



AAS-076-2022

26 de octubre de 2022

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2022 del Área Auditoría en Salud, con el objetivo determinar la efectividad de las acciones institucionales tendientes al mejoramiento continuo de la seguridad humana en los centros médicos institucionales, mediante la implementación de la Política Institucional de Hospital Seguro.

Costa Rica debido a su posición geográfica y sus características geológicas, ambientales, sociales y de otra naturaleza, está expuesta a eventos naturales y antrópicos, que requieren de una robusta planificación y preparación nacional e institucional para hacerle frente a los efectos de dichas situaciones.

La Caja Costarricense de Seguro Social como responsable de la prestación de servicios de salud, es un componente esencial e indispensable del proceso de atención de emergencias, y de su adecuada preparación, dependerá en gran medida la resistencia y seguridad de sus edificaciones para evitar la interrupción de servicios, reducir riesgos en cuanto a la seguridad humana, así como la capacidad de atender la demanda de necesidades que se incrementen ante un evento adverso o que requieran de una organización específica, de ahí la importancia que la Gerencia Administrativa, Centro de Atención de Emergencias y Desastres¹, Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Gerencia Médica, entre otras instancias que brindan apoyo a situaciones adversas, cumplan en forma efectiva con las políticas, lineamientos o instrucciones establecidas.

Los resultados del presente estudio evidencian que no se han ejecutado acciones estratégicas, planificadas y efectivas para el cumplimiento específico de los lineamientos de la Política Institucional de Hospital Seguro de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada por Junta Directiva el 6 de julio 2006. Se evidencia que 16 años después desde la aprobación de la citada Política, se continúa realizando esfuerzos a través del CAED de la Gerencia Administrativa, así como la Dirección de Ambiente y Seguridad Humana² de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, sin que exista una integración y coordinación adecuada, para la implementación oportuna de la política.

El documento está conformado por 7 Lineamientos, con 21 estrategias, asociadas a resultados esperados que guían la línea base, metas y formas de intervención.

En cuanto al lineamiento 1 sobre el fortalecimiento de la organización institucional para la gestión de la seguridad hospitalaria, se sugería la conformación de una unidad que gestionara las acciones de atención y seguimiento a todos los lineamientos de la Política, por lo que se crea la figura estratégica del Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED) adscrita a la Gerencia Administrativa. Adicionalmente, en el 2019 se aprueba la Dirección de Riesgos, (la cual está siendo analizada por parte del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central) la cual integraría toda la gestión de riesgo institucional y se vincularía con el accionar de esta Política.

¹ Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED).

² Dirección de Ambiente y Seguridad Humana (DAPE).



Existen unidades como los Programas de Seguridad de Incendios y Seguridad Sísmica del nivel central, los Comités Locales con sus respectivas Brigadas de Emergencias en los Hospitales que conforman la red de servicios, que realizan esfuerzos en materia de seguridad ante emergencias y reducción de la vulnerabilidad de la infraestructura, sin embargo, se observa la falta de acciones precisas para articular institucionalmente la seguridad hospitalaria que garantice una organización integral y debidamente preparada ante emergencias.

Respecto al lineamiento 2, sobre generar un marco legal que regule y norme la política de Hospital Seguro, se han observado la emisión de lineamientos afines al tema de seguridad humana por parte del CAED. Sin embargo, en la actualidad este marco normativo está circunscrito con la conformación de la Dirección de Riesgo, unidad responsable de dictar las pautas a nivel institucional en materia de riesgo, quedando en proceso de atender.

El lineamiento 3, en cuando garantizar que los recintos y activos dispongan de un lugar seguro que permita la recuperación en caso de pérdidas, la institución dispone de una póliza de cobertura global con el Instituto Nacional de Seguros.

Sobre reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes, como lo cita el lineamiento 4, se determinó que se efectúan evaluaciones técnicas por parte de los equipos de la GIT junto con el CAED, mediante los cuales se realizan diagnósticos en las unidades, sin embargo, las intervenciones para atender las debilidades están sujetas a la planeación y presupuestos locales, los cuales son limitados o bien a la priorización que se le brinde a las inversiones en el nivel central, por lo que podrían desarrollarse a largo plazo, así que persiste el riesgo de daño o inhabilitación en caso de desastre.

En razón del lineamiento 5, sobre fortalecer los preparativos para emergencias y desastres en los servicios de salud, en cuanto al planeamiento hospitalario para atender situaciones de desastre y capacitación relacionada, se determinó que se requiere una mayor participación por parte del CAED, para impulsar acciones de cumplimiento de los requisitos básicos de seguridad hospitalaria como capacitación, control general de los planes de emergencia por cuanto desde el 2019, no se actualizan y la importancia de la ejecución de simulacros en todos los establecimientos de salud y administrativos, que permitan dar una respuesta adecuada ante eventos adversos.

Referente al Lineamiento 6, se evidenció acciones por parte de los niveles gerenciales en la definición de una guía de diseño para hospitales resilientes, para tales efectos, se realizó un primer taller los días 29 y 30 de marzo del presente año, y se tiene planificado otro a realizar en el mes de diciembre de 2022, según la hoja de ruta de la encargada del proceso de Reducción de Riesgo, por lo que estaría pendiente de atender.

Sobre el lineamiento 7, referente al seguimiento de avances en el cumplimiento integral de la Política, no se evidencia el diseño de indicadores que permitan evaluar su cumplimiento, tampoco se observaron estrategias vinculadas a promover incentivos entre los establecimientos de salud para su implementación, ni la difusión de avances a nivel nacional e internacional, según se establecen en las estrategias que conforman este enunciado.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Por otra parte, la unidad institucional encargada de ejecutar acciones tendientes a la seguridad hospitalaria y atención de emergencias es el CAED, evidencian debilidades de gestión y control que impactan la capacidad de organización y atención oportuna y eficiente de situaciones de emergencia y desastre.

Otro factor relevante en la gestión de riesgos es que desde el 2019, se conformó la Dirección de Riesgo, sin embargo, no está constituida funcionalmente, siendo una debilidad que impacta el manejo integral de riesgos, tomar decisiones de forma sistemática e integrada y garantizar la continuidad de los servicios.

Según lo evidenciado en el presente estudio, pese a que el país presenta riesgos de vulnerabilidad ante diversos eventos adversos, no existe garantía sobre la seguridad de los centros de salud institucionales, y que las instancias internas y externas estén debidamente preparadas y organizadas para atender eficientemente situaciones de emergencia.

De conformidad con los resultados de la presente evaluación, esta Auditoría ha formulado cuatro recomendaciones, dirigidas a la Gerencia General, Gerencia Médica, Dirección Centro de Atención de Emergencias y Desastres, Dirección de Administración de Proyectos Especiales, con el propósito de solventar las debilidades evidenciadas en atención a la Política Institucional de Hospital Seguro, así como sobre la gestión general del Centro de Atención de Emergencias y Desastres.



AAS-076-2022

26 de octubre de 2022

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HOSPITAL SEGURO EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD GERENCIA ADMINISTRATIVA-1104 GERENCIA INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS-1107 CENTRO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES-1170

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en cumplimiento al Plan Anual Operativo del Área de Auditoría en Salud para el período 2022.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las acciones de la administración activa en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política Institucional de Hospital Seguro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la congruencia entre la planificación estratégica y táctica en el cumplimiento de la Política Institucional de Hospital Seguro.
2. Verificar las acciones estratégicas y mecanismos de control establecidos por la Gerencia Administrativa, Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y el Centro de Atención de Emergencias y Desastres, en el cumplimiento de las estrategias planteadas para cada lineamiento de la Política Institucional de Hospital Seguro.
3. Evaluar la gestión realizada por los directores de los establecimientos de salud, en el cumplimiento de las estrategias planteadas en los lineamientos 3, 4, 5 y 6 de la Política Institucional de Hospital Seguro.

ALCANCE

El estudio comprende el análisis de las acciones ejecutadas en atención a la Política Institucional de Hospital Seguro de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada según el Artículo 5° de la Sesión de Junta Directiva N°8069 del 6 de julio 2006, por parte de los niveles gerenciales y tácticos (Gerencia Administrativa, Gerencia Infraestructura y Tecnologías, Centro de Atención de Emergencias y Desastres) para el cumplimiento y actualización de la Política Institucional de Hospital Seguro.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Así mismo, se revisaron las acciones a nivel operativo en los establecimientos de salud: Hospital Nacional Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, Hospital de las Mujeres, Hospital de Upala, Hospital de Guápiles y Área de Salud Osa para comprobar la efectividad en el cumplimiento de la política.

El período evaluado comprende del 17 de enero de 2017 al 30 de mayo de 2022, ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto 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 1º de enero 2015, así como en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, R-DC-119-2009, del 16 de diciembre de 2009.

METODOLOGÍA

Para el logro de los objetivos propuestos, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Entrevista y solicitud de información a las autoridades del Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Dirección de Sistemas Administrativos, Gerencia Médica, Dirección Red de Servicios de Salud, Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Gerencia Administrativa, Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED), hospitales de las Mujeres, Nacional de Niños, Nacional de Geriatria y Gerontología, Upala, Guápiles y Área de Salud Osa.
- Revisión y análisis de la información de los siguientes documentos institucionales con respecto a la Política Institucional de Hospital Seguro (7 lineamientos y sus 21 estrategias), así como la gestión en materia de seguridad hospitalaria emitida por las Gerencias Administrativa, GIT, así como el Centro Atención y Desastres.
- Aplicación de instrumento sobre los siguientes puntos del Módulo 3) Seguridad no estructural contenidos en el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) en los centros médicos: Hospital Nacional Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital de las Mujeres, Hospital de Upala, Hospital de Guápiles y Área de Salud Osa.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, 8292 del 31 de julio de 2002
- Ley General de la Administración Pública, 6227 del 28 de abril de 1978.
- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, 22 de octubre de 1943.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, 6 de febrero 2009.
- Política Institucional de Hospital Seguro de la CCSS, aprobada en Sesión N°8069 del 6 de julio 2006.
- Política Nacional para la Gestión de Riesgos, La Gaceta del 30 de noviembre de 2015.
- Modelo de Gestión del Sistema de Planificación Institucional, Dirección de Planificación Institucional, Presidencia Ejecutiva.
- Código Sísmico de Costa Rica, 2002.



ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. (...)”

ANTECEDENTES

Un hospital seguro³ es un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural.

El término abarca a todos los establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad. Es seguro al disponer de la máxima protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, permitiendo garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica.

Debido a que el marco general de acción para atención de desastres en la institución, se centraba en algunas acciones individuales, surgió la necesidad establecer la Política Institucional del Hospital Seguro, la misma fue diseñada con la asesoría de expertos de la Organización Panamericana de la Salud, aprovechando la experiencia desarrollada en otros países y con la participación técnica de las diferentes Gerencias de la Institución, que serían el equipo de trabajo que organizaría los planes específicos para su cumplimiento y seguimiento.

La Junta Directiva, considerando que la Caja Costarricense de Seguro Social, como única prestadora de servicios de salud públicos, debe garantizar la continuidad de los servicios de salud a la población costarricense, cuando se presenten situaciones de emergencia y desastre en cualquier lugar del país; y que los efectos de los eventos adversos, sean de origen natural o antrópico, pueden intervenir con el desarrollo e implementación de acciones de prevención, mitigación y preparativos ante desastres, se aprueba la Política Institucional de Hospital Seguro de la CCSS en la Sesión N°8069 del 6 de julio 2006.

Los objetivos de la política se centran en proteger la vida de los ocupantes de los establecimientos médicos, garantizar la inversión social en equipamiento, tecnología y mobiliario y asegurar la continuidad de procesos críticos de atención en caso de emergencia (como mínimo los servicios de urgencias, cirugía y terapia intensiva).

³ [Hospitales Seguros - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](http://Hospitales Seguros - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org))



El alcance radica en su implementación en las diversas etapas de la gestión del riesgo como la prevención, mitigación, respuesta, rehabilitación y reconstrucción, aplicable para nuevas inversiones como ampliaciones, remodelaciones y reconstrucciones, así como establecimientos existentes, reduciendo su vulnerabilidad, mitigando el riesgo y asegurando la continuidad de los servicios.

La política está conformada por 7 Lineamientos, con sus respectivas estrategias y resultados esperados que guían la línea base, metas y formas de intervención, estos lineamientos se centran en:

- Lineamiento 1: Fortalecer la organización institucional para la gestión de la seguridad hospitalaria.
- Lineamiento 2: Generar normativa que otorguen un marco legal que ampare y regule la política de hospital seguro
- Lineamiento 3: Garantiza que todas las nuevas inversiones en salud incorporen la normativa vigente para la seguridad de las personas, las inversiones y los procesos de atención.
- Lineamiento 4: Reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes.
- Lineamiento 5. Fortalecer los preparativos para emergencias y desastres en los servicios de salud.
- Lineamiento 6. Establecer convenios intersectoriales que contribuyan al cumplimiento de la Política Hospitalaria de Hospital Seguro.
- Lineamiento 7. Seguimiento de avances en el cumplimiento integral de la Política de Hospital Seguro.

La Junta Directiva instruyó⁴ a las Gerencia Administrativa y de Operaciones (actualmente Gerencia de Infraestructura y Tecnologías) para que procedieran a dar a conocer el alcance y contenido de la Política y elaborara, previa consulta con los representantes de los centros médicos, el plan de implementación respectivo como complemento a los programas y acciones que se estaban ejecutando por las diferentes instancias institucionales.

De la revisión de los siete lineamientos y las 21 estrategias, esta Auditoría obtuvo evidencia que se encuentran gestionados los puntos: 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1 y 4.4.

Asimismo, como parte de la revisión efectuada por esta Auditoría, se consideró el Índice de Seguridad Hospitalaria es un instrumento elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es considerado una herramienta de diagnóstico rápido y de bajo costo que evalúa la probabilidad de que un hospital siga funcionando en caso de emergencias o desastres. Este tipo de evaluación permite obtener información útil acerca de las debilidades y fortalezas del hospital, para determinar las medidas necesarias para mejorar la seguridad y la capacidad de gestión de emergencias y desastres del establecimiento.

⁴ Sesión N°8069 del 6 de julio 2006.



HALLAZGOS

1. SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HOSPITAL SEGURO

Esta Auditoría revisó los siete lineamientos y las 21 estrategias que conforman la Política Institucional de Hospital Seguro en la Caja Costarricense de Seguro Social, evidenciándose que los puntos 1.1, 2.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 6.1, 7.1, 7.2, y 7.3, están en proceso de cumplimiento.

Es importante destacar que la Política Institucional de Hospital Seguro fue aprobada en el año 2006, determinándose que el avance en su implementación y cumplimiento ha sido muy lento. Para una mejor comprensión de lo señalado, en el Cuadro 1, se visualizan los responsables de atender cada lineamiento pendiente, las estrategias asociadas y los resultados obtenidos de la revisión efectuada.

Cuadro 1
Resultados de la revisión del cumplimiento de los lineamientos y sus estrategias de la Política Institucional de Hospital Seguro por parte de la Gerencia Administrativa y Gerencia Infraestructura y Tecnologías

Lineamiento	Responsables*	Estrategia	Resultados
Lineamiento 1: Fortalecer la organización institucional para la gestión de la seguridad hospitalaria.	Gerencia Administrativa	1.1. Conformar e integrar en la estructura de la CCSS, la unidad de Gestión de Riesgo con carácter permanente, con capacidad de toma de decisiones y recursos asignados para cumplir sus funciones.	“La Junta Directiva, en el artículo N° 52 de sesión N°9025 crea la Dirección de Riesgos, con dependencia funcional de la Junta Directiva, y dependencia administrativa de la Gerencia General. Así mismo, en el Acuerdo sexto, se instruye al Proyecto de Reestructuración del Nivel Central para que “... haga una propuesta de acompañamiento para la configuración interna de la Dirección, su formación y la del equipo de trabajo; así como la revisión de la Política de Gestión de Riesgos e iniciativas relacionadas, y la elaboración del marco general para la gestión de riesgos” ⁵ , por lo que está en proceso de cumplimiento.

⁵ Entrevista al Dr. Mario Vilchez Madrigal, director a.i. del CAED y a la Licda. Hazel Jara Chaves, Asesora de la Gerencia Administrativa.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

<p>Lineamiento 2: Generar normativa que otorguen un marco legal que ampare y regule la política de hospital seguro.</p>	<p>Gerencia Administrativa</p>	<p>2.1. Establecer un marco legal institucional para la seguridad hospitalaria en la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>	<p>La construcción de los instrumentos y normativa⁶ en materia de riesgos, así como, el marco general para la gestión de los riesgos, son responsabilidad del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central, así como de la nueva Dirección de Riesgos, según la información aportada por el CAED. Sin embargo, según el Perfil Funcional⁷ del CAED, desde el 2016 tenía la función sustantiva de: "Administrar, actualizar, articular, controlar y evaluar, en coordinación con las diversas instancias de la Institución, la Política de Hospital Seguro, (...) a efecto de disponer de instrumentos actualizados que orienten las acciones ante la ocurrencia de un evento y proponer a las autoridades superiores los ajustes a la normativa (...)". Por lo que no se observan suficientes acciones por parte del CAED en el proceso de coordinación de acciones para la atención de este apartado.</p>
<p>Lineamiento 4: Reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes.</p>	<p>Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Gerencia Médica, Gerencia Administrativa</p>	<p>4.2. Estudiar la vulnerabilidad de los establecimientos de salud identificados como estratégicos que requieran inversiones del nivel central.</p>	<p>El CAED de la Gerencia Administrativa y el Programa de Seguridad Sísmica (PSS) de la Dirección Administración de Proyectos Especiales de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, están realizando evaluaciones programadas del Índice de Hospital Seguro (ISH), también se está trabajando en un mapeo de capacidades hospitalarias para analizar la suficiencia en la respuesta ante posibles amenazas</p>

⁶ DPI-549-19

⁷ AEOR-158-2016, 19 de setiembre de 2016.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

	Gerencia de Infraestructura y Tecnología, Gerencia Administrativa, Gerencia Médica	4.3. Intervenir en la reducción de vulnerabilidad de los establecimientos de salud evaluados.	<p>El CAED mediante oficio GA-CAED-0689-2021, de 10 de setiembre de 2021, remitió una propuesta de Metodología de Priorización de Proyectos como Resultado de la Aplicación del ISH a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, misma que fue trasladada a la Dirección de Planificación Institucional.</p> <p>Con nota GIT-1425-2021, 30 de setiembre de 2021, el Ing. Jorge Granados Soto, M Sc. Gerente GIT, señaló que: "se encuentra valorando de forma integral y en coordinación con la Dirección de Planificación Institucional la definición de las metodologías de priorización de proyectos a ser aplicadas dentro de las distintas tipologías identificadas".</p> <p>Adicionalmente, la GIT a través del Portafolio de Inversión, tiene mapeados los proyectos ejecutados (hospital Heredia, Reforzamiento y Parasoles hospital Puntarenas, Readecuación estructural Ciudad Neilly), en ejecución (hospital de Turrialba, Puntarenas) y en desarrollo (Hospital de Cartago, Torre de San Juan de Dios, Limón, Golfito y Hospital Geriátrico) asociados a la Política de Hospital Seguro.</p>
--	--	---	---



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

<p>Lineamiento 5. Fortalecer los preparativos para emergencias y desastres en los servicios de salud</p>	<p>Gerencia Administrativa, Gerencia Médica</p>	<p>5.1. Fortalecer el desarrollo del planteamiento hospitalario ante situaciones de emergencias y desastres (internos y externos) en los establecimientos de salud.</p>	<p>El CAED está completando el manual, que contiene información relacionada con la elaboración e implementación de los planes de emergencia.</p> <p>Se observaron planes de las unidades desactualizados.</p>
	<p>Gerencia Administrativa y Gerencia Médica</p>	<p>5.2. Fortalecer el programa de capacitación del personal para fortalecer su capacidad de respuesta ante emergencias y desastres.</p>	<p>Durante el período 2020-2022, no se registra gestión al respecto. Se aportó la planificación de actividades de capacitación para los años 2022 y 2023.</p>
	<p>Gerencia Administrativa, Gerencia Médica</p>	<p>5.3. Desarrollar sistemas de coordinación de emergencias en los niveles nacional, regional y local.</p>	<p>Actualmente, el CAED en coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC) y la Gerencia Médica, se encuentran en el desarrollo del Sistema de Gestión de Información de Emergencias y Desastres, cuyo objetivo es mejorar la resiliencia institucional mediante el desarrollo capacidades institucionales en la respuesta a emergencias y desastres. Según el CAED, la implementación del sistema se realizará en los próximos meses.</p> <p>También se tiene: el Sistema de Información Geográfica ante Desastres y Emergencias permitirá al personal del Centro de Atención de Emergencias y Desastres de la CCSS automatizar la recolección, procesamiento y visualización de la información relevante de los establecimientos institucionales, para apoyar la gestión, planificación y la toma de decisiones durante</p>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

			eventos disruptivos. La implementación del sistema se realizará en los próximos meses.
	Gerencia Administrativa, Gerencia Médica	5.4. Desarrollar un programa de información sobre seguridad a los usuarios de los establecimientos de salud.	No se evidenció el desarrollo de un programa de información sobre seguridad de usuarios en establecimientos de salud.
	Gerencia Infraestructura de y Tecnología	5.5. Desarrollar un protocolo de evaluación de daños post-desastre para la Caja Costarricense de Seguro Social.	No se logra evidenciar acciones que respondan a estos resultados.
Lineamiento 6. Establecer convenios intersectoriales que contribuyan al cumplimiento de la Política Hospitalaria de Hospital Seguro.	Gerencia Administrativa, Gerencia Infraestructura de y Tecnología	6.1. Promover la participación de otros sectores integrantes del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos en la implementación de esta política.	Las gerencias están trabajando en la definición de una guía de diseño para hospitales resilientes, para tales efectos, se realizó un primer taller los días 29 y 30 de marzo, y se tiene planificado otro a realizar en el mes de diciembre de 2022, según hoja de ruta de la encargada del proceso de Reducción de Riesgo. Se cuenta con un convenio con el Laboratorio de Ingeniería Sísmica de la UCR y se tienen instalados acelerógrafos en diferentes edificaciones a lo largo y ancho del país para monitorear la infraestructura de salud existente.
Lineamiento 7. Seguimiento de avances en el cumplimiento integral de la Política de Hospital Seguro.	Gerencia Administrativa	7.1. Evaluar el cumplimiento de la Política con base a indicadores previamente elaborados.	No se logra evidenciar acciones que respondan a estos resultados.
	Gerencia Administrativa	7.2. Promover incentivos entre los establecimientos de salud para que implementen la Política de Hospital Seguro.	No se evidencia acciones para brindar incentivos para la implementación de la política.
	Gerencia Administrativa	7.3. Difundir los avances en hospital Seguro tanto a nivel nacional como internacional.	Siendo que la Política de Hospital Seguro es un tema transversal en la institución, las participaciones de la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

			CCSS en los diferentes foros nacionales e internacionales sirven para difundir estos resultados. No se cuenta con una línea específica de comunicados acerca de avances de la Política de Hospital Seguro.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, según la documentación aportada por la Gerencia Administrativa, Gerencia Infraestructura y Tecnologías, CAED.

(*) Los responsables de atención señalados en el cuadro, se anotan según lo indicado por la Gerencia Administrativa, Gerencia Infraestructura y Tecnologías y el CAED, ante las diferentes consultas efectuadas.

Del cuadro anterior, se desprende que, si bien es cierto, se evidencian acciones por parte del CAED de la Gerencia Administrativa, la GIT (DAPE, DAI) y las unidades ejecutoras, para el cumplimiento de lo establecido en la Política Institucional de Hospital Seguro, se considera que los esfuerzos y el avance en la implementación y ejecución de la política no han sido razonables, al considerarse que han transcurrido 16 años desde su emisión y todavía 13 (62%) de las 21 estrategias se encuentran pendientes de gestionar en su totalidad.

La Junta Directiva instruyó a las Gerencias Administrativa, así como a la de Operaciones (actualmente Gerencia de Infraestructura y Tecnologías) para que procedieran a dar a conocer el alcance y contenido de la Política, y elaborara, previa consulta con los representantes de los centros médicos, el plan de implementación respectivo como complemento a los programas y acciones que estaban siendo ejecutadas en esta materia, por las diferentes instancias institucionales, considerándose es este sentido que el nivel de avance evidenciado no es razonable.

La falta de eficacia no solo denota un incumplimiento de los preceptos que contiene la política, sino también, el tema es de mayor relevancia si se considera que el país presenta riesgos de vulnerabilidad ante diversos eventos adversos, lo cual implica la necesidad de brindar una mayor seguridad en los centros institucionales, constituyéndose este tema en un factor determinante que motivó el disponer de una política de esta naturaleza y que responda ante las situaciones de emergencia que se puedan presentar.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 14, sobre Valoración del riesgo, incisos b y d, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, lo siguiente:

“(...) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. (...) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.

(...) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”.

La Ley Nacional de Emergencias y Prevención del Riesgo, menciona en el Artículo 3, cita como principios:



“La integralidad del proceso de gestión: la gestión del riesgo se basa en un abordaje integrado, en el cual se articulan los órganos, las estructuras, los métodos, los procedimientos y los recursos de la administración (...).”

Coordinación: Principio de acción para hacer confluir hacia un mismo fin competencias diversas de diferentes actores. Permite reconocer la autonomía e independencia de cada uno de ellos; pero, a la vez, direcciona en forma concentrada y sistemática hacia propósitos comunes (...).”

Prevención: acción anticipada para procurar reducir vulnerabilidad, así como las medidas tomadas para evitar o mitigar los impactos de eventos peligrosos o desastres; por su misma condición estas acciones o medidas son de interés público y de cumplimiento obligatorio (...).”

La Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y privados, menciona en el Artículo 2, inciso I que los usuarios tienen derecho a recibir atención en un ambiente seguro.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República enuncian en los incisos 4.5.2 y 4.6 que:

“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 (...) deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes (...).”

El Perfil funcional del Perfil Funcional del Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED) aprobado por la Junta Directiva en sesión N° 8878 del 8 de diciembre de 2016, establece:

“Funciones Sustantivas

*(...) 2) **Administrar, actualizar, articular, controlar y evaluar, en coordinación con las diversas instancias de la Institución, la Política de Hospital Seguro, el Plan Institucional de Emergencias, la Política para la organización y respuesta de emergencias y desastres, entre otras de esta naturaleza, a efecto de disponer de instrumentos actualizados que orienten las acciones ante la ocurrencia de un evento y proponer a las autoridades superiores los ajustes a la normativa que se consideren pertinentes y facilitar la continuidad de los servicios.***
La negrita no corresponde al original.”

Sobre la participación de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías en torno al cumplimiento, seguimiento, supervisión, evaluación, coordinaciones de los presupuestos planteados en la Política Institucional de Hospital Seguro, la Licda. Xinia Lemaitre González. Asesora de ese nivel gerencial, mediante oficio GIT-0609-2022, del 12 de mayo de 2022, indicó a esta Auditoría:



“Los Lineamientos 1, 2, 6 y 7 por su alcance no corresponden a las competencias de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías. Parcialmente el Lineamiento 5 y de los Lineamientos 3 y 4, (...)”.

Sobre lo señalado por la Licda. Lemaitre González, Asesora de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, considera esta Auditoría que el lineamiento 6 también es de resorte de ese nivel gerencial, por cuanto de la información aportada el 4 de marzo de 2022, por parte del CAED de la Gerencia Administrativa, se indicó que ambas gerencias están trabajando en la definición de una guía de diseño para hospitales resilientes

Referente a las acciones efectuadas por el CAED, para administrar, actualizar, articular, controlar y evaluar, en coordinación con las diversas instancias de la Institución, la Política de Hospital Seguro, el Dr. Mario Vílchez Madrigal, director a.i. del CAED y la Licda. Házal Jara, Asesora de la Gerencia Administrativa, señalaron en entrevista a esta Auditoría:

“(...) De la información emitida por la Dirección de Planificación Institucional en el oficio DPI-549-19, se concluye que:

“... la construcción de los instrumentos y normativa en materia de riesgos, así como, el marco general para la gestión de los riesgos, constituían los productos centrales del proyecto: “Sistema de Gestión Integral de Riesgos y de Continuidad de los Servicios”, siendo estas actividades, a partir de lo acordado por la Junta Directiva, responsabilidad del Proyecto de Restructuración del Nivel Central, así como de la nueva Dirección de Riesgos.”

Por lo que la gestión de la revisión de la Política de Hospital Seguro corresponde a la Dirección de Gestión de Riesgos, unidad que está siendo analizada, propiamente por parte del Proyecto de Restructuración del Nivel Central.

El CAED trabaja en el borrador de manuales y guías como lo son: Manual de Organización ante Emergencias y Desastres, la Guía para el Plan General de Respuesta, el borrador de la Guía de Identificación de riesgos ante desastres, Acciones de Continuidad y Acciones de Respuesta”.

Esta Auditoría, también se reunió con la Dra. Natalia María Bejarano Campos, Dr. Rodolfo David Martínez y con el Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado, Enlaces de Red y Encargado de Atención y Seguimiento de Auditoría respectivamente, en representación de la Dirección Red de Servicios de Salud, con la finalidad de obtener información sobre la participación de esa Unidad en el proceso de administración, actualización, articulación, control y evaluación de la Política de Hospital Seguro, así como coordinaciones con las diversas instancias de la Institución; señalando:

“La Dra. Bejarano Campos señaló que se tiene conocimiento que, para iniciar el proceso de implementación de los lineamientos y estrategias de la Política, se realizó una capacitación previa al 2010, esta se brindó por parte de una Comisión con facilitadores de los componentes de ingeniería, médico y bienestar laboral de cada una de las DRIPSS. En respuesta a esa socialización de la Política, los DRIPSS realizaron un diagnóstico por cada dirección, algunos incluso lo canalizaron directamente en sus unidades adscritas (Se aporta Consolidado de las DRIPSS referente a las acciones implementadas en esos niveles para la Política de Hospital Seguro).



Referente a la implementación de mecanismos de control por parte de esa Dirección de Red, se estarían implementando en el transcurso de la citada evaluación". El subrayado no corresponde al original.

Preocupa a este Órgano de Control y Fiscalización, que desde el 2006 la Junta Directiva había solicitado la conformación de una unidad de riesgos, con la creación de la Política Institucional de Hospital Seguro y que 16 años después, este proceso continué en análisis y revisiones.

Lo anterior cobra relevancia, dado el ciberataque perpetrado a la institución, el cual ha ocasionado la afectación de los servicios a los usuarios, así como en los procesos de recaudación de fondos, gestión de cobro, pago de incapacidades y subsidios, afectación del patrimonio, accesibilidad y seguridad de la información de los procesos que ejecuta la Caja Costarricense de Seguro Social, así como el perjuicio de la imagen institucional, eventual daño de activos, el posible incremento de las listas de espera, aspectos que no solo han provocado una afectación a la calidad, calidez, oportunidad y eficacia con la que debe ser atendida la población, sino también de la institución cuyas dimensiones todavía son incalculables y que esta Auditoría ha reiterado en el oficio de advertencia AD-AAS-062-2022, del 13 de junio de 2022.

Otro aspecto de señalar es que la institución desde el año 1999 tenía el Programa Institucional de Emergencias (en el 2016 se convertiría en el CAED), al cual le han asignado la responsabilidad de ejecutar acciones tendientes a la seguridad hospitalaria y de atención de emergencias, sin embargo, lo señalado por esta Auditoría sobre la implementación de la Política de Hospital Seguro, evidencia debilidades de gestión y control que impactan la capacidad de organización, así como la atención oportuna de situaciones de emergencia y desastre que se puedan presentar.

Lo anterior, genera en la organización una indefinición en la gestión de riesgos, provocando que los esfuerzos realizados por las diferentes unidades carezcan de articulación e impacto en garantizar en la población, la continuidad de los servicios que brinda la institución, así como un incumplimiento de lo establecido por la Junta Directiva de la Institución.

2. SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HOSPITAL SEGURO

Se determinó que la Política Institucional de Hospital Seguro aprobada por Junta Directiva en la Sesión N°8069 del 6 de julio 2006, está desactualizada, a 16 años de emitida la política, existen nuevos retos y realidades que hace necesario una revisión y actualización, así como reorientar los postulados, lineamientos y estrategias para lograr una institución cada vez más resiliente ante los eventos disruptivos que amenacen o afecten la respuesta a emergencias o desastres, para garantizar la continuidad de los servicios que presta la institución y la seguridad de los usuarios.

Adicionalmente, se han emitido nuevos documentos referenciales como la Política Nacional de Gestión de Riesgo y los acuerdos de Sendai⁸, por lo que, no solo los hospitales deben ser seguros, sino también toda edificación que preste servicios de apoyo a la prestación de los servicios salud y cuya permanencia funcional se considera crítica, como, por ejemplo: lavanderías, laboratorios, cadena de abastecimiento, instalaciones administrativas, contrataciones a terceros, comodatos.

⁸ Es el instrumento sucesor del Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres.



En tal sentido, es necesario brindar garantía razonable de la continuidad de servicios que presta la institución, tanto en servicios de salud como de pensiones, considerando la cantidad de procesos relacionados a las gerencias y unidades adscritas. Sumado a lo anterior, reviste de importancia la integralidad de la gestión de riesgo y su incorporación en una nueva política.

Al respecto, desde el 2017 en el informe de Auditoría ASS-007-2017 “Evaluación sobre la implementación de la Política Institucional de Hospital Seguro en la Caja Costarricense de Seguro Social” del 17 de enero 2017, se había recomendado a la Gerencia Administrativa llevar a cabo un revisión y actualización, en coordinación con la Dirección de Planificación institucional y el CAED.

La Ley General de Control Interno en el Artículo 13, en el inciso a) señala que es responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados: “Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establece que:

“4.2 Requisitos de las actividades de control e. 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.”

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

Por otra parte, según el Perfil funcional del Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED)⁹, le corresponde “Administrar, actualizar, articular, controlar y evaluar, en coordinación con las diversas instancias de la Institución, la Política de Hospital Seguro”.

El Manual de Organización de la Dirección de Planificación Institucional¹⁰, establece como función sustantiva en el apartado Gestión Estratégica – Técnica del Nivel de Dirección;

“Analizar y actualizar las políticas institucionales, a partir del análisis del contexto situacional y la construcción de escenarios futuros, con el fin de orientar o reorientar la gestión y facilitar la gobernanza de la Institución.”

⁹ Oficio GA-23484-15, 24 de setiembre de 2015.

¹⁰ Marzo 2012.



Esta Auditoría, el 29 de marzo 2020, entrevistó a la Ing. Susan Peraza Solano, directora a.c. Dirección de Planificación Institucional, sobre el proceso de actualización de la Política Institucional Hospital Seguro; señalando:

“La Política Institucional de Hospital Seguro data del año 2006, y es hasta el 2012 que se inició en la Dirección de Planificación con el proceso de asesoría en tema de políticas, por lo que esta Dirección no participó del proceso de formulación.

Con respecto a la actualización de la Política Institucional de Hospital Seguro, la Dirección de Planificación Institucional no ha tenido en este proceso. La única referencia que tenemos es del CAED (oficio GA-CAED-0927-2021 del 2 de noviembre de 2021) quién solicitó la intervención de la DPI para la Revisión de políticas relacionadas al tema de emergencias y desastres, en cuenta la Política de Hospital Seguro. **La respuesta de la DPI (PE-DPI-113-2022 del 16 de febrero de 2022) indica que esta Dirección tiene la responsabilidad de asesorar metodológicamente en la elaboración o actualización de políticas institucionales y operativas, complementariamente, los gestores de cada política son los responsables de plantear y gestionar los cambios que se consideren necesarios en el marco de su implementación. Por tanto, la recomendación fue localizar a los gestores de dichas políticas y direccionar las propuestas de revisión a estos equipos”.** La negrita no corresponde al original.

Adicionalmente, esta Auditoría consultó al Dr. Mario Vilchez Madrigal, director a.i. del CAED sobre la gestión efectuada en la actualización de la Política; señalando:

“En cuanto a las coordinaciones de revisión y actualización de los lineamientos y estrategias de la política de hospital seguro, detallamos lo siguiente: De la información emitida por la Dirección de Planificación Institucional en el oficio DPI-549-19, se concluye que:

“... la construcción de los instrumentos y normativa en materia de riesgos, así como, el marco general para la gestión de los riesgos, constituían los productos centrales del proyecto: “Sistema de Gestión Integral de Riesgos y de Continuidad de los Servicios”, siendo estas actividades, a partir de lo acordado por la Junta Directiva, responsabilidad del Proyecto de Restructuración del Nivel Central, así como de la nueva Dirección de Riesgos”.

- *Por lo que la gestión de la revisión de la Política de Hospital Seguro corresponde a la Dirección de Gestión de Riesgos, unidad que está siendo analizada, propiamente por parte del Proyecto de Restructuración del Nivel Central.*

(...) A la luz de las circunstancias expuestas en el oficio GA-0930-2019, dicha revisión no se ha completado, por lo tanto, no es posible establecer estos mecanismos de control y seguimiento para un producto que no se ha terminado, sobre todo si se considera que se integrará con otras políticas y normativas, con un nuevo marco de referencia como parte del “Sistema de Gestión Integral de Riesgos y Continuidad de Servicios”, a cargo de la Dirección de Gestión de Riesgos”. El subrayado no corresponde al original.



Sobre la actualización de la Política Institucional de Hospital Seguro, la Licda. Xinia Lemaitre González, Asesora de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante oficio GIT-0609-2022, del 12 de mayo de 2022, indicó a esta Auditoría:

“No se tienen documentos del proceso de planificación que evidencien la revisión y actualización exclusivos para la Política Hospital Seguro.”

“El acuerdo de Junta Directiva de la Política Hospital Seguro no indica un plazo de vencimiento, ni fechas para actualizaciones, para esta Gerencia la Política Hospital Seguro, aunque no se ha actualizado, continua sus gestiones en cumplimiento de los lineamientos 3 y 4 que le competen, especialmente considerando que las políticas son guías generales orientadoras que expresan o dan permiso a la Administración a actuar con coherencia y aplicables durante periodos de largo plazo”.

También esta Auditoría consultó al Lic. Gilberto Alonso León Salazar, jefe de Subárea de la Gerencia Médica, sobre la participación de esa Gerencia en el proceso de administrar, actualizar, articular, controlar y evaluar la Política de Hospital Seguro, así como coordinaciones con las diversas instancias de la Institución; indicando:

“(...) no existe participación o injerencia activa por parte de la Gerencia Médica, siendo que cada unidad médica gestiona los recursos administrativos de acuerdo con sus necesidades”.

A pesar de que el Manual de Organización de la Dirección de Planificación Institucional del 2012 le asigna la responsabilidad de actualizar las políticas institucionales, no se observan acciones tendientes que permitan identificar la participación de esa unidad en este proceso. Adicionalmente, desde el 2016, el Perfil Funcional del CAED también le asigna esta función sustantiva, sin embargo, aunque se documentan esfuerzos por parte del anterior director de ese centro para iniciar el proceso, lo cierto es que el marco de referencia en análisis continúa sin tener un tamizaje y por consiguiente una actualización.

Cabe señalar que este aspecto, había sido evidenciado por esta Auditoría desde el 2017, en una evaluación previa sobre el tema, evidenciando una débil gestión por parte de la Dirección de Planificación Institucional y el CAED.

Lo evidenciado podría generar un vacío a nivel de estructura organizacional e incidir en la prestación de servicios que brinda la institución, además debe considerarse que esta Política es de hace 16 años, cuya visión en materia de gestión de riesgos ha evolucionado, se han establecido nuevas necesidades a nivel estructural, de recursos y de funcionamiento, por lo que surge la necesidad de acelerar este proceso de actualización de este marco normativo.

No disponer de una Política de Hospital Seguro actualizada, acorde con los procesos que se realizan, las necesidades y prioridades institucionales debilitan el cumplimiento de los objetivos del sistema de control interno, afectando la atención oportuna de los servicios de salud a la población, así como la debida asignación de los recursos y sobre toda la debida protección a los usuarios.



3. SOBRE EL SEGUIMIENTO EFECTUADO A LOS HALLAZGOS DETECTADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA (ISH) POR PARTE DEL CAED Y LA GIT.

Se evidenció oportunidades de seguimiento por parte del CAED y la GIT a las debilidades evidencias en la aplicación del instrumento denominado Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH¹¹), en los centros médicos: Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional Geriátrico, Hospital de Las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Evans”, Hospital de Upala, Hospital de Guápiles.

El Índice de Seguridad Hospitalaria es elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es considerado una herramienta de diagnóstico rápido y de bajo costo que evalúa la probabilidad de que un hospital siga funcionando en caso de emergencias o desastres.

En este sentido, esta Auditoría solicitó al CAED los resultados de la aplicación del instrumento denominado Índice de Seguridad Hospitalaria en los establecimientos señalados en el párrafo anterior. Evidenciándose que cuatro establecimientos requieren medidas a corto plazo, al determinarse que los niveles actuales de seguridad pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, al personal y su funcionamiento durante y después de un desastre, tal y como se puede observar en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Clasificación del establecimiento de salud según aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria

Unidad	Calificación obtenida según el CAED	¿Qué se tiene que hacer según el CAED?
Hospital de Las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Evans”, agosto 2021.	A	El CAED señaló como resultado de la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria lo siguiente: “Aunque es posible que el hospital continúe funcionando en caso de desastre, se requiere continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres”.
Hospital Nacional Geriátrico “Dr. Raúl Blanco Cervantes”, 2010.	B	El CAED señaló como resultado de la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria lo siguiente: “Se requieren medidas necesarias en el corto plazo, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre”.
Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera”, 2010.		
Hospital de Upala”, 2010.		
Hospital de Guápiles”, 2010.		

Fuente: CAED, 07-06-2022



En cuanto a las debilidades detectadas y señaladas en el Cuadro 2, comprenden las categorías de seguridad:

- Estructural: columnas, vigas, muros, losas, son elementos que forman parte de soporte de la edificación.
- No-estructural: elementos que no forman parte del sistema de soporte de la edificación, como líneas vitales (sistema eléctrico, telecomunicaciones, aprovisionamiento de agua, depósito de combustible -gas, gasolina o diésel-, gases medicinales -oxígeno, nitrógeno-, ventilación, aire acondicionado en áreas críticas, mobiliario y equipo de oficina fijo, móvil)
- Funcional: capacidad funcional que un hospital tiene para hacer frente a emergencias y desastres.

También del cuadro anterior, se observa que los hospitales con calificación “B”, es decir, Hospital Nacional Geriátrico “Dr. Raúl Blanco Cervantes”, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera”, Hospital de Upala y Hospital de Guápiles, una vez aplicados los instrumentos de la herramienta sobre el Índice de Seguridad Hospitalaria, requieren la implementación de medidas a corto plazo, con la finalidad de reducir las vulnerabilidades existentes. Lo señalado preocupa a esta Auditoría por cuanto han transcurrido 12 años desde que se realizó ese diagnóstico en esas unidades, sin embargo, no se tiene garantía que la totalidad de las debilidades evidenciadas hayan sido subsanadas, y así asegurar al visitante y trabajador que nuestras instalaciones sean seguras.

Con la finalidad de evidenciar que todavía persisten debilidades relacionadas con la seguridad hospitalaria, esta Auditoría emitió el informe AAO-059-2022 “Auditoría de carácter especial sobre el Programa de Seguridad en Incendios y Explosión en edificaciones institucionales, Dirección Administración Proyectos Especiales –4403, Gerencia de Infraestructura y Tecnología de Información -1107”, en el que se revisó los proyectos relacionados con el “Programa de Seguridad Humana/Protección contra incendios”, a cargo de la Dirección Administración Proyectos Especiales, incluidos en el Portafolio de Proyectos de Inversión e Infraestructura 2021-2030, determinándose que la institución pretende efectuar 27 proyectos en materia de seguridad contra incendios durante el periodo 2021-2030, de los cuales, 16 deberían estar en la etapa de ejecución para el año 2022, no obstante, según consulta realizada el 4 de febrero del año en curso al Sistema de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías (GIT-SPIT), sólo 5 (31,25 %) se encuentran en esa etapa.

A continuación, se presentan los proyectos con rezago en relación con la etapa de ejecución prevista para iniciar en el año 2022, a la fecha de la presente revisión, detectados en el AAO-059-2022:

- **“Suministro e instalación del sistema de rociadores y compartimentación del hospital de Guápiles (CCSS-1176)**

Desde el año 2021 el proyecto debía estar en la etapa de ejecución, no obstante, la administración se encuentra en la actividad de recepción de ofertas, así mismo, la fecha de inicio de ejecución se tiene prevista para el 4 de julio de 2022. Lo anterior, evidencia un desfase aproximado de 12 meses en relación con la etapa de ejecución señalada desde el año 2021, a la fecha de la revisión efectuada por la Auditoría.

- **Proyecto integral en materia de protección contra incendios hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva (CCSS-1171)**

Desde el año 2021 el proyecto debía estar en la etapa de ejecución, no obstante, la administración se encuentra en la actividad de elaboración del cartel de contratación, así mismo, la fecha de inicio de ejecución se tiene prevista para el 1° de julio de 2022. Lo anterior, evidencia un desfase aproximado de 12 meses en relación con la etapa de ejecución señalada desde el año 2021, a la fecha de la revisión efectuada por la Auditoría.

- **Proyecto integral en materia de protección contra incendios hospital de Upala (CCSS-1172)**

El proyecto se encuentra en la actividad de elaboración del presupuesto correspondiente a la fase de diseño, así mismo, la fecha de inicio de ejecución se tiene prevista para el 6 de marzo de 2023. En ese sentido, se evidencia un desfase aproximado de 12 meses en relación con la etapa de ejecución indicada para iniciar desde el año 2022, a la fecha de la presente revisión.

- **Proyecto integral en materia de protección contra incendios hospital Nacional de Niños (CCSS-1145)**

La administración se encuentra efectuando la actividad denominada elaboración del programa funcional, no obstante, para el año 2022 el proyecto debería estar en la etapa de ejecución, sin que se evidencie la fecha de inicio para dicha etapa, al momento de la presente revisión”.

La Ley General de Control Interno, en el Artículo N° 14, sobre Valoración del riesgo, incisos b y d, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, lo siguiente:

“(…) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. (...) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”

Esta Auditoría consultó¹² al Dr. Mario Vílchez Madrigal, director a.i. del CAED sobre el seguimiento realizado a los hallazgos detectados en la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria; señalando:

“Las evaluaciones del ISH según el registro, son del año 2010. La fecha exacta la desconozco. El CAED incluyó en su plan anual la meta de brindarle seguimiento a las evaluaciones de los Hospitales México, San Juan de Dios, Calderón Guardia y Niños. Durante el primer semestre y en virtud de la pandemia y el ciberataque, solo se le dio seguimiento al H México, resultado que está para presentarse al hospital el próximo miércoles.

Adicionalmente se tiene un programa de trabajo que es liderado por la DAPE, en la evaluación de las clínicas de II Nivel de atención, y se están evaluando 1 clínica al mes. Desde el CAED con estas evaluaciones estamos apoyando a las unidades en la mejora de los planes de emergencia.

¹² Vía correo electrónico el 22 de agosto de 2022.



Adicionalmente para los proyectos que se derivan de estas evaluaciones, y que no pueden ser asumidos por la unidad local, por su complejidad y costo, y que van al portafolio de inversiones institucional, hemos entregado una propuesta de metodología a la GIT, para que se prioricen los proyectos derivados de las evaluaciones de hospital seguro, especialmente cuando la clasificación dicta algún tipo de urgencia, en virtud de que al entrar al portafolio compiten con el resto de los proyectos. Esta metodología fue enviada por la GIT hacia la DPI para valoración”. La negrita no corresponde al original.

Mediante oficio GIT-DAPE-0315-2022, del 17 de febrero de 2022, la Arq. Paquita González Haug, M. Sc. Directora DAPE, informó al Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, sobre los resultados de la herramienta de diagnóstico realizado a las edificaciones según el Índice de Seguridad Hospitalaria:

“(…), se solicitó a la DAI al ingeniero José Miguel Paniagua Artavia y al FIDEICOMISO al ingeniero Danilo Monge Guillén, la lista de las edificaciones (Hospitales, Clínicas Mayores y Clínicas Menores), que ya fueron intervenidas de manera integral en los últimos 10 años, de nuevas edificaciones que se encuentran en ejecución, en diseño o que están en una etapa de planificación para dotar de obra nueva en los próximos años.

Esta lista de edificaciones facilitada por los ingenieros Paniagua y Monge, se descartó al considerarse innecesario volver a evaluar un edificio remodelado o construido recientemente (cumple con todos los estándares de seguridad humana vigentes).

Con toda la información obtenida se realizó un filtro y solo se dejaron los Hospitales, Clínicas Mayores y Clínicas Menores que no han sido intervenidas en los últimos 10 años y que no están en ningún plan de dotación de obra nueva y/o de remodelación, y que además quedaron ubicadas en la matriz de priorización (tabla 1), en la categoría AMARILLA Y ROJA. Tampoco fueron incluidos aquellos Hospitales o Clínicas Mayores que fueron evaluados en su Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) entre los años 2019 y 2021 por el Programa de Seguridad Sísmica y el CAED.

Una vez filtradas, identificadas y enlistadas las edificaciones con estos nuevos criterios de priorización, se realiza una nueva programación para realizar una actualización del diagnóstico realizado hace 10 años en dos etapas: etapa 1 entre los años 2022 y 2023, y etapa 2 entre los años 2024 y 2025”.

El hecho que las unidades técnicas realicen las evaluaciones como el mapeo de capacidad instalada (Índice de Seguridad Hospitalaria) y se determinen las necesidades de los establecimientos médicos, permite a las instancias trabajar en los aspectos de mejora. Sin embargo, según se evidencia en la documentación aportada por el CAED, estos hallazgos se detectaron hace 12 años, donde precisamente se señaló que se requerían de medidas necesarias en el corto plazo, por cuanto los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre.



La ausencia de recursos por parte de las instancias involucradas es un factor que podría incidir en el incremento del riesgo y por consiguiente que las vulnerabilidades persistan, sin embargo, oportunidades de mejoras en el seguimiento efectuado por parte de las unidades técnicas queda en evidencia por cuanto todavía se está trabajando en la metodología para priorizar los proyectos derivados de las evaluaciones de hospital seguro.

Lo evidenciando genera que en caso de desastres los establecimientos se dañen y queden inhabilitadas, provocando interrupción de los servicios y afectación patrimonial.

4. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE HERRAMIENTA SOBRE SEGURIDAD HOSPITALARIA EFECTUADA POR ESTA AUDITORÍA

Esta Auditoría evidenció la importancia de mejorar las acciones para fortalecer la seguridad humana en los establecimientos de salud: Hospital de las Mujeres, Hospital Nacional Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños, Hospital de Upala, Hospital de Guápiles, Área de Salud Osa; asimismo, en concordancia con el Lineamiento 4 sobre la reducción de las vulnerabilidades de los establecimientos existentes.

En este sentido, este Órgano de Control y Fiscalización elaboró una herramienta de revisión de 44 ítems considerando como referencia el “Módulo 3) Seguridad no estructural” del Índice de Seguridad Hospitalaria, contemplando los siguientes puntos:

- 3.1 Seguridad arquitectónica
- 3.2 Protección, acceso y seguridad física de la infraestructura
- 3.3 Líneas vitales:

- 3.3.1 Sistemas eléctricos
- 3.3.2 Sistemas de telecomunicaciones
- 3.3.3 Sistema de suministro de agua
- 3.3.4 Sistema de protección contra incendios
- 3.3.5 Sistemas de gestión de residuos
- 3.3.7 Sistemas de gases medicinales

- 3.4 Equipo y suministros
- 3.4.1 Mobiliario y equipo de oficina y para el almacén (fijo y móvil).

Cabe señalar que, en la aplicación del instrumento se realizó en compañía con los jefes de Ingeniería y Mantenimiento, así como de Salud Ocupacional asignados por los directores generales de los establecimientos de salud.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre la seguridad hospitalaria, cuya clasificación brindó un nivel bajo según la guía “Índice de Seguridad Hospitalaria”. (Ver detalle en el Anexo 1, Cuadro 4).



Cuadro 3
Resultados obtenidos de la aplicación de instrumento elaborado
por esta Auditoría sobre la seguridad humana

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
Área de Salud de Osa	Imagen 23 del anexo 2.	Baja	3.3.1. Sistemas eléctricos.	46. Sistemas eléctricos externos instalados para uso del hospital: no se han instalado subestaciones eléctricas para atender la demanda del establecimiento.
			3.3.2. Sistemas de telecomunicaciones	50. Sistemas de comunicación alternativos: los sistemas de comunicación alternativos no existen, se hallan en mal estado o no funcionan. 55. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia de los sistemas ordinarios y alternativos de comunicación: No hay registros de procedimientos de mantenimiento e inspección. No tienen plan de continuidad, en caso de problemas de necesidad de restablecimiento de la comunicación se efectúa en coordinación con la Mesa de Servicios.
			3.3.3. Sistema de suministro de agua.	60. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia del suministro de agua: No hay registros de procedimientos de mantenimiento e inspección.
			3.3.4. Sistema de protección contra incendios.	64. Sistemas de supresión de incendios (automáticos y manuales): no se han instalado un sistema; no se hace inspecciones. 66. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia: No hay registros de procedimientos de mantenimiento e inspección.
			3.3.5. Sistemas de gestión de residuos.	69. Seguridad del sistema de eliminación de residuos sólidos no peligrosos: no existe un sistema de eliminación de residuos sólidos o el que existe se halla en mal estado. 71. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia de todos los sistemas de eliminación de residuos del hospital: no hay registros de procedimientos de mantenimiento e inspección.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
			3.3.7. Sistemas de gases medicinales	77. Ubicación de las zonas de almacenamiento de gases medicinales Clasificación de seguridad: no hay lugares reservados para los gases medicinales o los que hay plantean un gran riesgo de falla a causa de las amenazas; no hay medidas protectoras y el acceso es difícil.
Hospital Guápiles de	Imágenes del 19 al 22 del anexo 2 del	Medio Medio	3.1 Seguridad Arquitectónica	21. Estado y seguridad de ventanas y persianas: estado regular, sujetas a daños, aunque éstos no impedirían la función de este ni otros elementos (en algunos lugares falan celosías y hay ventanas quebradas, no obstante, indica la Arq. Yoherlin Andrea Zamora Fernández, que el tema de las celosías se incluyó en un proyecto que está por ejecutarse.
				28. Condiciones seguras para la circulación dentro del edificio: Los obstáculos y daños de los elementos no impedirían la circulación de las personas, aunque sí la de camillas y equipo sobre ruedas (Se observan activos en mal estado en pasillo donde se encuentran las bodegas de suministros y documentos.
			3.3.1. Sistemas eléctricos.	47. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia del suministro de energía y fuentes alternas: existen registros actualizados de mantenimiento e inspección, el personal está capacitado, pero no hay recursos.
			3.3.2. Sistemas de telecomunicaciones	54. "Condition and safety of internal communications systems": los sistemas de comunicación interna se hallan en condiciones regulares, pero no hay sistemas alternativos (no tienen equipos adicionales para reposición en caso de que falle alguno). 55. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia de los sistemas: hay registros actualizados de mantenimiento e inspección, el personal está capacitado; sin embargo, no hay recursos (La telefonía IP está por contrato y a la empresa se encarga de dar el mantenimiento).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
			3.3.3. Sistema de suministro de agua.	61. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia del suministro de agua: hay una brecha de recurso humano que no ha permitido registrar estos procedimientos de mantenimiento preventivos.
			3.3.4. Sistema de protección contra incendios.	63. Sistemas de detección de fuego o humo: hay una brecha de recurso humano que no ha permitido registrar estos procedimientos de mantenimiento preventivos.
			3.3.7. Sistemas de gases medicinales	77. Ubicación de las zonas de almacenamiento de gases medicinales: zonas reservadas y en un estado y un emplazamiento regulares; algunas medidas proporcionan protección parcial (Lugar donde se colocan cilindros de gases medicinales en una ubicación no apta, ya que se encuentran en la acera donde transitan funcionarios y al momento de la visita se encontraban sin la cadena que los sostiene -salón de medicina-).
				78. Seguridad de las zonas de almacenamiento de los tanques o cilindros de gases medicinales: No seguros, según lo indicado en el ítem anterior.
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	Imágenes del 1 al 6. Anexo 2.	Bajo	3.3.1. Sistemas eléctricos.	39. Pruebas periódicas de las fuentes alternativas de electricidad en las áreas críticas: El Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, no tiene dentro de sus rutinas pruebas a toda carga; sin embargo, las plantas de emergencias son probadas una vez por semana, constatando su buen funcionamiento, según indica el Ing. Padilla.
				42. Sistema redundante para el suministro local de energía eléctrica: Indica el Ing. Padilla que no existe redundancia para el suministro local de energía eléctrica.
			3.3.3. Sistema de suministros de agua.	56. Reservas de agua para los servicios y funciones del hospital: hay agua suficiente para 24 horas o menos o no cuentan con depósito de agua. (La reserva de agua para los servicios y funciones del hospital,



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
				<p>tienen una capacidad para trabajar con normalidad de 6 a 8 horas).</p> <p>61. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia del suministro de agua. No existen rutinas de registro de procedimientos de mantenimiento e inspección.</p> <p>68. Seguridad de aguas residuales peligrosas y los residuos líquidos: Todas las aguas residuales peligrosas y los residuos líquidos van a la cañería sanitaria administrada por AYA.</p>
			3.3.5. Sistemas de gestión de residuos.	
Hospital Niños de	Imágenes del 11 al 14 del anexo 2.	Baja	3.1. Seguridad arquitectónica	<p>Se encuentra ubicado en una zona de riesgo, desbordamiento de ríos. El edificio Chapuí^[1] posee una recomendación^[2] de desalojo preventivo de las instalaciones de cada una de las áreas que se encuentran en esa estructura.</p>
Hospital Upala de	Imágenes del 15 al 18 del anexo 2.	Media	3.1. Seguridad arquitectónica	<p>19. Daños mayores y reparación de elementos no estructurales: Remodelación del cielo raso y cometida eléctrica en proceso.</p> <p>20. Estado y seguridad de puertas, entradas y salidas: en el servicio de laboratorio se observan puertas dañadas.</p> <p>21. Estado y seguridad de ventanas y persianas: En varios lugares del hospital faltan celosías en las ventanas</p> <p>22. Estado y seguridad de otros elementos de la parte exterior del edificio: algunas paredes de revestimiento dañadas como por ejemplo la entrada principal.</p> <p>24. Estado y seguridad de barandillas y pretilas: barandilla de entrada COVID-19 está suelta.</p> <p>28. Condiciones seguras para la circulación dentro del edificio: en algunos pasillos se observan obstáculos como equipos viejos para desecho.</p>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
				30. Estado y seguridad de los cielos rasos falsos o suspendidos: algunos de los cielos rasos se encuentran con deterioro, no obstante, se indica que están dentro del proyecto de remodelación.
			3.2. Protección, acceso y seguridad física de la infraestructura	35. Vías de acceso al hospital: entrada del hospital con activos par desecho. 37. Vigilancia y protección física del edificio, el equipo, el personal y los pacientes: Se han implementado algunas medidas de vigilancia y protección: en la bodega de proveeduría se encontró la puerta abierta
			3.3.1. Sistemas eléctricos	38. Capacidad de las fuentes alternativas de electricidad: las fuentes alternativas satisfacen entre el 31% y el 70% de la demanda en las áreas críticas y arrancan en menos de 10 segundos en las áreas críticas 47. Sistema redundante para el suministro local de energía eléctrica: hay dos entradas del suministro eléctrico local. 46. Sistemas eléctricos externos instalados para uso del hospital: no se ha logado la cobertura del hospital para el proyecto del próximo año está incluida.
		Baja	3.3.2 Sistemas de telecomunicaciones	50. Sistemas de comunicación alternativos: No hay sistemas alternativos de comunicación.
		Baja	3.3.3. Suministros de agua	59. Suministro alternativo de agua: Se dispone de un poco, no obstante, no se tiene el permiso de funcionamiento de SETENA, por lo cual no se puede utilizar.
		Media	3.3.4. Sistema de protección contra incendios	62. Estado y seguridad del sistema de protección (pasiva) contra incendios: se observaron extintores en el suelo de laboratorio.
		Media	3.3.6. Sistemas de almacenamiento de combustible.	72. Reservas de combustibles: La nueva propuesta de la renovación eléctrica, el respaldo sería de gas para el nuevo tipo de generador eléctrico.
				85. Seguridad y condiciones de funcionamiento del equipo de



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
			3.3.8. Sistemas de calefacción, ventilación y aire	calefacción, ventilación y aire acondicionado (CVAA): En la sala de Cirugía de hombre y mujeres no hay aire acondicionado, solamente ventiladores. 88. Estado y seguridad del sistema de aire acondicionado: Hay un 25% de aires acondicionados en estado regular que necesitan cambio.
			3.4.1. Mobiliario y equipo de oficina y para el almacén (fijo y móvil)	92. Seguridad de computadoras e impresoras: No hay medidas para proteger las computadoras de las amenazas.
			3.4.2. Equipo y suministros médicos y de laboratorio	103. Estado y seguridad del equipo médico en otros servicios: entre el 10% y 30% del equipo está en riesgo de pérdida.
				110. Equipo para el sostén de las funciones vitales: según lo indicó la Dra. Alejandra Delgado, Asistente de la Dirección General, faltante de bombas de infusión.
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	Ver detalle en imágenes del 8 al 11.	Media	3.2. Protección, acceso y seguridad física de la infraestructura	36. Salidas de emergencias y rutas de evacuación: están libres de obstáculos, pero debe mejorarse la señalización de las rutas de evacuación. 37. Vigilancia y protección físicas del edificio, el equipo, el personal y los pacientes: En el área de caseta de gases medicinales, no estaba el personal a cargo, tampoco tenía candado de protección que impidiera el acceso al recinto.
			3.3.1. Sistemas eléctricos	55. Mantenimiento y restablecimiento de emergencia de los sistemas ordinarios y alternativos de comunicación: La garantía de los equipos de comunicación venció y no se tiene contrato de mantenimiento contratado.
			3.3.3. Sistemas de suministros de agua	56. Reservas de agua para los servicios y funciones del hospital: No se tiene un registro de medición de las reservas de agua suficientes.
			3.3.4. Sistema de protección contra incendios	64. Sistemas de supresión de incendios: En el edificio de hospitalización está al 80%.



Unidades Ejecutoras	Imágenes	Nivel de seguridad	Sistemas	Debilidades en los siguientes sistemas
				67. Seguridad de los sistemas de aguas residuales no peligrosas: Se está trabajando en un protocolo de inspección de mantenimiento preventivo.
		Baja	3.3.5. Sistema de gestión de residuos	68. Seguridad de las aguas residuales peligrosas y los residuos líquidos: No se tiene un sistema de aguas residuales. Los tubos de aguas residuales de los inodoros pasan por encima del cuarto eléctrico.

Fuente: Elaboración propia de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento sobre seguridad hospitalaria.

Del Cuadro 3, se observa que las unidades visitadas, presentan debilidades principalmente en los ítems sobre: Sistemas eléctricos, Sistema de suministros de agua, Sistemas de gestión de residuos y Sistema de protección contra incendios, los cuales se vinculan con el Lineamiento 4 sobre las vulnerabilidades de los establecimientos existentes, aspectos que se consideran altamente riesgosos.

La Ley General de Control Interno, en el Artículo N° 14, sobre Valoración del riesgo, incisos b y d, establece que serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, lo siguiente:

“(…) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. (...) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”

Esta Auditoría consultó a los directores médicos de los establecimientos de salud, sobre la reducción de vulnerabilidades de los establecimientos existentes, específicamente del diseño de mecanismos para el seguimiento y monitoreo de condiciones de seguridad en la infraestructura física¹³; señalando:

- La Dra. Milena Bolaños Sanchez, directora general y la Licda. María del Rocío Serrano, Administradora y del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes; comentaron:

“En los planes operativos y presupuesto de establecimientos de salud se prioriza el mantenimiento de la infraestructura física y la seguridad del establecimiento. Si se contempla dentro de los planes operativos y en la formulación presupuestaria para el mantenimiento y reparación de eventuales incidencias que se puedan presentar en la infraestructura y seguridad. Es importante mencionar que el edificio de hospitalización data del año 1958, por lo que desde el año 2019 se ha trabajado en un proceso de mejoras de la instalación eléctrica, sistemas mecánicos y sistema de supresión de incendios. (...). En la medida de lo posible se han ido presupuestando los recursos necesarios para paulatinamente mejorar y optimizar las condiciones de seguridad del centro médico. Esto según valoración de riesgos y prioridades. (...).”

¹³ Lineamiento 4: Reducir las vulnerabilidades de los establecimientos existentes. Estrategia 4.4 Diseñar mecanismos para el seguimiento y monitoreo de las condiciones de seguridad en la infraestructura física de los establecimientos de salud.

- El Dr. Ángel Andrés Ávila Barboza, director general del Hospital de Upala:

“En nuestra unidad se cuenta con el contrato 2020LA-000003-2504 MPC Edificios del Hospital y Área de Salud Upala, mediante el cual se prioriza la atención de la infraestructura en temas de seguridad, como los son iluminación de pasillos y recintos, puertas de acceso eliminación de barreras. En el Plan Presupuesto del Hospital, se contempla el cumplimiento de las condiciones de seguridad en los establecimientos de salud, en los indicadores de infraestructura, equipamiento y capacitación”.

- La Dra. Iliana Musa Mirabal, directora general del Hospital Guápiles

“Actualmente se utiliza el convenio marco de infraestructura del Ministerio de Hacienda. Se implementan rotulaciones de acuerdo con la normativa, se demarcan rutas de evacuación, puertas de salida, rutas exteriores e identificación de salida de emergencias, para que, en las edificaciones actuales, las personas puedan identificar los egresos y puntos seguros en caso de eventual emergencia.

Se utilizan vidrios de seguridad, en puntos altos, como tapíceles, ventanearías superiores, puertas traslucidas, paulatinamente se han sustituido los vidrios existentes por vidrios de seguridad, vidrios “sandblasting” o adherencias de películas de seguridad.

Por mantenimiento y sustituciones en infraestructura existente, se utilizan materiales resistentes en paredes, que no pueden generar accidentes por desprendimiento o socavar, se utilizan en espacios exteriores de recorridos superficies que tengan bastante fricción para evitar accidentes en los desplazamientos de usuarios y funcionarios. Al ser una zona con altas precipitaciones, se refuerza sistema de evacuación de agua pluvial y se mantiene bajo vigilancia el adecuado funcionamiento de registros pluviales que pudieran desbordarse y provocar accidentes”.

Cabe indicar que el Dr. Mario Vílchez Madrigal, director a.i. del CAED de la Gerencia Administrativa mediante entrevista del 4 de marzo de 2022 y la Arq. Paquita González Haug M.Sc. Directora de la Dirección Administración de Proyectos Especiales de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías, con oficio GIT-DAPE-0915-2022, del 10 de mayo del presente año, informaron a esta Auditoría que están realizando evaluaciones programadas del Índice de Hospital Seguro (ISH), también se está trabajando en un mapeo de capacidades hospitalarias para analizar la suficiencia en la respuesta ante posibles amenazas.

Lo evidenciado por esta Auditoría en las visitas efectuadas a las unidades, se encuentra relacionado en primera instancia con la obsolescencia de las instalaciones, como en el caso de los hospitales Nacional de Niños con el antiguo “Sanitario Chapui”, Geriátrico con la edificación de “Hospitalización” desde 1958¹⁴ y de Las Mujeres con el edificio denominado “B”¹⁵, los cuales poseen infraestructuras físicas con niveles de antigüedad superiores a los 60 años, por lo que las instalaciones no cumplen con el marco normativo relacionados con seguridad sísmica, instalaciones seguras, salud ocupacional, ubicación, por señalar algunos aspectos.

¹⁴ Desde el año 2019 se ha trabajado en un proceso de mejoras de la instalación eléctrica, sistemas mecánicos y sistema de supresión de incendios.

¹⁵ Data de hace 85 años.



En el caso específico del hospital Nacional de Niños, incluso se tiene una orden de desalojo¹⁶ en el edificio más antiguo que data de 1845, antiguo Sanitario Chapuí, conocido internamente como Edificio Chapuí donde aún trabajan 400 funcionarios que corresponden a Ropería, Aseo, Vigilancia, Centro de Almacenamiento, Mantenimiento, Informática, Área de Gestión de Bienes y Servicios, entre otros. Sobre el plan de abordaje de vulnerabilidades del edificio principal de ese nosocomio, la Dra. Arguedas Arguedas, directora general, señaló: "... la necesidad de que se le brinde apoyo por parte de las autoridades por cuanto depende del Proyecto Torre Cuidados Paliativos para ponerlo en marcha".

El segundo factor son las debilidades en los mantenimientos preventivos y correctivos en los establecimientos, aspecto que guarda relación con la gestión de los Servicios de Mantenimiento y el otorgamiento de recursos a las unidades para realizar las mejoras necesarias.

Un tercer aspecto que debe considerarse es la ubicación de los establecimientos, por cuanto geográficamente el nivel de vulnerabilidad es mayor que otros, como el hospital Nacional de Niños, Geriátrico y de Las Mujeres, que se encuentran en el casco metropolitano, siendo más propensos a inundaciones, colapsos en las vías de acceso, limitado espacio físico para mejoras en la infraestructura de los edificios, poco espacio para evacuaciones, por señalar algunas limitaciones.

El cuarto aspecto que debe analizarse es que si bien, las unidades técnicas (DAPE, CAED) realizan las evaluaciones a través del mapeo de la infraestructura y condiciones de seguridad, determinándose necesidades de mejora en las instalaciones en la mayoría de los casos, lo cierto es que la resolución queda sujeta a la priorización de las inversiones como el Portafolio de Proyectos o la planificación local según el presupuesto asignado.

En este sentido, la institución no brinda una garantía razonable de mayor protección posible frente a eventos adversos, cuyos servicios permanezcan accesibles y en funcionamiento a su máxima capacidad, como lo señala la definición de hospital seguro, comprometiendo con esto, la continuidad de la prestación de los servicios asistenciales ante un evento adverso.

CONCLUSIONES

La ubicación geográfica de Costa Rica, la hacen propensa a padecer los efectos de diversos eventos de origen natural tales como sismos, inundaciones, erupciones volcánicas, deslizamientos y huracanes.

La Caja Costarricense de Seguro Social como prestadora de servicios de salud, es considerada un componente esencial e indispensable del proceso de atención de emergencias, por lo que su preparación dependerá en gran medida la resistencia y seguridad de sus edificaciones para evitar la interrupción de servicios, reducir riesgos en cuanto a la seguridad humana, así como la capacidad de atender la demanda de necesidades que se incrementen ante un evento adverso o que requieran de una organización específica.

¹⁶ Oficio GIT-DAI-2253-2021 del 28 de julio de 2021, suscrito por el Ing. Alexander Vega Romero, Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería.



El presente estudio ha permitido identificar la necesidad de que las Gerencia General, Gerencia Administrativa, Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, proceda a la revisión de las estrategias y lineamientos vinculados a la Política de Hospital Seguro.

Es criterio de esta Auditoría, que la Administración Activa no ha establecido los mecanismos y gestiones suficientes para asumir las tareas encomendadas, por cuanto se evidenció que de las 21 estrategias que componen los siete lineamientos de la Política en revisión, 16 años después, todavía se encuentran pendientes de atender 13, es decir, el 62%.

Al respecto se determina que la gestión de la institución continúa realizando esfuerzos aislados a través de diversas unidades en cuanto a la seguridad hospitalaria, sin que exista una integración y coordinación adecuada que permita una implementación eficiente de la política y la debida protección a los usuarios

Por lo tanto, y conforme al análisis realizado según la documentación aportada, las entrevistas efectuadas a diversos actores y el trabajo de campo realizado, tal y como se señaló en el hallazgo 1, las estrategias 1.1, 2.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 6.1, 7.1, 7.2, y 7.3, están en proceso de gestionarse, generando un incumplimiento al acuerdo de la Sesión N°8069 del 6 de julio 2006 de Junta Directiva.

Considera preocupante esta Auditoría que la misma Política había definido en el Lineamiento 7, el monitoreo al cumplimiento integral de la política de Hospital Seguro, sin embargo, las limitaciones organizacionales y presupuestarias, y a la falta de acciones precisas, no ha sido posible reducir los riesgos asociados a la seguridad hospitalaria, con ello dificultan la orientación estratégica y operativa en torno a disponer de ambientes seguros para la prestación de servicios de salud y la respuesta ante emergencias.

En esta misma línea, no se evidencia el diseño de indicadores y su implementación para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de la política, por lo que no es posible conocer elementos claves sobre el accionar general institucional en materia de atención de los riesgos de vulnerabilidad ante desastres, limitando la orientación estratégica y operativa de acciones o recursos para atender debilidades, así como la organización general en caso de presentarse un evento adverso, por tanto, no es posible dar a conocer a nivel nacional e internacional, avances en el tema de hospital seguro y que se demuestre el costo beneficio (económico, social y político) de la aplicación de esta política.

Referente al proceso de actualización de la Política Institucional de Hospital Seguro, en el hallazgo 2 se determinó que la gestión de la revisión le corresponde al CAED según lo establece el Perfil Funcional aprobado en el 2016, también tiene participación la Dirección de Planificación Institucional que según su Manual de Organización del 2012 tiene la actualización de Políticas como parte de su función sustantiva y recientemente, se une un tercer actor que sería la Dirección de Gestión de Riesgos, unidad que está en proceso de configuración, propiamente por parte del Proyecto de Restructuración del Nivel Central.



Sobre reducir la vulnerabilidad de los establecimientos existentes, como lo cita el lineamiento 4, se determinó que se efectúan evaluaciones técnicas de vulnerabilidad que permiten realizar diagnósticos de las redes de salud, sin embargo, las intervenciones para atender las debilidades quedan sujetas a la planificación y presupuestos locales, los cuales son limitados o bien a la priorización que se le dé a las grandes inversiones en el nivel central, por lo que podrían desarrollarse a largo plazo, así que persiste el riesgo de daño o inhabilitación en caso de desastre, aspecto desarrollado en el hallazgo 3.

En esta misma línea, en las unidades visitadas por esta Auditoría, evidencian en el hallazgo 4 oportunidades de mejora en el fortalecimiento de los preparativos para enfrentar emergencias y desastres como lo es la señalización para salidas de emergencias, demarcación sobre puntos de reunión y croquis visibles para que tanto los visitantes, usuarios y funcionarios tengan meridiana claridad sobre los caminos a seguir en caso de un evento adverso.

Por otra parte, la unidad institucional encargada de ejecutar acciones tendientes a la seguridad hospitalaria y atención de emergencias es desde 2016 el CAED, del cual se evidencian debilidades de gestión y control que impactan la capacidad de organización y atención oportuna y eficiente de situaciones de emergencia y desastre.

Es criterio de esta Auditoría que la Política Institucional de Hospital Seguro aprobada por la Junta Directiva¹⁷ desde el 2006 todavía se encuentra sin cumplir, incidiendo en que la institución no pueda garantizar la continuidad de los servicios de salud a la población costarricense, cuando se presenten situaciones de emergencia y desastre en cualquier lugar del país.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN 1

AL DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, GERENTE GENERAL O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

Instruir la conformación de equipo de trabajo intergerencial (así como otras unidades que considere pertinente) que proceda a revisar de la Política Institucional de Hospital Seguro, con el objetivo de analizar los riesgos evidenciados por esta Auditoría, así como la vigencia de este cuerpo normativo, considerando entre otros aspectos la emisión de otras normas, asociadas a la temática, de conformidad con los hallazgos 1 y 2.

De los resultados obtenidos de esta revisión y análisis, valorar su actualización, modificación o respectiva derogación.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, los siguientes entregables en un plazo de seis meses:

- Conformación del equipo de trabajo intergerencial, quién lo lidera, plan de trabajo, entregables y plazos.

¹⁷ PAI ACTIVIDAD 35



- Los resultados finales de la revisión efectuada de la Política Institucional de Hospital Seguro, por parte del equipo de trabajo.
- La decisión final tomada por ese nivel gerencial.

RECOMENDACIÓN 2

A LA LICDA. VILMA CAMPOS GÓMEZ, EN SU CALIDAD DE GERENTE ADMINISTRATIVO A/C DIRECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES Y AL ING. RÓGER VALVERDE JIMÉNEZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES O A QUIÉNES EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO.

Considerando los hechos evidenciados en los hallazgos 3 y 4, sobre seguridad en los establecimientos de la institución y con el propósito de minimizar el impacto negativo en caso de presentarse un evento natural o antrópico, coordinen la realización de un plan de trabajo para realizar un diagnóstico en los edificios administrativos, hospitales, sucursales, contratos a terceros y comodatos, con el objetivo de identificar sus vulnerabilidades de infraestructura, no estructurales, así como de seguridad de la gestión de emergencias y desastres, y de conformidad con los resultados, sirvan de insumos para la toma de decisiones que permitan garantizar que las instalaciones estén en condiciones ante una emergencias o desastre y con ello favorecer la seguridad de los usuarios y protección de los bienes institucionales.

Deberá contemplarse en la elaboración del plan de trabajo, el análisis de los lineamientos establecidos en la Política de Hospital Seguro, así como: Índice de Vulnerabilidad e Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) de la OMS y OPS, así como otros lineamientos y marco normativo que se consideren necesarios.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de tres meses debe enviarse a la Auditoría Interna, el plan de trabajo, para realizar el diagnóstico solicitado a las instalaciones institucionales

RECOMENDACIÓN 3

A LA LICDA. VILMA CAMPOS GÓMEZ, EN SU CALIDAD DE GERENTE ADMINISTRATIVO A/C DIRECCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES Y AL ING. RÓGER VALVERDE JIMÉNEZ, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

Considerando las debilidades evidenciadas en el presente informe (hallazgo 3) sobre el seguimiento brindado a las mejoras que deberían realizarse a los establecimientos médicos que se les aplicó el Índice de Seguridad Hospitalaria hace 12 años, se proceda a la revisión técnica por parte de la Dirección de Administración de Proyectos Especiales de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de la "Metodología de proyectos derivados de las evaluaciones de hospital seguro", para que posteriormente el CAED ejecute con el procedimiento correspondiente para su aprobación; considerando las debilidades detectadas en infraestructura y el riesgo que representan las vulnerabilidades en caso de presentarse un evento adverso, siendo necesario que se proceda de forma oportuna a la priorización de los proyectos derivados de las evaluaciones de hospital seguro



Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, en el **plazo de 3 meses** posteriores al recibo del presente informe, la aprobación de la metodología de priorización de proyectos derivados de las evaluaciones de hospital seguro.

RECOMENDACIÓN 4

AL DR. RANDALL ÁLVAREZ JUÁREZ, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO A QUIÉN EN SU LUGAR OCUPEN EL CARGO.

En conjunto con el CAED, considerando los hechos evidenciados en el hallazgo 4, sobre seguridad en los establecimientos de la institución, con el propósito de minimizar el impacto negativo en caso de presentarse un evento natural o antrópico, solicite a las unidades la elaboración de un plan de acción que permita fortalecer los preparativos para emergencias y desastres como la señalización de las zonas de seguridad, rutas de evacuación y croquis de ubicación para que tanto el personal como los usuarios y visitantes tengan visibles las rutas de evacuación.

Deberá contemplarse en la elaboración del plan de trabajo, el análisis de los lineamientos establecidos en la Política de Hospital Seguro en lo que corresponda a los centros de salud, la corrección de las debilidades señaladas en el presente informe en lo que corresponde a su ámbito de competencias, así como capacitación y sociabilización con el propósito que el personal del centro médico conozca e interiorice la importancia del cumplimiento de la Política de Hospital Seguro. En este plan de trabajo, deberá contemplarse el debido seguimiento para garantizar el cumplimiento.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, debe enviarse a la Auditoría Interna, el plan de fortalecimiento de los preparativos para emergencias y su propuesta de ejecución, en el **plazo de tres meses**.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, mediante oficios AI-1452-2022 del 15 de setiembre de 2022, AI-1474-2022 y AI-1476-2022 del 26 de setiembre de 2022, se efectuó convocatoria para comentario de informe y asistieron por parte de la Administración Activa los siguientes funcionarios: Ing. Jorge Granados Soto, Gerente Infraestructura y Tecnologías a/c Gerencia Administrativa, Ing. Róger Valverde Jiménez, Jefe DAPE, Ing. Susan Peraza Solano, Directora Planificación Institucional, Lic. Mayid Morales Madrigal, Director Proyecto Reestructuración del Nivel Central, Dr. Mario Vílchez Madrigal, Coordinador del CAED, Dr. Randall Álvarez Juárez, Gerente Médico. Asimismo, mediante oficio AI-1624-2022, de 17 de octubre de 2022, se convocó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, gerente general.

Adicionalmente, estos resultados fueron de conocimiento de la Dra. Olga Arguedas Arguedas, directora general del Hospital Nacional de Niños, Dra. Milena Bolaños Sánchez, directora general del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, Dr. José Miguel Villalobos Brenes, director general del Hospital de Las Mujeres, Dr. Ángel Andrés Ávila Barboza, director general del Hospital de Upala y al Dr. Mario Alfredo Lara Villalobos, director médico del Área de Salud Osa.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Asimismo, en cada comentario se acordó lo siguiente: modificar la redacción de algunas las recomendaciones las cuales se consignaron en las actas y revisión de los plazos. En tal sentido los aspectos antes expuestos por la Administración Activa fueron considerados por este Órgano Fiscalizador.

ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

Lic. Edgar Avendaño Marchena, jefe
Área

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías, jefe
Subárea

Licda. Karla Andrea Soto Sánchez
Asistente de Auditoría

EAM/RMJM/KASS/lbc

Anexo 1

Cuadro 4

Resultados de la aplicación de cuestionario sobre Índice de Seguridad Hospitalaria por parte de esta Auditoría, periodo del 2 al 5 de mayo de 2022

Módulo 3: Seguridad no estructural	H. Las Mujeres			H. Guápiles			H. Upala			H. Geriátrico			ASO			S. Quepos			S. Pérez Zeledón			S. Parrita		
	Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad			Nivel de Seguridad					
	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A	B	M	A
3.1 Seguridad arquitectónica																								
20. Estado y seguridad de puertas, entradas y salida		1				1		1				1		1				1					1	
21. Estado y seguridad de ventanas y persianas		1			1			1				1		1				1					1	
24. Estado y seguridad de barandillas y pretilas			1			1		1				1		1				1					1	
25. Estado y seguridad de los muros del perímetro y las vallas			1			1		1				1		1				1					1	
26. Estado y seguridad de otros elementos arquitectónicos (por ejemplo,		1				1		1			1		1				1						1	
27. Condiciones seguras para la circulación fuera de los edificios del hospital		1				1		1			1			1			1						1	
28. Condiciones seguras para la circulación dentro del edificio (por ejemplo, corredores, escaleras)		1			1			1			1		1				1						1	
31. Estado y seguridad del sistema de elevadores			1									1					1					1		
32. Estado y seguridad de escaleras y rampas			1			1		1			1		1			1		1						
3.2 Protección, acceso y seguridad física de la infraestructura																								
34. Ubicación de los servicios y el equipo esenciales del hospital con relación a las amenazas locales		1				1		1			1		1			1		1					1	
35. Vías de acceso al hospital			1			1		1			1		1			1				1			1	
36. Salidas de emergencia y rutas de evacuación		1						1			1		1			1		1					1	

Anexo 2

- Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

Imágenes 1 y 2 Cielos rasos con señales de goteras



Imágenes 3 y 4

- Acceso a extintores con obstáculos

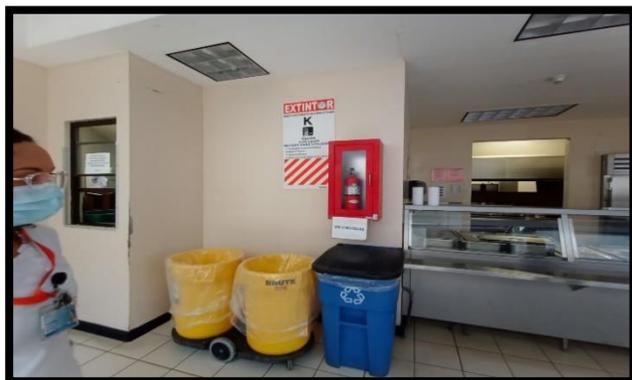


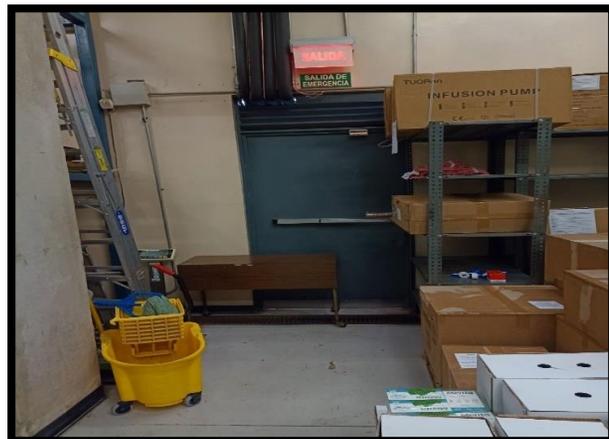
Imagen 5

Alarma de emergencia con obstáculos



Imagen 6

Salida de emergencias de bodega con obstáculos



- Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes

Imagen 7

Tubos de aguas residuales de los inodoros pasan por encima del cuarto eléctrico.

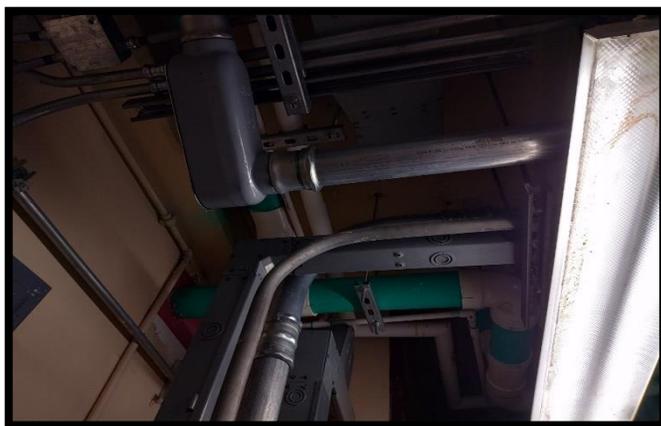


Imagen 8

Acceso a baños con desprendimiento de paredes



Imagen 9
Caseta de gases medicinales estaba sin el personal de atención y abierto adicionalmente, tanques de gases sin amarrar



Imagen 10
Cielo raso desprendido



- Hospital Nacional de Niños

Imagen 11
Huevo en la pared



Imagen 12
Camas y cunas en pasillo



Imagen 13
Cajas en pasillo



Imagen 14
Pasillos del edificio Chapuí en mal estado



- Hospital de Upala

Imagen 15
Extintor en el suelo, sin señalización ni distinción de su tipo.



Imagen 16
Tornillos sueltos de barandas



Imagen 17

Cielo raso con señales de humedad



Imagen 18

Obstáculos en los pasillos



- **Hospital de Guápiles**

Imagen 19

Cielo raso con señales de humedad



Imagen 20

Tanques de oxígeno sin amarrar.



Imagen 21

Baranda con señales de herrumbre



Imagen 22

Desprendimiento de pintura en los techos



Área de Salud de OSA

Imagen 23

Tanques de oxígeno sin mecanismos para sujetarlos.



Fuente: Resultados de recorrido realizado en el Área de Salud de Osa, el 2 de mayo

- **Palmar Sur**

Imagen 24

Techo de la unidad se observó con un tipo de hundimiento



Imagen 25

Cielo raso afectado por humedad a causa de posibles goteras



Imagen 26

Objetos que podrían causar daños a la integridad física de los funcionarios, no cuentan con sujeción adecuada



Imagen 27

Área de cargas eléctricas y servidor abierta, con acceso a atención a público (área de trabajo social) se resguarda material de combustión (papel) en caso de posible incendio



- Quepos

Imagen 28

Elevador con perilla de activación de emergencia dañada



Imagen 29

Extintor sin señalización y con objetos cercanos que podrían dificultar su acceso



Imagen 30
Extintor con objeto que podría limitar su uso oportuno.



Imagen 31
Área con ausencia de extintor.



- Parrita

Imagen 33
Extintor sin rotulación y colocación adecuada



Imagen 34
Puerta secundaria cerrada, con salida a cochera y espacio cerrado



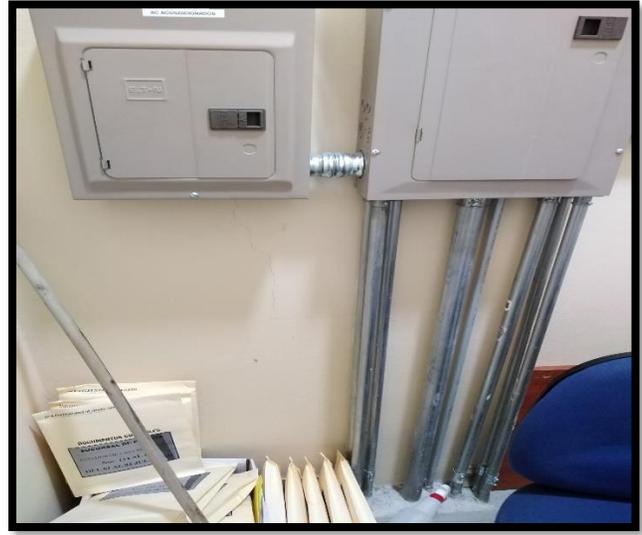
Imagen 35

Salida secundaria, cerrada por una cortina de hierro y portón metálico con llavín.



Imagen 36

Cuarto de cargas eléctrica, utilizado como bodega.



- Pérez Zeledón

Imagen 37

Cubículo de plataforma de servicios con obstáculos que podrían impedir el buen tránsito o causar accidentes



Imagen 38

Piezas de cielo raso suspendido, quebradas o en estado irregular.



Imagen 39

Área Servicio de Inspección, con objetos que limitan el tránsito adecuado y posible causa de accidente.



Imagen 40

Pasillo para acceso a servicio sanitario con obstáculos que podrían causar accidente.

