*“Proceso documentado en el que se establecen acciones determinadas y periódicas de mantenimiento, a efectuar sobre el recurso físico con el fin de preservar sus condiciones normales de operación”.*

Asimismo, en el artículo 44, sobre la elaboración del programa de mantenimiento, se establece:

*“El funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento en el ámbito local o regional debe elaborar el Programa de Mantenimiento, en el que se consigne un diagnóstico de la gestión de mantenimiento, los objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo establecidas. Este programa, será un insumo para el Plan Anual Operativo de mantenimiento en lo que se refiere a las metas de corto plazo. El Programa de Mantenimiento se elaborará de acuerdo con los lineamientos institucionales que emita la Dirección de Mantenimiento Institucional y deberá incluir los indicadores pertinentes para conocer la eficiencia de la gestión y la eficacia en el cumplimiento de los objetivos del Programa”.*

En esa línea, la Dirección de Mantenimiento Institucional diseñó la “Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de la CCSS”, la cual tiene como objetivo general, la normalización del proceso de elaboración de programas de mantenimiento, y en el alcance indica:

*“Todas las unidades de la CCSS, y en todos los niveles de atención, deben tener un programa de mantenimiento donde este contemplado el recurso físico (planta física, equipos, instalaciones, mobiliario, equipo de cómputo, etc.), de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Mantenimiento Institucional (SIGMI)”.*

En el apartado 6.2, sobre la “Formulación del Programa de Mantenimiento”, se describen las actividades para su elaboración, las cuales incluyen el inventario técnico, definición del tipo de mantenimiento, análisis de la capacidad resolutoria y programa de actividades de mantenimiento.

Seguido, en el punto 6.2.5, sobre la “Programación de las actividades de mantenimiento”, establece:

*“Con base en la información obtenida en los apartados anteriores, se procederá a elaborar un documento, hoja electrónica o cronograma donde se defina la programación del mantenimiento preventivo a realizar al recurso físico; parte de la información requerida para la elaboración de dicho cronograma se encuentra ya definida en la tabla 2”*

Los administradores de las áreas de salud determinaron, como algunas de las causas que influyen en no haber desarrollado el programa citado, el desconocimiento del instrumento, carecer de personal para su aplicación y el no ser requerido por el nivel regional o central.

Además, en cuatro unidades (Barranca, Chacarita, Chomes-Monteverde, Montes de Oro), se amplió la respuesta utilizando el siguiente argumento:

*“No se cuenta con personal especializado en la materia que apoye la gestión administrativa, ni tampoco con una estructura mínima en el área de mantenimiento que apoye las gestiones administrativas, de diagnóstico y planificación. (...)”*

Asimismo, en el área de salud de Parrita indicaron:

*“(...) a la fecha no se ha podido integrar en tiempo y forma un Comité Evaluador de la Gestión del Mantenimiento, para desarrollar un abordaje integral de las oportunidades de mejora que presenta el servicio de Ingeniería del área de salud de Parrita, lo anterior debido a la carga de trabajo tan demandante de dicho departamento, siendo que por parte de la unidad se tienen vigentes una gran cantidad de contratos y otras obras que absorben la totalidad de la jornada laboral de los trabajadores”.*

La ausencia de programas de mantenimiento limita la planeación estratégica, táctica y operativa del mantenimiento, generando ineficiencia en la conservación de las instalaciones y equipos; además, afecta económicamente a la institución, al aumentar los costos de reparación por no atender preventivamente el recurso físico.

La situación descrita debilita el sistema de control interno institucional, en virtud de que la normativa relativa al mantenimiento es constituida con el objetivo de establecer el marco regulatorio para proteger las inversiones, así como garantizar la disponibilidad y confiabilidad del recurso físico durante su vida útil.

## 2.7 SOBRE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL DE PROYECTOS DE REMODELACIÓN LOCAL

Esta Auditoría evidenció que, en dos proyectos realizados (área de Salud de Garabito y hospital Max Terán Valls), no se cumplieron -a cabalidad- los requerimientos técnicos solicitados en el pliego cartelario; adicionalmente, un recinto en el área de salud de Orotina, destinado a cirugía menor, no está siendo utilizado para el motivo por el cual fue diseñado. En resumen, de los 7 proyectos revisados<sup>13</sup>, en 3 (43 %) se encontraron debilidades en la recepción de las obras y en el uso y aprovechamiento de las instalaciones, a saber:

- **Expediente de contratación 2019CD-000009-2592 “Remodelación del Servicio de Emergencias del Área de Salud Garabito”**

Se evidenció que las especificaciones técnicas son generales (describen los trabajos) y no detallan los aspectos técnicos (no se establecen los requerimientos técnicos de los materiales) para la ejecución de cinco temas medulares: **1)** reemplazo de estructura de cielorraso, **2)** acondicionamiento de pared de cubículo de inyectables, **3)** instalación de rieles para cortina en camas de observación, **4)** reconstrucción de malla lateral este del edificio sede del EBAIS de Quebrada Ganado y **5)** ampliación de espacio para cama de Shock; en este sentido, se observó, en el cartel, que las mismas empresas -al momento de la visita al sitio- detallaron las especificaciones técnicas (folio 045 del expediente de contratación), las cuales fueron firmadas por la Licda. Eilyn Fallas Fernández, jefe del Área de Gestión de Bienes y Servicios. Además, el análisis técnico fue firmado por la Licda. Xinia Zamora Montes, administradora (folio 140 del expediente de contratación); dichas funcionarias no tenían la competencia técnica para validar o emitir un criterio especializado.

<sup>13</sup> Esta Auditoría revisó el Sistema Integrado de Actividad Contractual (SIAC) de la Contraloría General de la República, con el objetivo de seleccionar de manera aleatoria, expedientes de contratación de proyectos de remodelación que se han realizado en los centros médicos adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, entre los períodos 2019 al 2021. Se seleccionaron las siguientes compras: 1) 2019CD-0000019-2256, 2) 2019CD-0000009-2592, 3) 2019CD-0000014-2308, 4) 2019CD-0000015-2308, 5) 2020CD-0000024-2351, 6) 2020CD-0000004-2598 y 7) Expediente 2021CD-0000002-2586.

En cuanto a la revisión de la ejecución contractual, no se logró determinar los requerimientos técnicos de los materiales; asimismo, en la inspección se evidenció que no se colocó la totalidad del rodapié en la pared del cubículo de Emergencias y el llavín instalado en el cubículo de inyectables es simple con llave, no tiene el dispositivo tipo palanca solicitado en la especificación técnica.

- **Expediente 2019CD-000014-2308 “Mantenimiento preventivo y correctivo de edificios y locales (remodelación y ampliación de 02 cuartos de procedimientos y 2 cuartos de aseo del hospital Dr. Max Terán Valls)”**

En la revisión de la ejecución contractual se observó que no se ha instalado una cornisa o que exista un borde redondeado de madera en los cuartos de procedimiento y aseo, como lo establece el cartel.

- **Expediente 2019CD-000019-2256 “Mejoras del Servicio de Urgencias del Área de Salud Orotina San Mateo”**

La inspección evidenció que, dentro de las mejoras del servicio de Emergencias del área de salud Orotina San Mateo, se remodeló un recinto para ser utilizado en cirugía menor con características especiales: piso monolítico, curva aséptica piso-pared y pared-cielo; sin embargo, actualmente no está siendo utilizado con el fin del diseño, sino como un consultorio ordinario, por lo que existe un desaprovechamiento de la infraestructura mejorada.

La Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, en el artículo 110 “Hechos generadores de responsabilidad administrativa”, establece:

*“Además de los previstos en otras leyes y reglamentaciones propias de la relación de servicio, serán hechos generadores de responsabilidad administrativa, independientemente de la responsabilidad civil o penal a que puedan dar lugar, los mencionados a continuación: (...) e) El empleo de los fondos públicos sobre los cuales tenga facultades de uso, administración, custodia o disposición, con finalidades diferentes de aquellas a las que están destinados por ley, reglamento o acto administrativo singular, aun cuando estas finalidades sean igualmente de interés público o compatibles con los fines de la entidad o el órgano de que se trate (...).”*

La Ley de Contratación Administrativa, en el artículo 13, dispone sobre la fiscalización, lo siguiente:

*“La Administración fiscalizará todo el proceso de ejecución (...), la Administración tiene la potestad de aplicar los términos contractuales para que el contratista corrija cualquier desajuste respecto del cumplimiento exacto de las obligaciones pactadas. Si la Administración no fiscaliza los procesos, eso no exime al contratista de cumplir con sus deberes ni de la responsabilidad que le pueda corresponder”.*

El manual de procedimientos para uso de las unidades facultadas y autorizadas para adquirir bienes y servicios en la CCSS, indica que corresponde al encargado general del contrato, entre otras funciones, asegurar el fiel cumplimiento del objeto de la contratación, tanto cualitativa como cuantitativamente, de acuerdo con los informes de seguimiento técnico de ejecución que emita para ello el fiscalizador del contrato, el director o jefe de proyecto, en caso de obras, tecnologías o comunicaciones, y que el incumplimiento de deberes puede acarrear responsabilidad administrativa, civil o penal.

Dicho manual define, como fiscalización del contrato, el mecanismo de control encaminado a vigilar, supervisar y evaluar el desarrollo de la ejecución de los contratos a cargo de un órgano técnico designado al efecto. Su omisión o deficiente ejercicio dificulta la corroboración de concordancia del objeto contractual definido en el cartel y la oferta, con lo efectivamente entregado o que se estén realizando conforme con lo pactado, en concordancia con las leyes, reglamentos, normas y demás disposiciones vinculantes.

La Licda. Xinia Zamora Montes, administradora del área de salud de Garabito, indicó a esta Auditoría, sobre la participación de la ARIM PC para la elaboración de especificaciones, lo siguiente:

*“Debido a que los ingenieros de la ARIM tienen a cargo todas las Áreas de Salud, las obras menores se realizan sin el acompañamiento de ellos, máxime que en ese periodo ellos tenían a cargo el cambio de la acometida eléctrica de la clínica de Jaco (sic) y el proyecto de los módulos (contenedores), por lo que no tuvimos su acompañamiento. Tampoco se les solicitó formalmente su participación. Lo único que tenemos es una propuesta realizada ante el director regional Dr. Rainier Chaves, en el año 2016. Generalmente se deben enviar los proyectos para aprobación a finales de cada año para que la ARIM realice programación y los diseños para el periodo siguiente. Básicamente estas son las razones por las que no contamos con la colaboración y participación del Área de Ingeniería y Mantenimiento. Importante hay que indicar que las obras por mantenimiento de infraestructura en las Unidades de la Región Pacífico Central supera enormemente el número de ingenieros que conforman la ARIM”.*

Es criterio de esta Auditoría que lo expuesto obedece a debilidades en los procesos de supervisión y recepción de obra pública; al respecto, lo evidenciado en el área de salud de Orotina San Mateo tiene su origen en que la administración decidió trasladar el área de cirugía menor remodelada en el servicio de Urgencias a un recinto de consulta externa y el área de cirugía menor remodelada utilizarla como consultorio médico, por un aspecto de logística para la atención del COVID-19. Lo anterior, se observó en el oficio DRIPSSPC-ASOSM-0213-2022, del 24 de junio 2022, donde el Dr. Carlos Sandí Delgado, director médico del área de salud, informó a la Licda. Kendy Moya Badilla, administradora, lo siguiente:

*“Dentro de las modificaciones que se realizaron en Emergencias de la Sede de Área fue construir un espacio físico para realización de Cirugía menor y EKG ya que en la antigua infraestructura estos procedimientos se realizaban en Sala de shock. Tomando en cuenta lo anterior se construyó un espacio físico exclusivo para cirugía menor, pero en vista del incremento de casos COVID, todo el servicio de Emergencias se utilizó para la atención exclusiva de pacientes respiratorios, incluyendo este espacio.*

*Este incremento de casos ha hecho que el consultorio habitual, el consultorio que se ubica en el área de ambulancias y el consultorio de Cirugía menor sean utilizados para la atención de estos pacientes y para ello se cuenta con un médico de emergencias, un médico en plaza por excepción y de lunes a viernes con un médico del EBAIS Santa Rita y de uno de los 4 EBAIS de la Sede de Área. No puede este espacio ser utilizado para cirugía menor porque sería de alto riesgo atender estos procedimientos en un lugar donde están atendándose todo el día solo pacientes respiratorios y el pasarlos a este lugar representa un alto peligro de contagio”.*

Esta situación ocasiona un debilitamiento del control interno, debido a que no se logra corroborar, técnicamente, el cumplimiento total del pliego cartelario en el proceso de la ejecución contractual; asimismo, se genera un desaprovechamiento de los recursos públicos en cuanto a la construcción de instalaciones, debido a que existe una diferenciación de costos por metro cuadrado para recintos especializadas, que los de uso tradicional para la oficina o consultorio médico.

### **3. SOBRE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL SISTEMA DE OPERACIÓN, CONTROL Y MANTENIMIENTO (SOCO) A NIVEL REGIONAL**

Se determinaron oportunidades de mejora en la calidad y uso de la información registrada en el SOCO, así como debilidades en cuanto a la seguridad en los accesos al sistema.

#### **3.1 SOBRE LA CONFIABILIDAD DEL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

De los datos extraídos del Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO) entre el 2019 y el 2021, se determinó que en la región Pacífico Central se tramitaron 55 102 solicitudes de mantenimiento, de las cuales, 14 009 (25 %) se registran en estado pendiente de finalizar (Ver anexo 2).



En relación con lo anterior, esta Auditoría verificó el estado real de atención de 117 solicitudes pendientes de finalizar en las áreas de salud de Orotina- San Mateo, Parrita, Miramar, Chacarita, Garabito y el hospital Max Terán Valls, determinando que 111 (95 %) estaban atendidas (Ver anexos 3 y 4).

La Ley General de Control Interno, en el artículo 16 “Sistemas de información”, indica lo siguiente:

*“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:*

*a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno (...).”*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el punto 1.2 “Objetivos de Control Interno”, punto b, señalan:

*“Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales”.*

Además, ese mismo marco normativo, en el Capítulo IV “Normas sobre actividades de Control Interno”, específicamente en el apartado 4.5.1 “Supervisión constante”, menciona lo siguiente:

*“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.”*

Mediante oficio GG-0438-2022 | GM-2189-2022 | GIT-0199-2022 | GF-0497-2022, del 14 de febrero de 2022, remitido mediante la Web Master a los directores de sede, directores (as) regionales de servicios de salud, directores (as) regionales de sucursales, directores (as) generales de hospitales, directores (as) administrativos financieros de hospitales, directores (as) de áreas de salud, administradores (as) de áreas de salud, jefes de áreas de sede, jefes de subáreas de sede, jefes de sucursales, jefes de ingeniería y mantenimiento y jefes de otras dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, se informó lo siguiente:

*“(...) La Junta Directiva de la Institución en el artículo 20 de la sesión N°8754, de fecha 04 de diciembre de 2014, aprobó la ejecución del “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Logística y Administrativa en la CCSS, basado en soluciones tecnológicas”, en la que se acordó lo siguiente:*

*“ACUERDO SEGUNDO: dado su impacto en la eficiencia, eficacia y mejora de la gestión institucional, la producción de información integrada para la orientación y conducción estratégica, así como el desarrollo de un sistema de costos robusto y de alto grado de especificidad, aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Financiera para la ejecución de la fase de diseño e integración (denominada fase cero) del “Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa de la CCSS basado en soluciones tecnológicas”, cuyos principales componentes son la implementación a nivel institucional de un Enterprise Resource Planning (ERP) o Government Resource Planning (GRP), en las áreas financiera, administrativa y logística, así como el Proyecto de Modernización del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE). (...)*

*De esta forma, a partir del mes de noviembre del 2020 se inició la Fase Uno “Implementación del ERP” con la solución SAP4/HANA, de la cual se han concluido las etapas de Planificación, Planos de Negocio (análisis de procesos) y actualmente se encuentra en ejecución la Etapa de Realización o Configuración, que tiene un avance del 50%.*



*En este contexto, como parte de las actividades de implementación, se encuentra el levantamiento de la información denominada “Datos Maestros” relacionada con el Proyecto Complementario P1.08 Levantar datos para la gestión de mantenimiento, el cual forma parte del Plan de Innovación, insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la solución SAP4/HANA, y todas aquellas unidades que brinden servicios de apoyo (...)*

*Ahora bien, es importante señalar que tanto la calidad de la información incluida así como el cumplimiento de los plazos definidos por la Dirección Mantenimiento Institucional, son de suma importancia para la correcta implementación de la solución tecnológica SAP4/HANA (ERP), toda vez que la información inserta dentro del Módulo del SOCO, es insumo que se está utilizando para cargar el Módulo de Mantenimiento (PM) de SAP, lo que permitirá realizar pruebas con datos reales en el sistema y facilitar el uso por parte de las unidades de la institución (...).*

Según información suministrada por las unidades evaluadas, esas diferencias en el estado de las solicitudes de mantenimiento reportadas por el SOCO y la condición real determinada en la revisión e inspección efectuada por esta Auditoría, son producto de la carencia de personal de mantenimiento (en algunas unidades), la desatención del seguimiento y actualización del estado en el sistema (por los funcionarios encargados), la diversidad de funciones de los administradores de las áreas de salud (que no disponen de personal de mantenimiento), la priorización de las necesidades por atención a la pandemia por COVID-19 y la omisión del cierre y finalización de las solicitudes atendidas, entre otras.

La situación señalada es producto de deficiencias de los procesos de revisión y seguimiento que permiten garantizar que la información recopilada, procesada y reportada en los sistemas institucionales mantengan la confiabilidad y calidad requerida para una adecuada toma de decisiones.

Lo anterior, genera un debilitamiento en el sistema de control interno, ya que las autoridades institucionales no disponen de información confiable que permita establecer, de manera real, el estado de atención de las solicitudes de mantenimiento, así como el avance o rezago existente en dicha gestión; además, dificulta los procesos de evaluación, supervisión y fiscalización, lo que podría afectar la oportunidad en la toma de decisiones a nivel local, regional y central.

### **3.2 SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE CUENTAS Y PERFILES DE ACCESO AL SOCO**

Se determinó que existen debilidades con respecto a la administración de cuentas y perfiles de acceso al Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO), ya que, según lo manifestado por administradores de las áreas de salud consultadas, se indica la utilización de un mismo usuario por varios funcionarios, así como desconocimiento del procedimiento de inhabilitación o eliminación de accesos. Asimismo, se establecen, en áreas de trabajo o servicios, la asignación de 2 o hasta 9 funcionarios con perfil autorizador y hasta 20 con perfil solicitante.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el inciso 1.4.5 sobre el control de accesos, refieren:

*“La organización debe proteger la información de accesos no autorizados. Para dicho propósito debe:*

*a. Establecer un conjunto de políticas, reglas y procedimientos relacionados con el acceso a la información, al software de base y de aplicación, a las bases de datos y a las terminales y otros recursos de comunicación (...)*

*c. Establecer procedimientos para la definición de perfiles, roles y niveles de privilegio, y para la identificación y autenticación para el acceso a la información, tanto para usuarios como para recursos de TI (...)*

*i. Establecer controles de acceso a la información impresa, visible en pantallas o almacenada en medios físicos y proteger adecuadamente dichos medios (...)*

e. *Asignar los derechos de acceso a los usuarios de los recursos de TI, de conformidad con las políticas de la organización bajo el principio de necesidad de saber o menor privilegio.*

*Los propietarios de la información son responsables de definir quiénes tienen acceso a la información y con qué limitaciones o restricciones”.*

Mediante oficio GG-DTIC-2315-2022, del 3 de mayo del 2022, la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones solicitó a los jefes de Centros de Gestión Informática de la institución, lo siguiente:

*“De acuerdo con el Manual de Organización de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, y los Lineamientos en Comunicaciones y Redes Informáticas en la CCSS DTI-N-CO-0002; se les recuerda a los niveles locales que administran sus equipos de comunicaciones, la aplicación en todo momento de la normativa.*

*Adicionalmente, el Presidente de la República, la Ministra de la Presidencia y la Ministra de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones hace extensiva la “DIRECTRIZ N° 133-MP-MICITT, DIRIGIDA A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRAL Y DESCENTRALIZADA SOBRE LAS MEJORAS EN MATERIA DE CIBERSEGURIDAD PARA EL SECTOR PÚBLICO DEL ESTADO”, la cual nos instruye a “cumplir las recomendaciones y medidas técnicas que emanen del Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones, por medio de la Dirección de Gobernanza Digital y el Centro de Respuesta de Incidentes de Seguridad Informática (en adelante CSIRT-CR), como ente coordinador de la ciberseguridad nacional, referentes a ciberseguridad y seguridad de la información, con el fin de mejorar las capacidades técnicas, de atención y de gestión de la ciberseguridad y seguridad de la información en las instituciones.”*

*Dicha aplicación es indispensable ante la situación que se está experimentando a nivel nacional de ataques cibernéticos, que, con el objetivo de minimizar la probabilidad de eventuales ataques en equipos de comunicaciones, y en vista que los equipos de comunicaciones de sus Unidades son administrados localmente; se solicita su colaboración para que con carácter de urgencia verifiquen, que cuentan con al menos las siguientes condiciones, a nivel de todos los equipos de comunicaciones:*

- 1. Tener instalada la versión del sistema operativo recomendada por el fabricante.*
- 2. Usar cuentas diferentes para la administración de cada equipo de comunicaciones.*
- 3. Usar contraseñas robustas para la administración de equipos, según lo establecido por el Área de Seguridad y Calidad de la Información, en las Normas Institucionales de Seguridad Informática TIC-ASC-SEG-0002.*
- 4. Dar mantenimiento preventivo y correctivo.*
- 5. Establecer Listas de Control de Acceso que permitan restringir el acceso remoto, solo a las direcciones IP que asignen los encargados de la unidad (CGIs, administradores de red, responsables de los equipos de comunicaciones).*
- 6. Utilizar solamente SSH v2 para el acceso remoto a los equipos.*
- 7. Habilitar NTP y syslog, que permita auditar para el manejo de incidentes.*
- 8. Asegurar el acceso mediante puertos de consola y aux, realizando la autenticación ya sea a nivel local, o Radius o TACACS+.*
- 9. Cualquier otra consideración que apliquen, de acuerdo con el criterio y experiencia local.*

*Adicionalmente, en atención a la Directriz N° 133-MP-MICITT, mediante alerta técnica MICITT-DGD-DRII-AT-127-2022 Medidas técnicas ante la situación nacional de ciberseguridad, se solicita implementar las siguientes medidas técnicas:*

- 1. Implementar en la institución sistemas de protección y seguridad DNS: mismo que ya se encuentra implementado por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones a nivel institucional desde el pasado 27 de abril 2022.*

2. *Cambio de contraseñas para todos los usuarios de todas las plataformas informáticas: se solicita su aplicación inmediata a más tardar el 05 de mayo, y comunicar al correo Grupo ASC-Subárea de Seguridad en TIC [gsaseg@ccss.sa.cr](mailto:gsaseg@ccss.sa.cr) el cumplimiento de la medida. Deben utilizar al menos 10 caracteres, que contengan mayúsculas, minúsculas, números y signos especiales, salvo que el sistema no permita esta definición, para lo cual deberá definir la mayor seguridad posible bajo las limitaciones del sistema.*
3. *Implementar el doble factor de autenticación en todos los sistemas que ofrezcan esta medida de seguridad: esta valoración la está realizando la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.*
4. *Realizar una revisión completa de los usuarios creados para cada uno de los sistemas informáticos y de comunicación, y el Active Directory (para las instituciones que lo utilicen), se debe verificar que sean usuarios válidos y reconocidos por la institución. En caso de detectar usuarios que no corresponda como válido o reconocido por la institución, proceder con su eliminación de forma inmediata (no inactivar, hay que eliminar): y comunicar al correo Grupo ASC-Subárea de Seguridad en TIC [gsaseg@ccss.sa.cr](mailto:gsaseg@ccss.sa.cr) el cumplimiento de la medida.*
5. *Realizar una revisión de la salida de internet de todos los servidores de la institución. Los servidores que no requieran salida a internet, proceder a deshabilitarla: Esta medida se está valorando a nivel de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, para su aplicación inmediata. Informar si existen equipos que necesariamente requieren salida a internet al correo Grupo ASC-Subárea de Seguridad en TIC [gsaseg@ccss.sa.cr](mailto:gsaseg@ccss.sa.cr)*
6. *Iniciar la implementación como medida preventiva de la aplicación de protección contra el malware tipo Ransomware, para equipos con sistema operativo Microsoft, que el CSIRT-CR estará coordinando directamente con su institución: esta medida ya está siendo implementada a nivel de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en conjunto con los Ingenieros Microsoft, Equipo DART. Por lo que se les solicita brindar cualquier apoyo que pudiera solicitarse a los Centros de Gestión Informática.*
7. *Implementar en la institución sistemas de protección de tipo EDR: dado que no contamos con una solución de este tipo, esta medida está en coordinaciones con el CSIRT-CR MICITT, dado que cuenta con licencias temporales ante esta situación de ciberseguridad nacional para las instituciones públicas por medio de cooperación público-privado. El equipo técnico está haciendo valoraciones costo-beneficio y tomando en cuenta nuestra infraestructura para la selección de la solución.*
8. *Definir una política de seguridad en la institución o agregarla a alguna política existente, la cual indique que todas las cuentas de usuario, para cada uno de los sistemas que no cuente con alguna actividad en un periodo de un mes, se deberá proceder con su eliminación de forma inmediata (no inactivar, hay que eliminar). No aplica para el usuario del correo electrónico: Es importante la aplicación inmediata en los sistemas institucionales.*
9. *Se les recuerda el cumplimiento del siguiente artículo de la Directriz 133 MPMICITT:*

*Artículo 4 - Se instruye a la Administración Pública Central y se insta a la Administración Pública Descentralizada a informar al Centro de Respuesta de Incidentes de Seguridad Informática (CSIRT-CR) de Costa Rica sobre los incidentes que ocurran en sus instituciones que afecten la confidencialidad, disponibilidad e integridad de servicios disponibles al público, o la continuidad de las funciones institucionales, o la suplantación de identidad de la institución en redes sociales, incluso aquellos incidentes que a lo interno de la institución se consideren bajo control.*

*Dichos incidentes se deberán informar a la dirección [csirt@micit.go.cr](mailto:csirt@micit.go.cr) proporcionando, al menos, los siguientes datos: nombre, vía de contacto, institución del estado afecta y descripción del problema. Adicionalmente, se instruye a la Administración Pública Central y se insta a la Administración Pública Descentralizada a respaldar la información referente al incidente acontecido, para las investigaciones correspondientes. El resaltado y el subrayado no son partes del original.*

*En relación con esta instrucción, las notificaciones al CSIRT del MICITT está bajo la gobernanza de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, por lo que es imprescindible recordarle a los usuarios que ante cualquier sospecha de ataque o malware debe reportarlo de inmediato al teléfono: 2539-1000, correo [servicios-tic@ccss.sa.cr](mailto:servicios-tic@ccss.sa.cr), en TEAMS como Mesa de Servicios TIC o con su CGI respectivo, para cualquier atención inmediata del incidente”.*

Con la finalidad de verificar la cantidad de funcionarios con perfiles de acceso al SOCO, el 24 de marzo de 2022, el Ing. Irvin Madrigal Soto, funcionario del Área Administración de Edificios de la Dirección Mantenimiento Institucional, suministró a esta Auditoría, los listados de colaboradores activos del citado sistema de información, correspondientes a las áreas de salud de Orotina- San Mateo, Garabito, Parrita, Miramar, Chacarita y el hospital Max Terán Valls, de los cuales, se establecen 404 funcionarios con acceso al SOCO (103 con perfil de “Autorizador” y 301 de “Solicitante”); además, se observa que algunos de los servicios disponen de 2 o hasta 9 funcionarios con perfil autorizador y hasta 20 con perfil solicitante (Ver anexo 5).

Asimismo, el 30 de marzo de 2022, esta Auditoría solicitó a los administradores de las áreas de salud de Orotina-San Mateo, Garabito, Parrita, Miramar, Chacarita y el hospital Max Terán Valls, indicar los procedimientos definidos para la administración de cuentas y perfiles de acceso al SOCO. De la información suministrada por las unidades evaluadas, se estableció que dichos funcionarios carecen de claridad o certeza sobre la ejecución, por parte de las jefaturas de servicio, del procedimiento o solicitud de inhabilitación o eliminación de accesos en caso de incapacidad, permiso prolongado, traslado o salida de la institución; además, algunas de las unidades indican la utilización de un mismo usuario por varios funcionarios, con el fin de brindar seguimiento y cierre de las labores asignadas (en el caso de sustituciones).

Las debilidades en la administración de usuarios para el acceso al Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO), se generan por una inadecuada gestión de control y seguimiento en la asignación e inhabilitación de las cuentas y perfiles, así como al incumplimiento normativo por parte de aquellos funcionarios y jefaturas que permiten la utilización compartida de esos usuarios y contraseñas.

Lo anterior, podría generar la existencia de personal con perfiles de acceso superiores al requerimiento (según puesto), así como funcionarios que ya no laboran en la unidad o servicio (inicialmente asignado) y que mantienen acceso al sistema, aumentado la posibilidad de accesos no autorizados, modificación, sustracción o pérdida de información accidental o malintencionadamente, lo cual podría producir un daño económico y de prestigio, afectando la imagen institucional.



## CONCLUSIONES

Los resultados de la evaluación permiten identificar oportunidades de mejora en los procesos de la gestión administrativa y operativa que se efectúa en la región Pacífico Central, referente a la planificación y ejecución de proyectos regionales de obra pública, gestión del mantenimiento del recurso físico del nivel local y la calidad de la información del Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO), que requieren resolverse en aras de garantizar la eficiencia y eficacia de los procesos que se ejecutan, con el objetivo de fortalecer el desarrollo de la infraestructura, mantenimiento y equipamiento regional y local.

En lo referente a la planificación y ejecución de proyectos, se evidencia la necesidad de adoptar una cultura de gestión que promueva el desarrollo de la aplicación de sanas prácticas enfocadas al cumplimiento de los objetivos. Lo anterior, fundamentado en que no se cumple integralmente con las fases del ciclo de vida de proyectos, en aspectos tales como: priorización, calidad de la información, elaboración e implementación de herramientas, ejecución y cierre anual del portafolio, además, por una débil rendición de cuentas de la unidad técnica que los ejecuta, ya que no se fundamenta en la planificación de sus actividades sustantivas, sino, en función de la cantidad de proyectos que realice en un determinado periodo.

Con respecto a la gestión del mantenimiento desarrollada en el nivel local, las pruebas realizadas por este Órgano de Control y Fiscalización permitieron confirmar debilidades y oportunidades de mejora, que, de no atenderse, podrían incidir de manera negativa en el estado de conservación del recurso físico y en la calidad y continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Por otra parte, es importante apuntar la necesidad de que a nivel institucional exista una estructura organizacional y funcional de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento debidamente regulada y aprobada, donde se establezca mediante criterios cuantitativos la cantidad de funcionarios y las respectivas especialidades que debe tener cada centro médico acorde a su complejidad.

Sobre la calidad de la información del Sistema de Operación Control y Mantenimiento (SOCO), se considera que lo expuesto en el informe genera un debilitamiento en el sistema de control interno, ya que los usuarios no disponen de información confiable que permita establecer de manera real, el estado de atención de las solicitudes de mantenimiento, así como el avance o rezago existente en dicha gestión; además, dificulta los procesos de evaluación, supervisión y fiscalización, lo que podría afectar la oportunidad en la toma de decisiones a nivel local, regional y central. Asimismo, las actividades de protección o técnicas de seguridad deben basarse -principalmente- en proteger el ambiente físico y la seguridad informática; sin embargo, al existir debilidades de control en la administración de usuarios y perfiles para el acceso a los sistemas institucionales, no se garantiza la integridad, disponibilidad, confiabilidad y calidad de la información, ya que la misma se encuentra expuesta a eventuales accesos no autorizados, modificación, sustracciones o pérdidas, así como transacciones no autorizadas que podrían generar el uso, modificación y divulgación de datos sensibles.

Por último, esta Auditoría considera como un riesgo el no disponer de la totalidad de la información solicitada por la Dirección de Mantenimiento Institucional, relacionada con el Procedimiento del Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT) en los plazos definidos, lo que podría generar una afectación en la oportunidad y en la correcta implementación del sistema de información, como parte del “Plan de Innovación para la Mejora de la Gestión Financiera, Logística y Administrativa en la CCSS, basado en soluciones tecnológicas”. Asimismo, en virtud de la relevancia institucional que reviste la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) en el Módulo del SOCO, a criterio de esta Auditoría, las instancias técnicas y jerárquicas competentes deben aumentar los esfuerzos realizados hasta la fecha en la región Pacífico Central, con el fin de cumplir con los objetivos y plazos definidos por la Dirección Mantenimiento Institucional.

## RECOMENDACIONES

### AL DR. WILBURG DÍAZ CRUZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PACÍFICO CENTRAL A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Analizar, en coordinación con el Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador Regional, lo evidenciado en el hallazgo 1.1, en lo referente a las debilidades en la gestión de proyectos que realiza el ARIM PC, con el objetivo de determinar los aspectos necesarios para fortalecer la metodología aplicada por esa área técnica en cuanto al ciclo de vida de los proyectos (inicio, planificación, ejecución, seguimiento y cierre). De conformidad con los resultados del análisis, establecer e implementar las acciones requeridas para subsanar lo evidenciado y robustecer la metodología de administración del portafolio de proyectos.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría, la documentación donde conste los resultados del análisis y las acciones a implementar para fortalecer la metodología implementada en cuanto al ciclo de vida del proyecto (en un **plazo de 6 meses**, posterior al recibo del presente informe).

2. Vincular las actividades sustantivas del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central con los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva de la Institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los objetivos. De conformidad con los resultados de la vinculación y de ser necesario actualizar esas funciones sustantivas. Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el hallazgo 1.2 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentados los resultados de la vinculación y la actualización pertinente (en un **plazo de 6 meses**).

3. Establecer metas y los respectivos indicadores en el Plan Presupuesto de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central, correspondientes al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, los cuales deben estar vinculados con las actividades sustantivas que realiza dicha área regional de ingeniería, con el objetivo de contribuir con la toma de decisiones para el mejoramiento de la gestión regional de ingeniería y mantenimiento. En ese sentido, las metas deben responder a la metodología institucional denominada "Instructivo para la Formulación del Plan Presupuesto". Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el hallazgo 1.3 del presente informe

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la evidencia documental sobre lo actuado, donde se consideren las razones técnicas de la inclusión o exclusión de las actividades del Plan Presupuesto en función de los procesos que realiza el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central (en un **plazo de 12 meses**).

4. Instruir y brindar seguimiento y fiscalización para que las unidades adscritas a esa Dirección de Red desarrollen una estrategia para implementar lo establecido en la "Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de las CCSS", con el objetivo de que cada unidad ejecutora elabore los programas correspondientes. Lo anterior, de conformidad con los hallazgos 2.1 y 2.6 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado el consolidado de las estrategias donde se observe al menos: un cronograma con plazos, las actividades a desarrollar, responsabilidades y el seguimiento efectuado por esa Dirección de Red, en un **plazo de 12 meses**.

5. Elaborar los diagnósticos de las condiciones de los inmuebles de las 9 sedes de EBAIS pendientes, con el objetivo de cumplir la instrucción solicitada por el Dr. Eduardo Cambronero Hernández, director de la Dirección de Red de Servicios de Salud, mediante el oficio DRSS-PLA-409-2019, del 25 de febrero 2019. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 2.2 del presente informe.



Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez efectuados los diagnósticos de los inmuebles adscritos a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central. (en un **plazo de 6 meses**)

6. Efectuar las acciones administrativas correspondientes para garantizar la seguridad jurídica de los inmuebles de la sede de área de salud Orotina San Mateo, así como los EBAS de Guacimal, Labrador, Mata Palo y La Llorona, en caso de que exista imposibilidad material para realizar el acto, efectuar la resolución administrativa correspondiente considerando la evaluación de los riesgos. Debe analizar igualmente la administración en caso de aceptar terrenos en donación y no se encuentren construidos, garantizar que el proyecto a realizar este incorporado en el Banco de Iniciativas, como lo establece el *"Manual de procedimientos del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional"*.

Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez remitidas las acciones efectuadas o en su defecto las resoluciones administrativas emitidas en un **plazo de 12 meses**.

7. Elaborar una estrategia que permita atender las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo del recurso físico del primer nivel de atención, considerando como mínimo los siguientes aspectos: determinación de la capacidad de acción en materia de ingeniería y mantenimiento, tanto en el ARIM como en las unidades adscritas aplicando la metodología definida en el manual para la elaboración de estudios técnicos de necesidades del recurso humano, promoción de contratos regionales según demanda para el mantenimiento y la utilización de subpartidas como la 2149 *"Contratación servicios de ingeniería"*, para aumentar la capacidad resolutive regional y local. Lo anterior, de conformidad con los hallazgos 1.4, 2.1 y 2.3 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez presentada la estrategia la cual considere los aspectos solicitados, en un **plazo de 12 meses**.

8. Revisar en conjunto con las autoridades de las áreas de salud de Orotina-San Mateo y Garabito, así como el hospital Max Terán Valls, lo expuesto en el hallazgo 2.7 relacionado con las especificaciones técnicas del pliego cartelario y el uso y aprovechamiento de la infraestructura, con el objetivo de que se subsanen las debilidades expuestas y se ejecuten acciones que técnicamente y en derecho correspondan.

Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez presentado el documento con los resultados de la revisión y las subsanaciones respectivas, en un **plazo de 6 meses**.

#### **AL LIC. HAIRO DÍAZ CRUZ, EN SU CALIDAD DE ADMINISTRADOR DE LA RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PACÍFICO CENTRAL A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

9. Implementar en conjunto con las autoridades de las unidades adscritas a la región Pacífico Central, una estrategia que permita minimizar las subejecuciones y fortalecer el monitoreo del comportamiento del gasto de las subpartidas relacionadas con el mantenimiento. Lo anterior, de conformidad con los hallazgos 2.1 y 2.3 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez presentado el análisis de las causas y la estrategia implementada, en un **plazo de 12 meses**.

10. Instruir a los encargados de mantenimiento de las unidades adscritas a esa dirección, la revisión de las solicitudes de mantenimiento de los años 2019, 2020 y 2021, registradas con el estatus de pendiente de finalizar en el SOCO, con el propósito de actualizar la información para que esté libre de errores u omisiones. De conformidad con los resultados de la revisión y de ser procedente, dichas unidades deben efectuar un cronograma para la atención de las órdenes de trabajo pendientes (de conformidad con el análisis de riesgos pertinente) y la modificación del estado en el SOCO (de aquellas solicitudes que hubiesen sido atendidas previamente). Lo anterior según lo evidenciado en el hallazgo 3.1 del presente informe.



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, el oficio de instrucción, los resultados de la revisión de las solicitudes de mantenimiento y el cronograma para la atención de las ordenes de trabajo pendientes, lo anterior, en un **plazo de 8 meses**.

11. Instruir a los administradores de las unidades adscritas a esa dirección, efectuar las acciones administrativas que correspondan para que, en conjunto con los encargados o jefes de los Centros de Gestión Informática (de sus unidades o que les brindan colaboración), se cumpla con lo solicitado por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, mediante oficio GG-DTIC-2315-2022, del 3 de mayo del 2022, respecto a:

- La revisión completa de los usuarios creados para cada uno de los sistemas informáticos y el Active Directory, donde se debe verificar que sean usuarios válidos y reconocidos por la institución. En caso de detectar usuarios que no corresponda como válido o reconocido por la institución, proceder con su eliminación de forma inmediata (no inactivar, hay que eliminar); comunicar al correo Grupo ASC-Subárea de Seguridad en TIC [gsaseg@ccss.sa.cr](mailto:gsaseg@ccss.sa.cr) el cumplimiento de la medida.
- Todas las cuentas de usuario, para cada uno de los sistemas que no cuente con alguna actividad en un período de un mes, se deberá proceder con su eliminación de forma inmediata (no inactivar, hay que eliminar). No aplica para el usuario del correo electrónico.

Lo anterior, de conformidad con lo señalado en el hallazgo 3.2 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, el oficio de instrucción, la revisión completa de los usuarios creados para cada uno de los sistemas informáticos y el Active Directory, así como certificación donde se indique la eliminación de aquellas cuentas que se determinaron como no válidas, no reconocidas por la institución o sin actividad en el período de un mes, lo anterior, en un **plazo de 3 meses**.

12. Instruir a los encargados de mantenimiento de las unidades adscritas a esa dirección, efectuar las acciones administrativas que correspondan para que se cumpla lo solicitado en la circular GIT-DMI-4416-2020 | GIT-DMI-0718-2021 | GIT-DMI-AIDMI-0167-2021, respecto a la implementación y aprobación del “Plan de implementación del Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT)”, así como la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al módulo del SOCO. Lo anterior, de conformidad con lo señalado en el hallazgo 2.4 del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir a esta Auditoría, el oficio de instrucción y la certificación emitida por cada una de las unidades (haciendo constar el cumplimiento y finalización de la implementación y aprobación del “Plan de implementación del Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT)”, así como, la inclusión de los equipos clase A (críticos) y B (importantes) al módulo del SOCO), lo anterior, en un **plazo de 2 meses**.

## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los alcances del presente informe se comentaron con el Dr. Wilburg Díaz Cruz, director, Lic. Hairo Gámez Ruiz, administrador, Dra. Pamela Aguilar Calderón, funcionaria, todos de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte.

Referente a los hallazgos 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4, el Dr. Wilburg Díaz Cruz indicó que existen varios puntos que no concuerda con su totalidad, pregunta que no sabe si entre los presentes de Auditoría tenemos ingenieros y que haya trabajado a nivel regional. El Ing. Paul Arroyo Agüero, le responde al Dr. Díaz Cruz que todos los que participaron en el informe son ingenieros. El Dr. Díaz Cruz, vuelve a consultar si han estado en una unidad trabajando solos. El Ing. Arroyo Agüero, indica que hemos evaluado gerencias, direcciones, unidades, áreas regionales de ingeniería y mantenimiento. El Dr. Díaz Cruz, menciona que no está preguntando sobre lo que han evaluado, sino que han trabajado técnicamente en una unidad. El Ing. Arroyo Agüero, le vuelve a indicar que hemos evaluado prácticamente todas las ARIM y que no se ha trabajado en la administración activa.



El Dr. Díaz Cruz, indica que materialmente para dos ingenieros y una arquitecta es imposible llevar el mantenimiento preventivo y correctivo y de construcción de 12 unidades, tanto así que las áreas nuevas de salud vienen concibiéndose con personal de mantenimiento y al menos con un ingeniero, entonces ustedes no me van a decir que lo que Junta Directiva firmó hace 15 años es útil o utilizable tanto tiempo después y eso son los hallazgos que uno quisiera se evidencien no solo en el nivel regional, sino que a nivel central. Por ejemplo, si las áreas nuevas vienen con un ingeniero electromecánico como así lo fue Parrita en el 2015 y pese a tener un ingeniero en una inversión millonaria para recuperar la parte del enfriamiento, entonces es imposible pretender que este grupo de ingenieros va a poder darle mantenimiento a todos. Uno lo que quisiera es que los hallazgos vayan en concordancia con la realidad no a acuerdos de Junta Directiva obsoletos, que fueron obsoletos desde su nacimiento y que continúan obsoletos.

El Dr. Díaz Cruz continúa mencionado que el trabajo que realizan los ingenieros conlleva una serie de aristas importantes en tiempo de inversión y que se debe decir si hago una cosa o la otra. El Ing. Arroyo Agüero, indica al doctor Díaz Cruz que dicha que menciona ese tema sobre que le gustaría que los hallazgos de Auditoría estuvieran relacionados con la realidad sobre ese cumplimiento de Junta Directiva, porque precisamente el hallazgo que continua, el 1.4, habla sobre ese tema que usted indica que nunca sale en un hallazgo de Auditoría.

El Lic. Geiner Arce Peñaranda, señala que se debe tener en cuenta que nosotros como Auditoría Interna de acuerdo con el artículo 8 de la Ley General de Control Interno tenemos la obligación de verificar uno de esos cuatro objetivos que señala esa norma entre los que se menciona el cumplimiento de la normativa técnica y legal, en ese sentido, aunque los acuerdos de Junta estén obsoletos como lo menciona el Dr. Díaz Cruz, siguen siendo vigentes, sobre ese tema, nosotros como auditoría ya hemos externado nuestra opinión y este espacio del comentario es importante para que ustedes plantee sus observaciones para que queden documentadas para las autoridades superiores de la institución. Este trabajo que realizamos fue un estudio de Auditoría de carácter especial, también llamada Auditoría de cumplimiento que tiene como fin último verificar el cumplimiento de la normativa, aunque tenga muchas características en contra, pero sigue siendo normativa, porque nosotros somos funcionarios públicos y nos regimos bajo el principio de legalidad, solo podemos realizar lo que está normado.

El Dr. Díaz Cruz, señala que eso él entiende, lo que pasa es que ya son casi 22 años de estar en la administración pública y en algunas ocasiones si sentimos y, disculpen si suena ofensivo o no, que cuando la persona ha estado en el charco pues maneja un poco mas todo el tema que tiene que hacer la administración local y regional para poder subsanar las situaciones. Desde la concepción inicial la ARIM estaba enfocada al mantenimiento por eso su nombre, sin embargo, cuando llega a la realidad y pregunta quien me construye sino es la misma ARIM que le toca dar mantenimiento y construir, entonces es cuando uno ve lo que duran los compañeros de San José construyendo, que nos queda a nosotros, asumir nuestras propias construcciones.

El Lic. Arce Peñaranda, menciona que es importante dejar por escrito e informar a todas las autoridades superiores esas inconformidades que indican. El Dr. Díaz Cruz, señala que en eso tiene razón que muchas veces ese aspecto queda archivado.

El Ing. Arroyo Agüero, señala que estos aspectos se podrían solucionar una vez que se implemente el Manual Organizacional de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento, que aún no ha salido por el aspecto de la reestructuración del nivel central, que parte de la propuesta es esa vinculación con los niveles regionales, sin embargo, lo que está vigente es el acuerdo de Junta Directiva.

El Lic. Hairo Gámez Ruiz, indica que lo que interpreta de estos hallazgos es que la planificación es nula o muy poca para la gestión de proyectos, si bien es cierto no comparto al 100 % los hallazgos, nosotros con nuestras propias herramientas hemos venido trabajando, siendo garantes de ordenar la casa desde el 2019 que llegamos. Aunando más, nosotros nos quedamos muy cortos con las herramientas institucionales de las Direcciones de Planificación y Presupuesto, son herramientas que no se puntualizan y es difícil efectuar una priorización.



El Ing. Arroyo Agüero, escribe que más bien es todo contrario de lo que usted menciona, la etapa de proyectos es lo más fuerte que tiene, sin embargo, existen oportunidades de mejora. El Ing. Juan Barahona Chaves menciona que la Auditoría en los últimos años ha evidenciado la necesidad de un involucramiento del nivel central, por eso esta Auditoría ha emitido una serie de recomendaciones sobre esos aspectos y recalca que se observan esfuerzos que han efectuado en la etapa de planificación de proyectos, si se identificaron oportunidades de mejora en esos procesos y son hallazgos que hemos evidenciado en todas las regiones.

**Hallazgo 2.1.** El Dr. Díaz Cruz, menciona que el estado de conservación de los inmuebles también es responsabilidad de cada unidad usuaria (director y administrador de la sede). El Ing. Gonzalo González, señala que, en las áreas de salud, el mantenimiento es una de las funciones sustantivas del administrador de la sede.

**Hallazgo 2.2.** No se emiten comentarios

**Hallazgo 2.3.** El Lic. Gámez Ruiz indica que venimos desde hace dos años incentivando a la no devolución de recursos, porque muy fácil para una unidad ejecutora que cuando llegue el final del período (noviembre) solo devuelvan un remanente y quedar con una asignación efectiva del 90 % en términos globales. Desde julio efectuamos un rebalanceo de recursos regionales.

El Ing. Gonzalo González, establece que esas revisiones son las que se deben fortalecer y la normativa establece que se debe realizar un análisis de remanentes para definir si es necesarios redistribuir los recursos entre otras unidades.

**Hallazgo 2.4.** No se emiten comentarios

**Hallazgo 2.5.** El Dr. Díaz Cruz, menciona que en la institución no todos hablamos el mismo idioma, existe una idealización de un proyecto en cuanto a la metodología, pero tenemos una particularidad cuando se madura un proyecto como la gente de Notarial Jurídica desea que se madure, usted forzosamente debe tener una propiedad en donde usted va a desarrollar el proyecto, por ejemplo, en el fideicomiso entre la CCSS y BCR que se le dio prioridad a los proyectos que tenían terreno o Santa Eduvigis se atrasó mucho porque no tenía terreno.

El Ing. Arroyo Agüero indica que el ciclo de vida de un proyecto como lo tiene definido la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, la adquisición de un terreno es posterior a la finalización del estudio de prefactibilidad en la etapa de preinversión, debido a que el proyecto podría no ser factible, adquirir un terreno sea comprado o donado antes de la finalización de esa etapa podría constituir un riesgo para la unidad en caso de que el proyecto no sea factible.

El Dr. Díaz Cruz, agrega que cuando tienen una propuesta para la donación de un terreno se efectúa un análisis técnico, lo primero que se define es la necesidad antes que la prefactibilidad, lo que no siempre se logra es unificar eso, por ejemplo, uno va a presentar el proyecto y lo que le dicen a uno es: que para que me presenta un proyecto si no tiene terreno y el otro me dice que para que me trae un terreno si no tiene el proyecto.

**Hallazgos 2.6, 2.7, 3.1 y 3.2.** No se emiten comentarios.

Las manifestaciones de la administración quedan consignadas en el informe, pero no alteran los resultados del producto.

**Recomendación 1.** El Dr. Díaz Cruz pregunta si se solicita realizar todo el proceso. El Ing. Barahona Chaves, aclara que la DRIPSS PC tiene una serie de herramientas, algunas están incompletas, otras requieren ajustes, otras no se desarrollan de forma adecuada, por lo que se requiere efectuar esas acciones para que en todo el ciclo de vida del portafolio de proyectos existan esos documentos identificados y formalizados debidamente. La idea es afinar la metodología con las herramientas existentes para fortalecer las funciones del ARIM.



El Lic. Gámez Ruiz indica que entonces utilizarían las herramientas que tienen en este momento enfocadas al ciclo de los proyectos. La etapa de pre-inversión si lo tenemos estructurado, en el tema de seguimiento y control lo realizamos de manera mensual y lo que nos está faltando sería la etapa de cierre, entonces sería amarrar toda la información y establecerlo por fases.

El Dr. Díaz Cruz señala que será una metodología muy regional con los insumos existentes del ARIM debido a que el Instructivo para la gestión de proyecto todavía no está validado por el nivel central. El Dr. Díaz Cruz adiciona que la recomendación debería ir dirigida, tanto a él como al Lic. Hairo Gámez Ruiz. Al respecto el Lic. Arce Peñaranda, manifiesta: que es importante aclarar que las recomendaciones se dirigen al nombre y apellido de la persona y unidad responsable, esto por una recomendación de la Contraloría General de la República (en 2015), por lo que atendiendo su sugerencia se podría incorporar dentro de la recomendación de la siguiente forma "...en coordinación con el Lic. Hairo..." y no dentro del título de responsable para el cumplimiento de la recomendación, de manera que no se genere un conflicto de quien es el responsable de la recomendación. El Dr. Díaz Cruz manifiesta que lo anterior es en virtud, de que esa dirección ha venido haciendo una transición del como trabajarían las DRIPSS, en función del manual de distribución en el que se indica que el área de ingeniería y mantenimiento estaría adscrita a la administración y no a la dirección.

**Esta Auditoría considera razonable acoger la petición de incluir dentro de la recomendación al Lic. Hairo Gámez Ruiz.**

**Recomendación 2.** El Dr. Díaz Cruz manifiesta que tiene mucha relación con la recomendación anterior. El Ing. Arroyo Agüero consulta al Dr. Díaz Cruz si el plazo de cumplimiento de 6 meses está bien, ante lo que indica que si está bien. El Ing. Arroyo Agüero manifiesta que la recomendación 1 está orientada a la gestión de proyectos y la recomendación 2 está orientada a las funciones sustantivas, las cuales representan aproximadamente 78. En esa línea, lo que se requiere es que se comparen las 78 actividades definidas para el ARIM con los objetivos de Junta Directiva, con la finalidad de verificar si existe vinculación y determinar si se cumplen o no todos con todos los objetivos. Al respecto, el Dr. Díaz Cruz señaló que en ese sentido está entendido.

**En el comentario de las recomendaciones 2, la administración no emite solicitud alguna a la Auditoría, únicamente se expresan aspectos generales de las recomendaciones.**

**Recomendación 3.** El Ing. Arroyo Agüero manifiesta que en la recomendación se menciona una guía que es el Instructivo para la Formulación, por lo que para elaborar el Plan Presupuesto que es la rendición de cuentas en un periodo de años aproximadamente, la normativa establece que existen varias fuentes de información, entre ellas compromisos estratégicos que se haya adquirido, temas sustantivos, entre otros. En virtud de que pueden existir muchas actividades, es fundamental el proceso de formulación que considera aspectos como la priorización, el análisis FODA, capacidad instalada, entre otros. Al final, todos los resultados se establecen en el Plan Presupuesto. Por lo anterior, no se pretende que existan 78 metas que corresponde a las 78 actividades sustantivas, pero si debe haber un proceso de formulación y segregación para lograr que las metas sean medibles al final del periodo en un informe de seguimiento anual de cumplimiento de metas, para determinar si existen oportunidades de mejora o se alcanzó el objetivo del Plan Presupuesto.

El Lic. Gámez Ruiz, manifiesta que algunas de las dudas ya fueron respondidas en la exposición del Ing. Arroyo Agüero. Adicionalmente, considero que se deben enfocar las metas operativas del servicio. Dicho tema ya se había conversado con la persona encargada de Planificación, la cual me parece que podría ser incorporada en esta recomendación como responsable del Plan Presupuesto de la Dirección de Red. Siendo que se tienen varias metas operativas: licitación y construcción de infraestructura, compra de equipamiento industrial y médico, carteles de mantenimiento, por lo que sería importante realizar un enfoque global de indicadores estratégico-sustantivos. Estos se elaborarían desde la etapa de formulación e incluirlas desde la matriz de plan presupuesto oficial. El Ing. Arroyo Agüero resalta que en el Plan Presupuesto debe incluir lo que esa unidad considere prioritario en el periodo evaluado (2 años). Adiciona que se indicaron 12 meses para el cumplimiento de la recomendación debido a que existirá un periodo de formulación y otro para el seguimiento.



**Esta Auditoría no considera factible lo solicitado por el Lic. Hairo Gámez Ruiz, en cuanto a que la recomendación debe ser incorporada la persona encargada de Planificación, debido a que el director de la DRIPSS PC podría realizarlo como responsable de la recomendación.**

**Recomendación 4.** El Ing. González Matarrita, resalta que la estrategia y no los programas de mantenimiento, debe estar en 12 meses. Además, adiciona que la guía es muy clara y precisa en las etapas que se debe llegar para lograr los programas de mantenimiento preventivo y correctivo. El Dr. Díaz Cruz manifiesta que lo señalado en la recomendación está orientado a una estrategia para la aplicación de la guía; sin embargo, parece ser más amplio de lo que pretende en realidad la Auditoría, debido a que se menciona el inventario de todas las unidades. El Ing. González Matarrita señala que la guía establece como etapa 1 el inventario técnico del recurso físico, fase 2 estipula la definición del tipo de mantenimiento, etapa 3 establece la elaboración de rutinas de mantenimiento y la fase 4 define el análisis de capacidad resolutive. Todas esas etapas son parte de la guía que debe ser consideradas para la estrategia. Es importante mencionar que la fase 1 relacionada con inventario técnico del recurso físico se está desarrollando con el PRUT, por lo que concluido el PRUT se finaliza con la etapa 1 de la citada guía.

El Dr. Díaz Cruz indica que esa dirección lo que le corresponde realizar el levantamiento de esa normativa, con la finalidad de fiscalizar que las unidades le estén dando cumplimiento a esa guía. Por lo anterior, les correspondería a las unidades realizar la guía y nosotros las supervisamos y fiscalizamos. El Lic. Arce Peñaranda manifiesta que la recomendación podría orientarse a que el Dr. Díaz Cruz como director y autoridad superior instruya a las unidades adscritas a esa unidad de red para que elaboren esa estrategia de implementación de esa metodología para que el director le brinde seguimiento y fiscalización.

Entonces la recomendación tendría varios productos: el primero es una instrucción mediante una circular u oficio dirigida a las unidades adscritas y el segundo sería la presentación de esas estrategias antes de los 12 meses, complementada con alguna evidencia documental del seguimiento que esa dirección realizará para el cumplimiento.

**Por lo anterior, esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos:**

*“4. Instruir y brindar seguimiento y fiscalización para que las unidades adscritas a esa Dirección de Red desarrollen una estrategia para implementar lo establecido en la “Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de las CCSS”, con el objetivo de que cada unidad ejecutora elabore los programas correspondientes. Lo anterior, de conformidad con los hallazgos 2.1 y 2.6 del presente informe.*

*Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado el consolidado de las estrategias donde se observe al menos: un cronograma con plazos, las actividades a desarrollar, responsabilidades y el seguimiento efectuado por esa Dirección de Red, en un plazo de 12 meses”.*

**Recomendación 5.** El Dr. Díaz Cruz indica que se van a buscar los diagnósticos para remitirlos a la Auditoría, debido a que hace aproximadamente 3 meses se realizó una revisión gerencial (Dirección de Red y Gerencia Médica) y estaba completo, el único que estaba pendientes es del EBAIS La Llorona.

**Es importante indicar que los diagnósticos no fueron remitidos a esta Auditoría por la DRIPSS PC según lo indicado en el comentario.**

**Recomendación 6.** El Ing. Arroyo Agüero manifiesta que la recomendación pretende cubrir el riesgo existente. Debido a la importancia del tema de legalidad, es relevante dejarlo recomendado mediante una resolución administrativa, de manera que exista evidencia documental para cualquier eventualidad. El Dr. Díaz Cruz manifiesta que el único que no se ha documentado es la Sede de Área Orotina-San Mateo, debido a que no existe documentación de ningún tipo. En el EBAIS se tiene toda una tesis y en el EBAIS de Guacimal ya dispone de todos los requisitos para el comodato. Agrega, que el tema del banco de iniciativas y el portafolio debería tener claridad de que no siempre van a estar en el banco de iniciativas institucional, pero si en el regional; en ese aspecto debería ampliarse o abrirse un poco más. El Dr. Díaz Cruz menciona que se revisará la recomendación y se realizará un agregado en la redacción.



**En el comentario sobre la recomendación 6 considero conveniente indicar que el Dr. Díaz Cruz, no remitió modificaciones a la recomendación por lo que se mantiene en firme la propuesta de la Auditoría.**

**Recomendación 7.** El Dr. Díaz Cruz solicita que la recomendación sea dirigida al Lic. Hairo Gámez Ruiz en virtud de que el área administrativa es la encargada de brindar el seguimiento a la ejecución presupuestaria.

**Esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos.**

**Recomendación 8.** El Dr. Díaz Cruz solicita que se especifique lo que corresponde con la capacidad instalada del recurso humano, referente a efectuar el análisis de las necesidades de las unidades locales y del ARIM PC. En se sentido, esta Auditoría indica que el objetivo de la recomendación es la creación de una estrategia que permita atender las necesidades de mantenimiento y que para ello debe incluir dentro de esa estrategia la determinación de las necesidades de recurso humano, la promoción de contratos de mantenimiento según demanda y la utilización de la subpartida 2149. La solicitud sobre la capacidad instalada de recursos humanos está implícita dentro del primer aspecto citado que debe ser incluido en la estrategia. El Dr. Díaz Cruz menciona que sobre esta recomendación 8 la fraccionaría en 2: entre el PRUT y no recomendación sola relacionada con el análisis de recurso humano que tiene la región en materia de mantenimiento.

**Por lo anterior, esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos:**

*“8. Elaborar una estrategia que permita atender las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo del recurso físico del primer nivel de atención, considerando como mínimo los siguientes aspectos: determinación de la capacidad de acción en materia de ingeniería y mantenimiento, tanto en el ARIM como las unidades adscritas, aplicando la metodología definida en el manual para la elaboración de estudios técnicos de necesidades del recurso humano; promoción de contratos regionales según demanda para el mantenimiento y la utilización de las subpartidas como la 2149 “Contratación servicios de ingeniería”. Lo anterior con la finalidad de aumentar la capacidad resolutive regional y local, de conformidad con los hallazgos 1.4, 2.1 y 2.3 del presente informe. Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez presentada la estrategia la cual considere los aspectos solicitados, en un plazo de 12 meses.”*

**Recomendación 9.** El Dr. Díaz Cruz consulta que, si la recomendación puede ser dirigida a la unidad que ejecutó la contratación, sin embargo, el Ing. Paul Arroyo Agüero le recordó que en ese caso ellos serían juez y parte, por lo que no sería conveniente hacer esa modificación, ante lo cual el Dr. Díaz Cruz manifiesta que está bien que se dirija a esa dirección.

**Recomendación 10.** El Dr. Díaz Cruz indica que considera que esta recomendación debe ir dirigida al Lic. Hairo José Gámez Ruiz, ya que en las unidades el SOCO es manejado por los administradores, también por un tema de supervisión y seguimiento. El Lic. Gámez Ruiz, señala que se debe analizar el tema de supervisión y seguimiento de los resultados de las revisiones de solicitudes de mantenimiento pendientes en SOCO, así como el cumplimiento de lo normado y de la instrucción remitida por nosotros, por lo que solicitamos una ampliación en el plazo de cumplimiento de la recomendación 10 a 8 meses, para poder disponer de un tiempo prudente para el cumplimiento de los aspectos solicitados en la acreditación.

**Esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos.**

**Recomendación 11.** El Dr. Díaz Cruz menciona que considera que esta recomendación debe ir dirigida al Lic. Hairo José Gámez Ruiz, debido a la orientación a la parte administrativa, el plazo está bien, ya que, con la reactivación de los sistemas, mucho de lo indicado en la recomendación se ha venido haciendo.

**Esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos.**



**Recomendación 12.** El Dr. Díaz Cruz indica que esta recomendación, igualmente, considera debe ir dirigida al Lic. Hairo José Gámez Ruiz, por su orientación.

**Esta Auditoría considera razonable la solicitud y se modifica la recomendación en los términos sugeridos.**

**Comentarios Generales.** La Ing. Alejandra Jara Sanabria del Área de Seguimientos de Auditoría, manifiesta que no tiene comentarios con respecto a la totalidad del informe. El Dr. Díaz Cruz expresa el agradecimiento a la Auditoría, en virtud de que estas discusiones son sanas para la administración y la Auditoría como ente de control y vigilancia del cumplimiento de la normativa. Asimismo, este tipo de estudios permiten que aspectos que son de orden local se eleven a las autoridades superiores para que se puedan solventar. Otro aspecto relevante es que, en la medida de lo posible, mediante el presente estudio se puede canalizar las necesidades de recursos humana que pueden ser afloradas por los análisis de las herramientas que ya recursos humanos tienen establecidas, sean consideradas; debido a que sin infraestructura y equipamiento no se puede brindar atención. El Lic. Gámez Ruiz agradece la retroalimentación debido a que ha sido muy provechosa. Aprovecho estos estudios como insumos para mantener la mejora continua en las unidades de la región.

### ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL

Ing. Anthony Esteban Bonilla Bonilla  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Juan Gabriel Barahona Chaves  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Hernán Gonzalo González Matarrita  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Paul Arroyo Agüero.  
**JEFE DE SUBÁREA**

Lic. Alexander Nájera Prado  
**JEFE DE ÁREA**

ANP/GAP/JRN/PAA/HGGM/AEBB/JGBC/tac

C. Auditoría



<b>ANEXO 1</b>			
<b>Lista de actividades sustantivas definidas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central</b>			
<b>Ítem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad Sustantiva</b>	<b>Disciplina</b>
1	Desarrollo de infraestructura	Gestión de proyectos de inversión para la adquisición de equipo industrial de mediana y baja complejidad, y de acuerdo a la competencia que define el Área de Mantenimiento de Infraestructura y Equipos Industriales, adscrita a la Dirección de Mantenimiento Institucional.	Electromecánica
2		Gestión de proyectos de inversión para remodelaciones y construcción de obra nueva de mediana y baja complejidad, según competencia establecida por lineamientos internos institucionales.	
3		Planificación y definición de necesidades de las unidades programáticas de la región, participando de la priorización de proyectos y elaboración del portafolio regional de proyectos para promover la planificación de las inversiones de forma eficiente y eficaz.	
4		Participación de consejos de asesoría sobre temas específicos de Electromecánica.	
5		Gestión y coordinación técnica de proceso de compra de equipamiento industrial, de baja y mediana complejidad, que involucra los procesos de compras regionales, así como locales especiales que no son compatibles con los métodos de agrupamiento que se utilizan en la institución.	
6		Recopilación de información y aplicación de normas en materia de Electromecánica definidos por la institución (Guías, formularios, entre otros.)	
7		Emisión de carteles con especificaciones técnicas para los procesos de compra regionales y locales de compra de equipo industrial requerido por cada área de salud, mantenimiento y repuestos.	
8		Estudios de precios de proyectos de compra de equipamiento.	
9		Análisis y emisión de recomendación técnica de ofertas, de los proyectos regionales y locales de compra de equipo electromecánico, mantenimiento y repuestos.	
10		Coordinación técnica en procesos de recepción, preinstalación, instalación y capacitación al personal de proyectos de compras de equipamiento electromecánico, de baja y mediana complejidad a nivel regional.	
11		Diseñar planos, especificaciones, emitir recomendaciones y estudios técnicos en obras de infraestructura en materia electromecánica:	
12		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de anteproyectos de los proyectos de infraestructura asignados en materia electromecánica.	
13		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de los diseños los proyectos de infraestructura asignados en materia electromecánica.	
14		Revisar, fiscalizar la construcción de los de infraestructura asignados en materia electromecánica.	
15		Dar control y seguimiento a las etapas de los proyectos.	
16		Hacer la revisión de los informes que se generan en el desarrollo de los proyectos.	
17		Llevar a cabo la recepción de obras de forma provisional y definitiva de los proyectos.	
18		Proyectos del nivel central	
19	Gestión de proyectos de inversión para la adquisición de equipo médico de alta, mediana y baja complejidad, y de acuerdo a la competencia que define la Dirección de equipamiento institucional.		
20	Recopilación de información y aplicación de normas en materia de Electromedicina definidos por la institución (Guías, formularios, entre otros.)		
21	Participación de consejos de asesoría sobre temas específicos de Electromedicina.		
22	Planificación y definición de necesidades de las unidades programáticas de la región, participando de la priorización de proyectos.		
23	Elaboración de Perfiles de proyecto para compra de equipamiento de mediana y alta complejidad.		
24	Gestión y coordinación técnica de proyectos de compras de equipamiento médico, de baja y mediana complejidad, que involucra los proyectos de compras regionales, así como locales especiales que no son compatibles con los métodos de agrupamiento que se utilizan en la institución.		
25	Emisión de carteles con especificaciones técnicas para los proyectos regionales y locales de compra de equipo médico, mantenimiento y repuestos.		



<b>ANEXO 1</b>			
<b>Lista de actividades sustantivas definidas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central</b>			
<b>Ítem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad Sustantiva</b>	<b>Disciplina</b>
26		Estudios de precios de proyectos de compra de equipamiento.	
27		Análisis y emisión de recomendación técnica de ofertas, de los proyectos regionales y locales de compra de equipo médico, mantenimiento y repuestos.	
28		Coordinación técnica en procesos de recepción, preinstalación, instalación y capacitación al personal de proyectos de compras de equipamiento médico, de baja y mediana complejidad a nivel regional.	
29		Emisión de formularios o normas de protocolos para recepción de equipos, rutinas de mantenimiento, entre otros procesos que se estandarizan a nivel regional.	
30		Colaboración de confección de especificaciones, diseño, previas, evaluación de ofertas y recepción de equipo médico en conjunto con ingenieros del ARIM de otras especialidades para Proyectos de EBAIS llave en mano y proyectos de fortalecimiento.	
31		Coordinación y Gestión de compras de Contratos de mantenimiento preventivo.	
32		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos para aprobación de la adquisición terrenos para los proyectos.	
33		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos para aprobación de estudios técnicos de los proyectos.	
34		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos para aprobación de los programas funcionales de los proyectos.	
35		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de carteles de los proyectos.	
36		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de anteproyectos de los proyectos.	
37		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de los prototipos los proyectos.	Arquitectura
38		Revisar, fiscalizar y coordinar con los entes internos la revisión de los diseños los proyectos.	
39		Revisar, fiscalizar la construcción de los oferentes proyectos.	
40		Revisar, fiscalizar y coordinar los contratos de mantenimiento los proyectos.	
41		Dar control y seguimiento a las diferentes etapas de los proyectos.	
42		Hacer la revisión de los informes que se generan en el desarrollo de los proyectos.	
43		Llevar a cabo la recepción de obras de forma provisional y definitiva de los proyectos.	
44		Diseñar y ejecutar readecuaciones de planta física y labores asociadas.	
45		Inspección y análisis técnico de terrenos en procesos de donación.	
46		Diseño y elaboración de especificaciones técnicas de infraestructura nueva.	
47		Diseño y elaboración de especificaciones técnicas de ampliaciones y remodelaciones.	
48		Apoyo técnico en el desarrollo de programas de funcionales para obras en general.	Ingeniería Civil
49		Apoyo técnico en el desarrollo de tareas, actividades y proyectos específicos de infraestructura y mantenimientos asignados por la Dirección.	
50		Elaborar y recomendar programas de mantenimiento preventivo, correctivo del equipo electromecánico de mediana y baja complejidad con el propósito de asegurar el correcto funcionamiento de estos.	Electromecánica
51		Baja de equipos electromecánicos	
52		Baja de equipos médicos	
53	Gestión Tecnológica	Generar herramientas para que, en colaboración con la Administración activa de cada centro se pueda generar inventario técnico de equipo médico, que contenga los datos pertinentes para establecer el estado de funcionamiento, conservación, confiabilidad y eficiencia para la toma de decisiones, según las competencias definidas por la norma que regula esta materia	Electromedicina
54		Evaluación tecnológica de equipos para determinar si cumplen con los requerimientos del usuario ya sea económicos, de mantenimiento o de tecnología.	
55	Gestión administrativa	Participación y coordinación de comisiones y equipos de trabajo internos que faciliten el desarrollo de tareas Regionales, así como participación en órganos de debido proceso	Electromedicina



<b>ANEXO 1</b>				
<b>Lista de actividades sustantivas definidas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Pacífico Central</b>				
<b>Ítem</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad Sustantiva</b>	<b>Disciplina</b>	
56		Cumplimiento de normas y reglamentos definidos desde el nivel central (compromisos de gestión, reglamento del mantenimiento, normativa de activos, entre otros).		
57		Recomendaciones de auditoría		
58		Participación en consejos de directores y administradores		
59		Identificar y valorar los riesgos internos y externos que puedan se puedan presentar en el desarrollo de la gestión.		
60		Gestionar compra de equipos de prueba para trabajo diario, tales como: herramientas, simuladores, etiquetadores, etc.		
61		Monitorear el cumplimiento de objetivos y metas planificadas, a efecto de tomar las decisiones requeridas para el cumplimiento de responsabilidades.		
62		Cumplimiento de recomendaciones emitidas por la auditoría		
63		Cumplimiento de normas y reglamentos definidos desde el nivel central (compromisos de gestión, reglamento del mantenimiento, normativa de activos, entre otros).		Electromecánica
64		Participación y coordinación de comisiones y equipos de trabajo internos que faciliten el desarrollo de tareas Regionales.		
65		Participación en comisiones para la atención de auditorías y tareas asignadas.		Ingeniería Civil
66	Gestión de mantenimiento	Emisión de formularios o normas de protocolos para recepción de equipos, rutinas de mantenimiento, entre otros procesos que se estandarizan a nivel regional.	Electromecánica	
67		Coordinación y Gestión de compras agrupadas de Contratos de mantenimiento preventivo.		
68		Capacitación y asesoría al nivel local (unidades programáticas) en procesos relacionados con los equipos médicos (aplicación de guías de reemplazo, retiro de activos de inventario, administración de contratos, aplicación de Formularios de identificación y clasificación de equipos médicos, usos de los equipos y mantenimiento de usuario, planificación de procesos de adquisición de tecnologías, entre otros).	Electromedicina	
69		Implementación de planes de mantenimiento de equipos médicos en los servicios sensibles de cada unidad programática.		
70		Formular las especificaciones técnicas de los contratos de mantenimiento de los equipos médicos con intención de asegurar el óptimo funcionamiento de los mismos		
71		Supervisar el mantenimiento del recurso físico ejecutado por terceros que contratan las unidades ejecutoras en el nivel local, de forma que asegure el cumplimiento de las cláusulas establecidas, la utilización racional de los recursos y la seguridad de los trabajos realizados, así como en aquellas ocasiones que el nivel de complejidad requiera un criterio o supervisión de personal experto, o una autorización de repuestos más complejos. Esto de acuerdo a disponibilidad en agenda.		
72		Recomendar y/o planificar necesidades de adquisición de repuestos, servicios corto mediano o largo plazo, de acuerdo al diagnóstico de equipamiento.		
73		Elaborar y recomendar programas de mantenimiento preventivo, correctivo del equipo médico de alta, mediana y baja complejidad con el propósito de asegurar el correcto funcionamiento de estos.		
74		Planificar las necesidades de adquisición y reemplazo de equipo médico con el fin de recomendar la dotación de los recursos correspondientes.		
75		Apoyo técnico para el análisis de información sobre infraestructura y mantenimiento.		Ingeniería Civil
76	Apoyo técnico a diagnóstico de infraestructura.			
77	Gestión de asesoría	Colaboración con servicio de Electromedicina en Hospitales cuando corresponda para contar con criterio técnico objetivo que permita resolver conflictos internos de diferencias de criterio entre proveedores y hospital, ó entre departamentos del Hospital.	Electromedicina	
78		Apoyo técnico a las Áreas de Salud y Hospitales sin personal de ingeniería especializado.	Ingeniería Civil	

**Fuente:** Propia de la Auditoría. Actividades sustantivas del ARIM PC



**ANEXO 2**  
**Cantidad de solicitudes de mantenimiento, según estado en el SOCO de la DRIPSS PC y unidades adscritas**  
**Periodos 2019, 2020 y 2021**

Estado de las solicitudes	2019			2020			2021			Total general
	Alta	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta	Baja	Media	
<b>2256 - Área de Salud de Orotina-San Mateo</b>										
Asignada	0	15	0	0	3	0	0	1	0	19
Finalizado y aprobado	691	125	29	194	263	12	159	379	65	1 917
Material asignado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Material autorizado	1	0	0	1	2	0	3	1	0	8
Material preasignado	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Pendiente	0	2	0	0	1	0	0	3	0	6
Personal asignado	1	0	0	0	0	0	3	3	0	7
Rechazado	0	41	0	0	102	0	0	114	0	257
Recibida	0	0	0	0	28	0	0	50	0	78
<b>2351 - Área de Salud de Parrita</b>										
Finalizado y aprobado	39	1 310	7	27	1 384	5	3	1 421	2	4 198
Finalizado y no aprobado	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
Material autorizado	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Pendiente	0	0	0	2	2	1	0	1	0	6
Personal asignado	0	0	0	0	9	0	0	28	0	37
Rechazado	0	48	0	0	84	0	0	108	0	240
<b>2511 - Área de Salud de San Rafael</b>										
Asignada	0	0	0	0	0	0	0	37	0	37
Finalizado y aprobado	82	278	85	22	201	52	6	62	83	871
Material autorizado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Pendiente	3	2	5	2	1	0	0	1	1	15
Personal asignado	85	29	102	78	9	63	86	27	58	537
Rechazado	3	72	0	0	49	0	0	39	0	163
Recibida	0	1	0	0	1	0	0	11	0	13
<b>2552 - Área de Salud de Esparza</b>										
Asignada	0	104	0	0	308	0	0	1	0	413
Finalizado y aprobado	8	55	11	0	8	0	6	495	5	588
Pendiente	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Personal asignado	0	2	0	0	0	0	0	2	0	4
Rechazado	0	142	3	0	44	0	0	35	0	224
Recibida	0	15	0	0	0	0	0	17	0	32
<b>2553 - Área de Salud de Miramar</b>										
Asignada	0	28	0	0	522	0	0	3	0	553
Finalizado y aprobado	6	372	13	4	161	2	2	143	0	703
Finalizado y no aprobado	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pendiente	0	3	0	0	12	1	0	11	0	27
Personal asignado	0		0	1	4	2	0	2	0	9
Rechazado	0	11	0	0	15	1	0	15	0	42
Recibida	0	0	0	0	84	0	0	26	0	110
<b>2554 - Área de Salud de Chomes - Monteverde</b>										
Asignada	0	1	0	0	76	0	0	4	0	81
Finalizado y aprobado	13	105	40	1	60	16	1	48	3	287
Finalizado y no aprobado	0	0	0	0	0	0	0	29	0	29
Pendiente	0	0	0	1	3	3	0	2	1	10
Personal asignado	0	0	0	5	25	16	0	23	1	70
Prefinalizada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rechazado	0	32	0	0	66	0	0	24	0	122
Recibida	0	0	0	0	0	0	0	23	0	23
<b>2575 - Área de Salud de Cóbano</b>										
Asignada	0	4	0	0	0	0	0	1	0	5
Finalizado y aprobado	0	0	0	0	0	0	3	7	8	18
Pendiente	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Personal asignado	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7
Rechazado	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Recibida	0	4	0	0	5	0	0	8	0	17
<b>2579 - Área de Salud de Paquera</b>										
Asignada	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7
Finalizado y aprobado	111	3	119	190	1	61	206	3	58	752



**ANEXO 2**  
**Cantidad de solicitudes de mantenimiento, según estado en el SOCO de la DRIPSS PC y unidades adscritas**  
**Periodos 2019, 2020 y 2021**

Estado de las solicitudes	2019			2020			2021			Total general
	Alta	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta	Baja	Media	
Pendiente	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Rechazado	0	22	0	1	46	0	0	68	1	138
Recibida	0	50	0	0	19	0	0	9	0	78
<b>2586 - Área de Salud de Chacarita</b>										
Asignada	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Finalizado y aprobado	11	263	22	16	612	11	6	647	3	1 591
Finalizado y no aprobado	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Material autorizado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Personal asignado	0	3	0	2	30	0	50	81	2	168
Prefinalizada	0	0	0	0	0	0	22	59	2	83
Rechazado	1	11	1	0	15	0	0	23	0	51
<b>2590 - Área de Salud de Barranca</b>										
Asignada	0	1	0	0	9	0	0	2	0	12
Finalizado y aprobado	53	243	36	60	784	50	4	387	3	1 620
Finalizado y no aprobado	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Pendiente	0	5	0	0	5	0	0	0	0	10
Personal asignado	0	3	0	0	7	1	0	2	0	13
Rechazado	0	80	0	0	115	0	0	6	0	201
Recibida	0	6	0	0	35	0	0	35	0	76
<b>2592 - Área de Salud de Garabito</b>										
Asignada	0	0	0	0	3	0	0	3	0	6
Finalizado y aprobado	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
Pendiente	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Rechazado	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Recibida	0	0	0	0	24	0	0	61	0	85
<b>2594 - Área de Salud de Quepos</b>										
Finalizado y aprobado	0	0	0	0	268	2	0	47	0	317
Pendiente	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Personal asignado	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rechazado	0	0	0	0	26	0	0	3	0	29
Recibida	0	0	0	0	2	0	0	59	0	61
<b>2501 - Hospital Monseñor Sanabria</b>										
Asignada	0	2 150	0	0	2 898	0	0	3 554	0	8 602
Finalizado y aprobado	216	5 739	3	173	6 680	19	2	6 134	9	18 975
Finalizado y no aprobado	0	8	0	0	9	0	0	6	0	23
Material autorizado	0	288	0	0	125	0	0	143	0	556
Pendiente	0	5	0	0	2	0	0	5	0	12
Personal asignado	6	93	0	0	139	0	0	192	0	430
Rechazado	0	416	0	0	283	0	0	225	0	924
<b>2308 - Hospital Dr. Max Terán Valls</b>										
Asignada	0	110	0	0	49	0	0	150	0	309
Finalizado y aprobado	108	1 873	8	56	1 782	3	12	1 939	5	5 786
Finalizado y no aprobado	0	1	0	0	3	0	0	3	0	7
Material autorizado	0	17	0	0	9	0	0	4	0	30
Pendiente	1	0	0	0	20	0	0	47	0	68
Personal asignado	0	324	4	1	526	0	0	34	0	889
Prefinalizada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rechazado	1	332	0	0	346	0	0	166	0	845
Recibida	0	49	0	0	0	0	0	282	0	331
<b>2598 - Dirección de Red Integral de Prestación de Servicios de Salud Pacífico Central</b>										
Finalizado y aprobado	0	0	0	13	38	15	1	30	2	99
Pendiente	0	0	0	1	3	0	0	1	0	5
Personal asignado	0	0	0	5	11	3	0	1	1	21
Rechazado	0	0	0	0	50	0	0	14	0	64
Recibida	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
<b>Total general</b>	<b>1 441</b>	<b>14 912</b>	<b>489</b>	<b>858</b>	<b>18 524</b>	<b>340</b>	<b>582</b>	<b>17 639</b>	<b>317</b>	<b>55 102</b>

Fuente: Cubo de información SOCO del 16-03-2022



**ANEXO 3**

**Resultados del recorrido realizada al recurso físico de la región Pacífico Central**

Ítem	Número de boleta	Descripción boleta	Estado real in situ	
			Condición	Observaciones
<b>Área de Salud de Chacarita</b>				
1	18-2019	Instalación Pileta (2 bateas de aluminio)	Atendido parcialmente	El área de salud realizó la compra del fregadero, sin embargo; aún no se ha instalado en el espacio definitivo.
2	97-2020	Tapa Alcantarilla	Sin verificar	No se identificó ni ubicó lo indicado en la boleta, por lo que no fue viable la respectiva corroboración. El recorrido se realizó con el personal técnico en mantenimiento del establecimiento de salud.
3	139-2019	Cierre con malla ciclón. Portón peatonal.	Sin atender	
4	196-2019	Soldadura para cerrar hueco en malla	Atendido parcialmente	Acciones paliativas: alambre galvanizado entrelazado para cerrar aberturas.
5	218-2020	Soporte de canoas desprendidos,	Sin atender	No se observa que la canoa esté desprendida. Los soportes inferiores de la canoa se observan colocados correctamente, sin embargo; dos soportes superiores están desprendidos.
<b>Área de Salud de Garabito</b>				
6	10-2021	Cambiar llavín de puerta	Atendido	
7	12-2020	Cambio/Reparación brazo hidráulico	Atendido	Se eliminó el brazo hidráulico.
8	14-2020	Reparar silla recepción (Placa 624029)	Atendido	La silla fue retirada de funcionamiento, según lo manifestado por la administración. No se observó.
9	14-2021	Asegurar estantes en bodega (Laboratorio Clínico)	Sin atender	No se observó sujeción de estantes entre sí ni a un punto fijo de la infraestructura.
10	15-2021	Dispensador de jabón y toallas.	Atendido	
11	20-2020	Reparación de puertas.	Atendido	
<b>Área de Salud de Parrita</b>				
12	106-2021	Refrigeradora no enfría.	Atendido	Fue trasladada al comedor en virtud de que funciona, pero no con el grado de confiabilidad para temas de servicios de sal.
13	212-2021	Luminarias quemadas en el pasillo.	Atendido	
14	214-2021	Cuatro luces empotradas en rampa están quemadas.	Sin atender	No se ubicó las cuatro lámparas, únicamente se identificó una rampa posible, pero dispone de 3 lámparas.
15	215-2021	Repara luces de lámparas del andén.	Atendido	
16	236-2020	Construcción de una grada en sanitario.	Sin Atender	
17	252-2020	Restauración de pintura en oficina Registros médicos.	Atendido	Se realizó el trabajo de pintura, pero el problema persiste.
<b>Hospital Max Terán Valls</b>				
18	1075-2021	Construcción de techos para candados.	Sin Atender	
19	10-2019	Fuga de agua en cubículo de cirugía mujeres.	Atendido	
20	106-2019	Puerta desprendida cuarto de procedimiento.	Atendido	
21	108-2019	Pintar oficina del coordinador de emergencias.	Atendido	
22	106-2021	Llave del lavamanos no cierra correctamente.	Atendido	

**Fuente:** Elaboración propia de auditoría, según recorridos efectuados el 30 de marzo y 1° de abril de 2022.



**ANEXO 4**  
**Resultados de la solicitud de estado real boletas de mantenimiento región Pacífico Central**

Ítem	Número de boleta	Año			Estado real in situ
		2019	2020	2021	
<b>Área de Salud de Chacarita</b>					
1	1002021	--	--	1	ATENDIDO
2	1012021	--	--	1	ATENDIDO
3	1092021	--	--	1	ATENDIDO
4	1112021	--	--	1	ATENDIDO
5	1122021	--	--	1	ATENDIDO
6	1132021	--	--	1	ATENDIDO
7	1172021	--	--	1	ATENDIDO
8	1182021	--	--	1	ATENDIDO
9	1192021	--	--	1	ATENDIDO
10	1202021	--	--	1	ATENDIDO
11	1212021	--	--	1	ATENDIDO
12	1222021	--	--	1	ATENDIDO
13	1232021	--	--	1	ATENDIDO
14	1242021	--	--	1	ATENDIDO
15	1262021	--	--	1	ATENDIDO
16	1272021	--	--	1	ATENDIDO
17	1282021	--	--	1	ATENDIDO
18	1312021	--	--	1	ATENDIDO
19	1332021	--	--	1	ATENDIDO
20	1342021	--	--	1	ATENDIDO
21	1352020	--	1	--	ATENDIDO
22	1372021	--	--	1	ATENDIDO
23	1392021	--	--	1	ATENDIDO
24	1402021	--	--	1	ATENDIDO
25	1412021	--	--	1	ATENDIDO
26	1442021	--	--	1	ATENDIDO
27	1542021	--	--	1	ATENDIDO
28	1552021	--	--	1	ATENDIDO
29	1572021	--	--	1	ATENDIDO
30	1602021	--	--	1	ATENDIDO
31	1612021	--	--	1	ATENDIDO
32	1622021	--	--	1	ATENDIDO
33	1642021	--	--	1	ATENDIDO
34	1652021	--	--	1	ATENDIDO
35	1712021	--	--	1	ATENDIDO
36	1742021	--	--	1	ATENDIDO
37	1752021	--	--	1	ATENDIDO
38	1762021	--	--	1	ATENDIDO
39	1782021	--	--	1	ATENDIDO
40	1822021	--	--	1	ATENDIDO
41	1832021	--	--	1	ATENDIDO
42	1842021	--	--	1	ATENDIDO
43	1852021	--	--	1	ATENDIDO
44	1872021	--	--	1	ATENDIDO
45	1932021	--	--	1	ATENDIDO
46	1972021	--	--	1	ATENDIDO
47	2032020	--	1	--	ATENDIDO
48	2062021	--	--	1	ATENDIDO
49	2082021	--	--	1	ATENDIDO
50	2092021	--	--	1	ATENDIDO
51	2102021	--	--	1	ATENDIDO
52	2122021	--	--	1	ATENDIDO
53	2132021	--	--	1	ATENDIDO
54	2152021	--	--	1	ATENDIDO
55	2172021	--	--	1	ATENDIDO
56	2182021	--	--	1	ATENDIDO
57	2192021	--	--	1	ATENDIDO
58	2242021	--	--	1	ATENDIDO
59	2262021	--	--	1	ATENDIDO

**ANEXO 4**  
**Resultados de la solicitud de estado real boletas de mantenimiento región Pacífico Central**

Ítem	Número de boleta	Año			Estado real in situ
		2019	2020	2021	
60	2272021	--	--	1	ATENDIDO
61	2282021	--	--	1	ATENDIDO
62	2292021	--	--	1	ATENDIDO
63	232021	--	--	1	ATENDIDO
64	2322021	--	--	1	ATENDIDO
65	292021	--	--	1	ATENDIDO
66	302021	--	--	1	ATENDIDO
67	312021	--	--	1	ATENDIDO
68	42021	--	--	1	ATENDIDO
69	852021	--	--	1	ATENDIDO
70	872021	--	--	1	ATENDIDO
71	902021	--	--	1	ATENDIDO
72	912021	--	--	1	ATENDIDO
73	972021	--	--	1	ATENDIDO
74	982021	--	--	1	ATENDIDO
<b>Hospital Max Terán Valls</b>					
75	19932019	1	--	--	ATENDIDO
76	2372019	1	--	--	ATENDIDO
77	2482019	1	--	--	ATENDIDO
78	2502019	1	--	--	ATENDIDO
79	2582019	1	--	--	ATENDIDO
80	3542020	--	1	--	ATENDIDO
<b>Área de Salud de Parrita</b>					
81	242020	--	1	--	ATENDIDO
82	742020	--	1	--	ATENDIDO
83	812020	--	1	--	ATENDIDO
<b>Área de Salud de Montes de Oro:</b>					
84	1372020	--	1	--	ATENDIDO
85	1492020	--	1	--	ATENDIDO
86	1672020	--	1	--	ATENDIDO
87	532020	--	1	--	ATENDIDO
<b>Área de Salud de Orotina- San Mateo:</b>					
88	1492019	1	--	--	ATENDIDO
89	1572020	--	1	--	ATENDIDO
90	482021	--	--	1	ATENDIDO
91	492021	--	--	1	ATENDIDO
92	532021	--	--	1	ATENDIDO
93	6282021	--	--	1	ATENDIDO
94	6552021	--	--	1	ATENDIDO
95	6602021	--	--	1	ATENDIDO

**Fuente:** Elaboración propia de Auditoría, según información extraída del SOCO y suministrada por las unidades evaluadas.

**ANEXO 5**  
**Reporte usuarios solicitantes y autorizadores unidades adscritas a la**  
**DRIPSSPC al 24-03-2022**

Servicio	Cantidad funcionarios		Total
	Perfil autorizador	Perfil solicitante	
<b>Área de Salud de Garabito:</b>			
Consulta Externa	1	6	7
Consulta Odontológica	1	1	2
Consulta Psicología	1	0	1
Dirección y Administración	1	9	10
Farmacia	1	6	7
Laboratorio Clínico	1	1	2
Mantenimiento	1	1	2
Registros Médicos	1	8	9
Sección Enfermería	3	5	8
Subtotal de funcionarios con acceso	11	37	48
<b>Área de Salud de Chacarita:</b>			
Consulta Externa	3	2	5
Consulta Odontológica	1	3	4
Trabajo Social	1	0	1
Dirección y Administración	2	8	10
Farmacia	2	2	4
Laboratorio Clínico	1	5	6
Registros Médicos	3	10	13
Sección Enfermería	4	19	23
Subtotal de funcionarios con acceso	17	49	66
<b>Área de Salud de Orotina – San Mateo:</b>			
Consulta Externa	1	17	18
Consulta Odontológica	3	4	7
Trabajo Social	1	1	2
Dirección Ejecutiva	0	1	1
EBAIS	0	1	1
Farmacia	2	7	9
Laboratorio Clínico	2	2	4
Sección Enfermería	5	20	25
Subtotal de funcionarios con acceso	14	53	67
<b>Área de Salud de Parrita:</b>			
Consulta Externa	1	3	4
Consulta Odontológica	1	2	3
Dirección y Administración	9	11	20
Farmacia	1	1	2
Laboratorio Clínico	1	1	2
Mantenimiento	2	5	7
Registros Médicos	1	4	5
Sección Enfermería	1	6	7
Unidad Continuidad Gestión TIC	0	6	6
Urgencias	1	7	8
Subtotal de funcionarios con acceso	18	46	64
<b>DRIPSS PC, centro de gestión informática:</b>			
Consulta Externa	5	5	10
Consulta Médica General	0	6	6
Consulta Odontológica	4	4	8
Dirección y Administración	8	55	63
Farmacia	3	7	10
Laboratorio Clínico	3	6	9
Mantenimiento	3	2	5
Registros Médicos	5	16	21
Sección Enfermería	9	14	23
Unidad Continuidad Gestión TIC	0	1	1
Trabajo Social	3	0	3
Total de funcionarios con acceso	43	116	159
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>301</b>	<b>404</b>

**Fuente:** Elaboración propia auditoría, información del Área Administración de Edificios (DMI)

ANEXO 6

**Fotografías de aspectos relevantes como resultado del recorrido por diferentes establecimientos de salud**  
(Las actas de recorrido detalladas sobre los aspectos evidenciados se remitirá mediante carpeta compartida)

**Área de Salud de Chacarita**

**Fotografía 1: EBAIS Chagüite**  
Piso fracturado y carencia de accesibilidad



**Fotografía 2: EBAIS Fray Casiano**  
Cielos deteriorados por humedad



**Fotografía 3: EBAIS Fray Casiano**  
Cables eléctricos expuestos y falta de plaquería



**Fotografía 4: EBAIS Eduviges**  
Mobiliario oxidado



Área de Salud de Montes de Oro

**Fotografía 5: PVP Bajo Caliente**

Cables sueltos en el interruptor principal y falta de cielo.



**Fotografía 6: PVP Cedral**

Paredes fisuradas y despintadas.



**Fotografía 7: PVP Corazón de Jesús**

Ausencia de canoas y bajantes, aleros deteriorados y paredes percutidas.



**Fotografía 8: PVP Palmital**

Ausencia de canoas y aleros, cubierta oxidada, cerchas deterioradas por humedad y paredes despintadas.



**Fotografía 9: PVP Palmital**  
Malla Perimetral oxidada.



**Fotografía 10: PVP Zapotal**  
Ausencia de elementos seguridad y botaguas.



### Área de Salud de Orotina – San Mateo

**Fotografía 11: Sede de Área**  
Cielo percutido y cubierta oxidada.



**Fotografía 12: EBAIS Santa Rita**  
Caja de registro: tubería expuesta y tapa deteriorada.



**Fotografía 13: PVP El Barro**

Paredes sucias y aceras con presencia de moho.  
Estructura de madera deteriorada por acción de termitas.



**Fotografía 14: PVP Paso Agres**

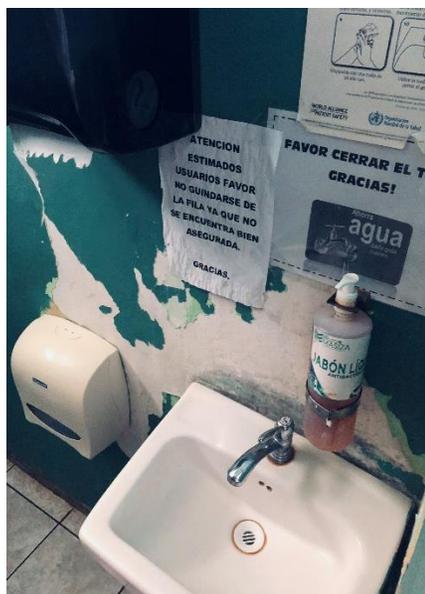
Paredes fisuradas y despintadas.  
Elementos de accesibilidad no conformes.



### Área de Salud de Quepos

**Fotografía 15: EBAIS Damas**

Paredes despintadas y con problemas de humedad.  
Accesorios con alturas no conforme a la accesibilidad.



**Fotografía 16: EBAIS La Llorona**

Edificación en deplorable condición para la prestación  
de los servicios (seguridad y funcionalidad).



**Fotografía 17: EBAIS La Llorona**  
Paredes con grietas y orificios con exposición del acero de refuerzo.



**Fotografía 18: EBAIS La Llorona**  
Contrapiso deteriorado con acabado deficiente: deformaciones, grietas y orificios.



**Fotografía 19: EBAIS Mata Palo**  
Cielorraso deteriorado y percutido.  
Canoa interna oxidada.



**Fotografía 20: PVP El Silencio**  
Aceras deterioradas: presencia de moho y desgaste de la superficie de concreto (irregular).



**Fotografía 21: PVP Hatillo**

Servicio Sanitario para personas con discapacidad  
no conforme a Ley 7600



**Fotografía 22: PVP La Gallega**

Paredes percudidas y cables eléctricos  
expuestos sin entubar.



**Fotografía 23: PVP La Gallega**

Servicio Sanitario para personas con discapacidad  
no conforme a Ley 7600



**Fotografía 24: Sede de Área**

Problemas de humedad en cielos y paredes:  
desprendimiento de pasta y pintura.



**Fotografía 25: Sede de Área**

Acabado de paredes deficientes por acción de filtraciones.  
Cables eléctricos expuestos sin entubar.



**Fotografía 26: Sede de Área**

Problemas de humedad en la losa de techo y paredes adyacentes (recintos y pasillos).



### Área de Salud de Garabito

**Fotografía 27: EBAIS Quebrada Ganado**

Estantería con elementos quebrados que ponen en riesgo medicamentos y al personal.



**Fotografía 28: PVP Bijagual**

Paredes, aceras, bajantes, canoas percutidas.

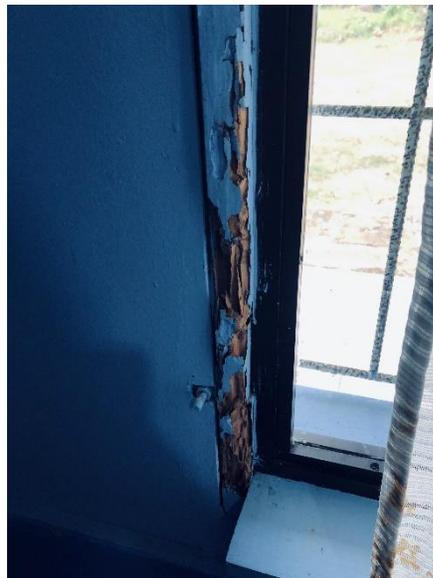


### Área de Salud de Parrita

**Fotografía 29: PVP Esterillos**  
Cables eléctricos expuestos sin entubar.



**Fotografía 30:**  
Elementos de madera deteriorados por acción de termitas (puertas, marcos de ventana, paredes).



### Hospital Max Terán Valls (Quepos)

**Fotografía 31: Consultorios**  
Paredes con acabado de pintura deficiente



**Fotografía 32: Consultorios**  
Parades y cielos con acabado de pintura deficiente (presencia de humedad)



**Fotografía 33: Obra Exterior**

Elementos metálicos des pintadas y oxidados (portones, verjas perimetrales, pasamanos)



**Fotografía 34: Obra exterior**

Barandas en la fachad principal con desgaste del material metálico.



**Fotografía 35: Obra exterior**

Estructura de techo des pintada, láminas de techo deterioradas o ausentes en la zona de emergencias.



**Fotografía 36:**

Malla perimetral oxidada, con faltantes de cable de púas y colapsada.

