



AGO-103-2020

2 de octubre de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2020 de la Auditoría Interna, con el fin de evaluar la gestión administrativa del mantenimiento local en el área de salud de San Ramón.

Los objetivos del estudio fueron: evaluar los procesos de planificación, ejecución y control desarrollados en materia de mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipo médico; revisar la razonabilidad de los controles aplicados para el registro y atención de las órdenes de trabajos correctivos; así como el uso y almacenamiento de los materiales que dispone la bodega, y determinar las acciones implementadas para racionalizar el gasto energético en el centro médico.

El examen determinó debilidades en la gestión que se desarrolla en el centro de salud para la conservación del recurso físico, en aspectos de planificación, programación, coordinación, supervisión y control.

En cuanto a la planificación, se evidenciaron actividades que no están vinculadas con el Plan Presupuesto y Plan Anual de Compras; asimismo, no existe un plan de mejoramiento de la infraestructura y cumplimiento de la Ley 7600 para los inmuebles, a pesar de que el centro médico dispone de diagnósticos en esas áreas desde el 2016 y 2018; no se aplica el instrumento de autoevaluación de la gestión del mantenimiento diseñado por la Dirección de Mantenimiento Institucional; y se evidenciaron debilidades en la supervisión que ejerce el nivel local. También se comprobó que en la rendición de cuentas no se realiza un proceso de concatenación entre ese documento y la planificación operativa, y se mezclan aspectos con otras actividades administrativas, lo que ocasiona que el cumplimiento de metas no se ajuste a los indicadores del mantenimiento.

En cuanto a la gestión del equipamiento médico, se evidenció la carencia de un diagnóstico del estado y clasificación de acuerdo con la criticidad (A, B y C) y complejidad (alta, media y baja). Además, no se ha definido, para cada uno, la estrategia de mantenimiento (correctiva, preventiva o predictiva), tampoco existe un inventario técnico; asimismo, el 96 % de los equipos médicos instalados no dispone de acciones preventivas de mantenimiento.

Referente a la ejecución operativa, se determinó que no se dispone de programas ni rutinas preventivas en las áreas civil, eléctrico y electromecánico; en cuanto a los equipos, los que disponen son los que están en período de garantía, y 9 de cada 10 finalizará en los próximos tres meses, por lo que, una vez finalizado, si no se implementan rutinas, también quedarán sin mantenimiento preventivo. Lo anterior, ocasiona que las deficiencias en los inmuebles se acrecienten, lo que podría aumentar los costos por reparaciones, además, no permite garantizar que la inversión en el recurso físico responda a la necesidad real y prioritaria del centro asistencial.

Por otra parte, se evidenció que 18 de los 27 edificios que tiene el área de salud de San Ramón por préstamo, carecen de convenios formales para su uso, aspecto que se contrapone a la normativa interna para inversión del mantenimiento en infraestructura que no pertenece a la institución. Aunado a lo anterior, se desconoce la producción real en la atención de órdenes para trabajos correctivos, debido a que se detectaron diferencias entre la información contenida en los boletines estadísticos y los registros de órdenes de atención; tampoco se conoce el estado real, la cantidad y la oportunidad en la atención de las órdenes de trabajo que registra el SOCO en esa área de salud.

En cuanto al comportamiento presupuestario, se comprobó que entre el 2015 y el 2019 no se invirtieron ¢19,8 millones de los ¢150,5 millones asignados a las subpartidas relacionadas con el mantenimiento del equipamiento e infraestructura, lo que representó un 13 % de subejecución al cierre del ejercicio presupuestario; por otra parte, se determinó que en la subpartida 2156, entre el período 2018-2019, se presentaron recortes del 70 %, y del remanente en esos períodos, únicamente se ejecutó el 55%.

Sobre los controles implementados para el inventario de repuestos y suministros de construcción, se determinó que el registro de entradas y salidas está desactualizado; el recinto donde se almacenan las existencias no es



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

exclusivo para ese fin, y es utilizado como oficina para el personal técnico; los materiales de gran tamaño se almacenan fuera del recinto y se carece de orden y limpieza en toda el área de almacenamiento.

Por último, se determinó la ausencia de programas dirigidos al ahorro energético y consumo hídrico, concordantes con los principios de la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros para maximizar el uso de los fondos públicos asignados.

En virtud de lo anterior, se emiten tres recomendaciones: la primera para ser atendida por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, con el objetivo de reiterar a los directores y administradores de las Unidades adscritas, la obligatoriedad de aplicar los "Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social".

También, se recomendó a la dirección médica del área de salud de San Ramón, formular un plan de acción que permita subsanar las causas que originaron los hechos señalados por esta Auditoría en los hallazgos 1, 2, 3, 4 y 6, que contenga, al menos, el detalle de las acciones concretas a ejecutar para corregir la acción requerida; el nombre de los responsables directos, según competencias; el plazo de realización; las fechas de inicio y final estimadas, así como otros elementos que considere pertinente para cumplir con eficiencia, eficacia y economía el citado plan; por último, realizar las acciones necesarias para formalizar los contratos de préstamo de aquellos inmuebles que actualmente están en uso, con el objetivo de que dispongan de convenios formales y así cumplir con la normativa institucional aplicable.



AGO- 103-2020

2 de octubre de 2020

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE AL ESTUDIO INTEGRAL EN EL ÁREA DE SALUD DE SAN RAMÓN. TEMA: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo 2020 de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión administrativa del mantenimiento local para la conservación de la infraestructura y el equipamiento del área de salud de San Ramón.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la razonabilidad de los controles aplicados para el registro y atención de las órdenes de mantenimiento.
- Evaluar los procesos de planificación, ejecución y control desarrollados en materia de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipo médico.
- Evaluar los controles sobre el uso y almacenamiento de materiales que dispone la bodega.
- Evaluar las acciones implementadas para racionalizar el gasto energético en el centro médico.

ALCANCE

El estudio comprende el análisis documental de las acciones realizadas en cuanto a las condiciones de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento, período 2018-2019. El proceso de la ejecución contractual únicamente incluyó la revisión de los siguientes documentos en los expedientes de contratación: a) Cartel (especificaciones técnicas); b) Acta de adjudicación; c) Orden de inicio; d) Recepción provisional y definitiva; e) Aplicación de cláusulas penales (de ser procedente) y f) Acta de ingreso a la proveeduría. Para las condiciones de la infraestructura, el informe se fundamentó en el estudio técnico realizado por el Programa Institucional de Accesibilidad en el 2016, y el diagnóstico efectuado por el área de salud de San Ramón en el 2018.

En lo que respecta a la ejecución presupuestaria, se revisó el comportamiento de las subpartidas 2152, 2153, 2154, 2156, 2157, 2159, 2206, 2212, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218 y 2220, entre el 31 de diciembre del 2015 y 2019.

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

LIMITACIONES

En acatamiento de las disposiciones internas comunicadas mediante SAGAL-037-2020, del 20 de abril 2020 "Directriz relacionada con los productos de auditoría dirigidos a instancias administrativas que están siendo impactadas en su labor por la atención de la emergencia Covid-19"; para la ejecución del presente estudio se indagó con los responsables de los procesos, la posibilidad de atención de los requerimientos de información, se utilizaron medios de comunicación virtual y el correo electrónico institucional y no se realizó visita presencial a la unidad evaluada.

METODOLOGÍA



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

- Revisión y análisis de:
 - Informe consolidado de activos del Sistema Contable de Bienes Muebles, del 2019.
 - Informe Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias 2015-2019.
 - Informe de supervisión 2019 de la Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte.
 - Reportes de mantenimiento del Sistema Operativo Control de Mantenimiento (SOCO).
 - Planificación Operativa de Mantenimiento 2019.
 - Informe de rendición de cuentas 2019.
 - Informe Estadístico Cuadro 64 del 2019.
 - Reporte de saldos de materiales para el mantenimiento al 19 de agosto 2020.
 - Diagnóstico de las condiciones de la infraestructura de la sede y EBAIS adscritos 2018.
 - Informe del Programa de Accesibilidad Institucional del 2016.
 - Órdenes sanitarias del Ministerio de Salud.
 - Reporte de saldo de existencia para materiales de construcción.
- Solicitud de información, reuniones y entrevistas con los siguientes funcionarios:
 - Dr. Bolívar Alfaro Rojas, Director Médico.
 - Lic. Hernán Valverde Sánchez, Administrador.
 - Lic. Gabriel Barrantes Mena, encargado de mantenimiento.
 - Bach. Xinia Corrales Alvarado, encargada de Contratación Administrativa.
- Revisión de expedientes de contratación administrativa:
 - 2018CD-000005-2237 “Remodelación del EBAIS de Volio”.
 - 2019CD-000003-2237 “Materiales de construcción”.

MARCO NORMATIVO

- Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, vigente desde mayo 1996.
- Ley General de Control Interno, vigente desde setiembre 2002.
- Código de Trabajo de Costa Rica, agosto 1943
- Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS, febrero 2020.
- Manual Organizacional de las Área de Salud, enero 2002.
- Normas del Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la Republica, febrero 2009.
- Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, febrero 2010.
- Normas Técnicas Específicas Plan Presupuesto, mayo 2014
- Normas de Control Interno en la Caja Costarricense de Seguro Social
- Política Presupuestaria 2018-2019.
- Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, noviembre 2010.
- Guía para la elaboración de programas de mantenimiento del recurso físico en las unidades de la CCSS, noviembre 2015.
- Guía para la elaboración de rutinas de mantenimiento preventivo en las unidades de la CCSS, noviembre 2015.
- Procedimiento para el Reconocimiento del Universo de Trabajo, enero 2020.
- Oficio DMI-1847-2017, del 22 de noviembre 2017.
- Oficio GIT-0093-2020, del 30 de enero 2020.
- Oficio GIT-0288-2018/GM-2693-2018, del 26 de febrero 2018.
- Oficio 27.722 del 6 de noviembre 2001.
- Oficio DRIPSSCN-SIA-19-08-2019, del 30 de julio 2019.
- Informe DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 de noviembre 2018, de la Contraloría General de la República.



- Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS¹, julio 2019.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

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

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

HALLAZGOS

1. SOBRE LA GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DEL MANTENIMIENTO

Se determinaron oportunidades de mejora en la gestión de la planificación del mantenimiento referentes a la infraestructura y el equipo médico, según se detalla a continuación:

1.1 SOBRE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA

a) Se determinó que la formulación presupuestaria de la subpartida 2156 no está vinculada con el Plan Anual de Compras 2019, en virtud de que dentro del Plan Presupuesto se incluyó el proyecto de remodelación para el **EBAIS de San Pedro**, donde se planificaron **mejoras en pintura y colocación de malla perimetral**, el presupuesto estimado fue de ₡1 000 000,00 (un millón de colones), sin embargo, no fue incluido en el Plan Anual de Compras del mismo período. Además, se planteó un proyecto **de remodelación de los drenajes**, en el mismo EBAIS, no obstante, ese trabajo se realizó en el 2017 mediante el expediente de contratación 2017CD-000016-2237 “Sustitución de Sistema de Aguas Negras”, por lo que la información no es precisa, ni confiable.

b) En el Plan Presupuesto 2019 no se formuló ningún proyecto enfocado al mejoramiento de la infraestructura para el cumplimiento de la **Ley 7600**, lo que llama la atención a esta Auditoría por cuanto la revisión documental determinó que la infraestructura que compone el área de salud de San Ramón no cumple en un 75 % dicha Ley, lo anterior, de conformidad con el estudio técnico efectuado por el Programa Institucional de Accesibilidad en el 2016¹, asimismo, entre ese período y el 2019, el único proyecto que se observó referente al mejoramiento de las instalaciones para el cumplimiento de la Ley 7600 fue la remodelación de los servicios sanitarios del Puesto de Visita Periódica de Río Jesús en el 2018. **Anexo 1.**

c) Los trabajos planificados para el mejoramiento de la infraestructura no responden a un plan de mejora fundamentado en los diagnósticos de las condiciones de las edificaciones y evaluaciones sobre el cumplimiento de la Ley 7600, aspecto confirmado por el Lic. Hernán Valverde Sánchez, quien manifestó: “No se elaboró un plan de mejoramiento, en este caso sería actualizar ese estudio del 2016, para determinar las mejoras del nivel local y central y efectuar un plan de mejoramiento”.

¹ La Ing. Ilonka González Chacón, coordinadora del Programa Institucional de Accesibilidad al Espacio Físico, mediante oficio DAPE-1863-2016, del 30 de septiembre 2016, remitió al Dr. Bolívar Alfaro Rojas, Director Médico del área de salud de San Ramón, el informe sobre las condiciones de accesibilidad al espacio físico del área de salud de San Ramón. El informe establece que la infraestructura del área de salud de San Ramón tiene una accesibilidad del 24,66 %, además cita: “Tal y como se mencionó anteriormente, aunque los servicios sean contratados a terceros, es deber de la Administración tomar en cuenta las recomendaciones y los diagnósticos presentados en este documento, de manera tal que se tomen las acciones necesarias para el mejoramiento de la accesibilidad, a fin de que se pueda brindar a los usuarios y funcionarios un servicio en igualdad de condiciones, donde no se vea afectado el servicio que se brinda, ni las condiciones de trabajo que se ofrecen a los funcionarios”.



La Política Presupuestaria 2016-2017 incluye una serie de lineamientos, refiriéndose a la programación y ejecución del presupuesto, la cual tiene que estar en concordancia o correspondencia con los planes estratégicos, tácticos y operativos.

El lineamiento 1 de la citada Política, sobre la utilización racional de los recursos, establece que la programación y ejecución presupuestaria se realizará atendiendo disposiciones de racionalidad, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, en función de los objetivos y metas institucionales incluidas en el Plan Anual Institucional y acordes con el Plan Estratégico Institucional; asumiendo, como estrategia, programar actividades en concordancia con los servicios a ser prestados y los recursos disponibles.

Las Normas de Control Interno para el sector público de la Contraloría General de la República establecen:

“1.2 Objetivos del Sistema de Control Interno (SCI) El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos: a. Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. El SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo”.

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

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

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

La Ley 7600, “Igualdad y Oportunidad para la atención de personas con discapacidad”, refiere en el artículo 104:

“Principios de accesibilidad. Los principios, especificaciones técnicas y otras adaptaciones técnicas de acuerdo a la discapacidad, establecidos en el presente Reglamento se aplicarán para las construcciones nuevas, ampliaciones, remodelaciones de edificios, parques, aceras, jardines, plazas, vías u otras edificaciones públicas y privadas que brinden servicios al público, los programas de vivienda financiados con fondos públicos y los servicios de transporte público y privado que rigen en el territorio nacional”.

Dicho cuerpo normativo, en el transitorio II, dispone:

“El espacio físico construido, sea de propiedad pública o privada, que implique concurrencia o atención al público, deberá ser modificado en un plazo no mayor a diez años a partir de la vigencia de esta ley²”. (El subrayado no es del texto original)

El título IV “De la protección a los trabajadores durante el ejercicio de trabajo” del Código de Trabajo de Costa Rica, en el capítulo I “De las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo” en el artículo 193 señala:

“Todo patrono está obligado a adoptar las precauciones necesarias para proteger eficazmente la vida, salud y moralidad de los trabajadores. (...)”

² La Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, rige a partir del 29 de mayo de 1996.



La desvinculación del Plan Anual de Compras y Presupuesto es producto del no uso de las herramientas administrativas provistas para alinear dichos instrumentos con la planificación operativa, así como de la falta de conocimiento en los procesos de vinculación, lo anterior, se comprobó mediante entrevista efectuada al Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento.

En cuanto a las debilidades de planificación de actividades para el mejoramiento de la infraestructura y cumplimiento de la Ley 7600, es criterio de esta Auditoría que lo expuesto se origina por el no aprovechamiento del diagnóstico elaborado por el Programa Institucional de Accesibilidad en el 2016, y el efectuado por el centro médico en el 2018, donde se evidenciaron los aspectos de accesibilidad y cumplimiento de la Ley y deficiencias en las condiciones de la infraestructura de la sede y EBAIS adscritos; situación confirmada por el Lic. Hernán Valverde Sánchez, quien manifestó: “No se elaboró un plan de mejoramiento, en este caso sería actualizar ese estudio del 2016, para determinar las mejoras del nivel local y central y efectuar un plan de mejoramiento”.

Esa situación podría repercutir en una afectación a la prestación de los servicios, al no estar atendiendo trabajos de mantenimiento fundamentados en las condiciones reales de los inmuebles, por cuanto se evidenció que en el quinquenio se han efectuado únicamente trabajos de mejoramiento a la infraestructura en 1 de los 10 inmuebles clasificados como “malos”, y en 8 de los 18 establecidos como “regular”³.

Por otra parte, la no planificación de actividades enfocadas al cumplimiento de la Ley 7600 podría generar órdenes sanitarias o recursos de amparo, afectar la imagen de la institución y la calidad en la prestación del servicio para los usuarios y funcionarios, al no brindar un servicio en igualdad de condiciones, incumpliendo el artículo 33 de la Constitución Política que establece: “Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana”.

1.2 SOBRE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO

Se evidenció que no se aplica el instrumento de autoevaluación de la gestión del mantenimiento, diseñado por la Dirección de Mantenimiento Institucional.

El Ing. Rodrigo Quesada Solís, Director de Mantenimiento Institucional, mediante oficio DMI-1847-2017, del 22 de noviembre 2017, comunicó⁴ la obligatoriedad de aplicar el procedimiento a nivel regional y local.

La Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, mediante oficio DRIPSSCN-SIA-19-08-2019, del 30 de julio 2019, instruyó a los directores médicos de hospitales y áreas de salud, lo siguiente:

“Recordar a las Unidades adscritas a la Región Central Norte, la obligatoriedad en la aplicación del “Instrumento de autoevaluación de la gestión del mantenimiento en las unidades de la CCSS”, diseñado por la Dirección de Mantenimiento Institucional (DMI) y comunicado mediante oficio DMI-1847-2017, del 22 de noviembre 2017, lo anterior, de conformidad con el informe de Auditoría ASAAI-04-2017, donde solicitó a la DMI diseñar una guía para evaluar la gestión del mantenimiento y el estado físico en el nivel regional y local, lo anterior, con el objetivo de subsanar las causas que originaron los hechos señalados por esta Auditoría en el hallazgo 1 del presente informe; asimismo, recordar lo establecido en el artículo 3 Bis del Reglamento para la Contratación de Servicios de Consultoría en Ingeniería y Arquitectura, del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos de Costa Rica, donde establece que para trabajos de conservación y reparación menor, no se requiere la participación obligatoria de un profesional responsable miembro del CFIA”.

El Manual Descriptivo de Puestos señala, como parte de las funciones sustantivas del administrador de un área de salud, lo siguiente:

³ Ver Tabla 2

⁴ Comunicado el viernes 24 de noviembre 2017, por medio de la página WEB de la institución



“Establecer, mantener, perfeccionar y velar por un sistema de control interno administrativo, de ejercerlo en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones”.

De acuerdo con lo manifestado por el Lic. Hernán Valverde Sánchez, Administrador, y el Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento, la no aplicación del instrumento de autoevaluación se debe a que desconocían su existencia.

Esta Auditoría revisó, los informes de supervisión del Administrador y no incluyen la revisión de ese documento, a pesar de que está normada su implementación desde el 2017 e instruido por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte desde el 2019.

La ausencia de controles no permite coordinar, supervisar y evaluar las actividades dirigidas al mantenimiento de la infraestructura y equipamiento, e imposibilita a la Administración verificar el cumplimiento de las metas, como parte de la rendición de cuentas que se le demanda. Además, limita realizar los análisis de viabilidad y valoración de riesgo a los planes, y no permite estimar que lo programado se ejecuta en un ambiente estudiado y controlado para minimizar las variaciones y asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en el Plan Operativo.

1.3 SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE METAS

Se determinó que el cumplimiento de las metas para la planificación operativa del 2019 de mantenimiento tuvo un promedio de 53,53 %, porcentajes por debajo de lo planificado.

Lo anterior, se obtuvo al comparar las metas establecidas en el Plan Anual Operativo 2019 con el informe de rendición de cuentas, aportado por el Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento, aspectos que se observan a continuación:

Tabla 1
Análisis sobre el cumplimiento de metas establecidas en la planificación operativa de mantenimiento en el período 2019

Descripción	Indicador	Cumplimiento de meta	Porcentaje de cumplimiento (%)
Inventario general de activos en los EBAIS sedes, Visita periódica y Edificios Administrativos.	1	1	100
Inventarios selectivos.	4	4	100
Confección cajas chichas (pago de servicio de agua, zonas verdes, repuestos varios).	300	232	77,33
Confección vales de Entrada (42).	60	32	53,33
Traslado de activos (46).	50	66	132
Solicitud de compra directa para materiales de construcción, repuestos.	2	2	100
Solicitud de materiales mediante compras por agrupamiento (materiales construcción).	4	-	0
Supervisión recarga y mantenimiento de extintores.	1	1	100
Supervisión fumigación.	2	-	0
Notas a diferentes jefaturas y entes superiores.	120	53	44,16
Informes sobre movimientos de activos.	12	15	125
Supervisiones (presupuesto, Transportes, Compras, CGI, Proveeduría).	5	-	0
Informes de Viáticos.	12	-	0
Supervisiones personales de limpieza.	4	-	0
Supervisiones personales de seguridad.	4	-	0
Informes horas personal mantenimiento.	12	-	0
Tramite solicitud de trabajos de mantenimiento.	500	391	78,20
Porcentaje Promedio de Cumplimiento			53,53

Fuente: Creación propia (Planificación Operativa e Informe de Labores 2019).



Llama la atención a esta Auditoría que, de todas las actividades planificadas, únicamente 5 fueron enfocadas al mantenimiento, a saber: solicitud de compra directa para materiales de construcción y repuestos a nivel local y regional (agrupadas), mantenimiento de extintores; informes horas personal de mantenimiento y trámite de solicitud de trabajos, las cuales obtuvieron un 55,6% de cumplimiento.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

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

4.5.1 Supervisión constante: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al sistema de control interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.

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

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

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

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

El Manual Descriptivo de Puestos señala, como parte de las funciones sustantivas del administrador de un área de salud, lo siguiente:

“Establecer, mantener, perfeccionar y velar por un sistema de control interno administrativo, de ejercerlo en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones”.

Sobre lo anterior, el Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento, indicó que se omitió, en el informe de rendición de cuentas, las giras de fumigación, los reportes estadístico-mensuales e informe de viáticos, lo que influye en el porcentaje obtenido.

Es criterio de esta Auditoría que lo descrito obedece a que, en la rendición de cuentas, no se realiza un proceso de concatenación entre ese documento y la planificación operativa; asimismo, se mezclan aspectos de mantenimiento con otras actividades administrativas, lo que ocasiona que el cumplimiento de metas sea incorrecto, dicha situación fue confirmada por el Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del centro médico, quien indicó: “Se debe revisar y efectuar la separación (mantenimiento-activos) para que sean evaluadas de manera correcta”.

La elaboración de indicadores no puede considerarse como un requerimiento administrativo, por cuanto constituye la base de la planificación en concordancia con los objetivos y metas propuestos en la institución. Así que, un limitado rendimiento en los indicadores de gestión refleja debilidades en la programación y ejecución de actividades, con la consecuente afectación en la oportunidad de atención de los asegurados, así como la inadecuada utilización de los recursos públicos asignados.



1.4 SOBRE LA GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO MÉDICO

Se determinaron debilidades en la gestión de la planificación del mantenimiento del equipo médico que se detallan a continuación:

1.4.1 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Se evidenció la carencia de un diagnóstico del estado del equipo médico y clasificación de acuerdo con la criticidad (A, B y C) y complejidad (alta, media y baja). Además, no se ha definido, para cada uno, la estrategia de mantenimiento (correctiva, preventiva o predictiva) y la forma en que se brindará, sea por contrato o con recursos propios.

La Norma para clasificación del recurso físico en las unidades de la CCSS establece, en el punto 7, sobre la priorización de los recursos de mantenimiento según la clasificación, lo siguiente:

“La clasificación por criticidad para cada recurso físico deberá utilizarse como criterio para la gestión de recursos de mantenimiento destinados a dicho recurso.

Se priorizará la utilización de recursos financieros y humanos en la atención de labores de mantenimiento para el recurso físico o sus componentes según su criticidad; siendo A el mayor grado de criticidad y C el menor. De igual manera se priorizará el ingreso del recurso físico a los programas de mantenimiento preventivo.

Con base en el resultado de la clasificación del recurso físico según la metodología presente en este documento se establece que:

Aquel recurso físico que se clasifique como clase A deben tener mayor prioridad en su incorporación a programas de mantenimiento preventivo (sea local o contratado) y a la asignación de recursos disponibles sobre los correspondientes para los recursos físicos clases B y C.

El recurso físico que se clasifique como clase B, deberán tener mayor prioridad en su incorporación a programas de mantenimiento preventivo (sea local o contratado) y a la asignación de recursos disponibles sobre los correspondientes para los recursos físicos clase C”.

1.4.2 DEL INVENTARIO TÉCNICO DEL EQUIPAMIENTO

Se determinó que no existe un inventario técnico del equipamiento médico que brinde información relevante de cada equipo.

La Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las Unidades de la CCSS indica:

“6.2.1. Inventario técnico del recurso físico.

El insumo principal para elaborar el programa de mantenimiento es el inventario técnico del recurso físico con base en la normativa desarrolla para este fin (Norma para identificación del recurso físico en las unidades de la CCSS, Norma para la codificación del recurso físico en las unidades de la CCSS y la Norma para la clasificación del recurso físico en las unidades de la CCSS)”.

1.4.3 SOBRE EL EQUIPO MÉDICO SIN MANTENIMIENTO

Se comprobó que el 96 % de los equipos médicos instalados en el centro asistencial no dispone de mantenimiento. Esta Auditoría realizó una clasificación con base en el Catálogo de Equipamiento Médico Institucional, y estimó que el área de salud dispone de 807 equipos instalados, de los cuales 776 no disponen de ningún tipo de mantenimiento programado. Los activos con actividades preventivas son aquellos que están en



garantía y, a la fecha de la evaluación⁵, 27 estaban a menos de 3 meses de perderla y a 4 les restaba de 6 a 7 meses. **Anexos 2 y 3.**

El Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante oficio GIT-0093-2020, del 30 de enero 2020, informó que se elaboró, validó y aprobó el “Procedimiento para el Reconocimiento del Universo de Trabajo”, donde se identifica y clasifica el recurso físico y las estrategias de mantenimiento, el cual derogó las normas de identificación, codificación y clasificación anteriormente citadas, y establece que:

“La aplicación del procedimiento será para todos aquellos establecimientos de la CCSS que cuenten con personal profesional y técnico de ingeniería y mantenimiento (...) En el caso de las Áreas de Salud, que no cuentan con personal profesional de ingeniería y mantenimiento, le corresponderá al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, gestionar la aplicación de este procedimiento, priorizando los activos críticos para la prestación de servicios”.

Dentro del procedimiento se indica:

“4.5.3. Equipamiento

4.5.3.1. Este análisis de criticidad es utilizado como herramienta para definir la jerarquía de los equipos por su importancia en la prestación de servicios; de tal manera que se puedan dirigir los recursos hacia los activos de mayor relevancia. Además, de que ayuda a determinar la importancia y consecuencias de posibles fallas en los equipos en un contexto de afectación a la continuidad del negocio.

Los equipos según su criticidad se clasificarán en:

- Equipos clase A (críticos)
- Equipos clase B (importantes)
- Equipos clase C (prescindibles)

4.5.3.3. El FRAM realiza el análisis de criticidad para los activos tipificados como “Equipo médico” y “Equipo industrial”, tomando como referencia los siguientes criterios: (...)

4.6. Definición de la estrategia de mantenimiento a aplicar al recurso físico.

4.6.1. El FRAM debe establecer anualmente la estrategia de mantenimiento a aplicar para cada uno de los elementos del recurso físico, de su establecimiento. (...)

Las estrategias operativas de mantenimiento podrían ser (sin limitarse):

- Mantenimiento correctivo.
- Mantenimiento preventivo.
- Mantenimiento predictivo.

4.6.2. Posterior a la estrategia operativa, se define la estrategia administrativa mediante la cual se podrá abordar el mantenimiento del recurso físico, con:

- Mantenimiento contratado.
- Mantenimiento con recurso propio”.

La carencia de un diagnóstico, clasificación e inventario técnico de los equipos médicos obedece a un desconocimiento de las herramientas disponibles y provistas por la Dirección de Mantenimiento Institucional. En cuanto a los activos sin mantenimiento, se debe a la ausencia de programas y rutinas preventivas, evidenciado en el **hallazgo 2.1.**

⁵ Al 25 de agosto 2020.



El no disponer del diagnóstico impide evaluar y clasificar técnicamente los equipos y establecer un plan de sustitución, debido a que se desconoce su condición o estado; además, limita mantener actualizado el inventario, planificar compras, priorizar recursos económicos, identificar las necesidades de capacitación y llevar un control global sobre el equipamiento institucional, con el riesgo potencial de que un dispositivo falle y afecte la seguridad, calidad y continuidad de la prestación de los servicios de salud.

2. SOBRE LA EJECUCIÓN OPERATIVA DEL MANTENIMIENTO

Se determinaron debilidades en la ejecución operativa del mantenimiento de la infraestructura que se detallan a continuación:

2.1 SOBRE LOS PROGRAMAS Y RUTINAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Se determinó que el centro médico no dispone de programas ni rutinas de mantenimiento preventivas para el equipamiento ni para las áreas civil, eléctrico y electromecánico.

Referente al deterioro de las instalaciones por la ausencia de programas y rutinas, la Ley General de Control Interno, en el artículo 8 “Concepto del sistema de control interno”, establece que la Administración Activa debe proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

El Manual Organizacional de las Áreas de Salud tipo 1 de la Gerencia Médica, dispone que, como parte de las funciones sustantivas de la gestión administrativa, se considera el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y el equipamiento.

La Guía para un Programa de Mantenimiento en las Unidades de la CCSS establece, en el objetivo general, lo siguiente:

“Permitir desarrollar e implementar un programa de mantenimiento para las Unidades nuevas y existentes de la Institución tanto en la fase de planeación del proyecto como durante la operación de la unidad”.

La Guía para la elaboración de rutinas de mantenimiento preventivo dispone lo siguiente, en el objetivo general:

“Normalizar el proceso de elaboración de las rutinas de mantenimiento preventivo para el recurso físico institucional en las unidades de la CCSS”

El Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento, indicó que la ausencia de programas y rutinas preventivas se debe a que desconocía que existieran herramientas como las guías de la Dirección de Mantenimiento Institucional para desarrollarlas.

En ese sentido, esta Auditoría evidenció dos informes de supervisión realizados por el Lic. Jorge Villalobos Saborío, encargado de presupuesto del área de salud de San Ramón. El primero se registró con el acta 001-2018, del 16 de enero 2018, donde para mantenimiento indicó:

a) Cuenta a la fecha con dos funcionarios para efectuar los trabajos de mantenimiento según las necesidades y prioridades; **b)** A la fecha ya se valoran las necesidades de adquisición de materiales de construcción e insumos necesarios por este departamento para año 2018, dicha compra pretende ser ejecutada durante el primer trimestre del año mediante Agrupamiento Regional; **c)** Se lleva control cruzado de la existencia de insumos de mantenimiento tanto como de las entradas y salidas de bodega; **d)** Se custodian las boletas de solicitud de trabajos en el servicio respectivo; **e)** Se dará por iniciado el proceso del inventario entre el 2 de febrero al 30 de abril; en donde se tienen como fechas programadas del 2 al 5 de febrero para efectuar la toma física de los mismos y **f)** Se realiza comprobante 42 a 427 activos adquiridos en el año 2017, 95 de ellos por compra directa efectuada a nivel local, 20 por FREM, 93 por Agrupamiento Regional, 208 del nuevo EBAIS de San Rafael, 11 corresponden al programa de detección del Cáncer en Odontología”.



El segundo informe se registró con el acta 001-2019, del 5 de marzo 2019, donde para mantenimiento indicó:

“**a)** Cuenta a la fecha con dos funcionarios para efectuar los trabajos de mantenimiento según las necesidades y prioridades; **b)** A la fecha ya efectúa la compra por adquisición de materiales de construcción e insumos necesarios por este departamento; **c)** Se lleva control cruzado de la existencia de insumos tanto como de las entradas y salidas de bodega y **d)** Se custodian las boletas de solicitud de trabajos de mantenimiento en el servicio respectivo.(...) Aspectos generales: Se evidencia un manejo adecuado tanto en el control de activos, custodia de boletas de viáticos así como de las coordinaciones y supervisiones respecto al servicio de mantenimiento y el contrato por terceros de limpieza como parte esencial de los procesos sustantivos y sus controles internos implementados por el encargado del servicio.”.

Si bien es cierto se dispone de controles para la supervisión, es criterio de esta Auditoría que no son suficientes, por dos motivos: **a)** Se efectúa una única revisión y es a principios de año, por lo que no permite analizar ni prevenir los riesgos operativos, y **b)** la supervisión no revisa el fondo de la gestión de mantenimiento ni el cumplimiento de la normativa institucional, tampoco considera la medición de las metas formuladas en la planificación operativa, como se evidenció en el **hallazgo 1.3**.

La ausencia de programas y rutinas se debe al desconocimiento de la normativa aplicable por parte del encargado del proceso de mantenimiento a nivel local; asimismo, a debilidades en las supervisiones de la gestión administrativa del centro médico.

Otro elemento que contribuye a esta situación, es que no se dispone de convenios formales suscritos entre los dueños de los inmuebles (Asociaciones de Desarrollo) y la institución, lo que imposibilita invertir en el mantenimiento⁶, esta situación se presenta en las infraestructuras de los EBAIS de Alto Villegas, Bajo Zúñiga, La Paz, La Guaria Sur, San Francisco, Cataratas, Calle Valverde, Berlín, Llano Brenes, Pata Gallo, Calle Zamora, La Guaria SISR, Carrera Buena, Salvador, Socorro, Criques y Abanico.

Lo anterior, origina que las deficiencias de los edificios se acrecienten, lo que podría aumentar los costos por reparaciones, además, no permite garantizar que la inversión en infraestructura y equipo médico responda a la necesidad real y prioritaria del centro médico; asimismo, imposibilita realizar un diagnóstico, priorización y valoración del riesgo de la condición actual de la infraestructura y equipo.

Adicionalmente, no permite identificar la cantidad y diversidad de equipos e infraestructura sobre los cuales la unidad ejecutora tiene que velar, proveer la información inmediata para establecer los requerimientos de personal técnico, el tipo y complejidad del equipamiento e infraestructura y la necesidad de materiales y repuestos; es decir, conocer el estado físico-funcional del inmueble.

Esos aspectos se reflejan en las condiciones de la infraestructura, lo anterior, de conformidad con lo descrito por el Lic. Gabriel Barrantes Mena, quien elaboró el documento denominado “Informe sobre el estado de la infraestructura de los EBAIS sedes y Visita Periódica” del área de Salud de San Ramón en el 2018, dicho documento fue remitido al Lic. Hernán Valverde Sánchez, Administrador del centro médico, mediante oficio ASSR-ASISTADM-022-2018, del 21 de febrero 2018.

De conformidad con el diagnóstico⁷, se concluyó que un 75 % de la infraestructura está entre regular y mala, el desglose es el siguiente: 9 inmuebles están en buenas condiciones (24,32 %), 18 en condición regular (48,64 %) y 10 en malas condiciones (27,04 %):

⁶ La Contraloría General de la República, mediante el informe DFOE-SOC-IF-00016-2018, del 28 de noviembre 2018, en la disposición 4.13, citó: “Al Dr. Eduardo Cambrero Hernández, en su calidad de Director de Dirección de Red de Servicios de Salud o a quien en su lugar ocupe el cargo, elaborar, en coordinación con los Directores Regionales de Servicios de Salud y con el apoyo de las respectivas ARIM, los diagnósticos de infraestructura de las sedes de EBAIS y de Área que no cuenten con éste, o cuenten con uno efectuado en fecha anterior al 2016, de manera que puedan determinar sus necesidades de mantenimiento o sustitución. Remitir a la Contraloría General, a más tardar el 29 de marzo de 2019, un reporte del avance de la ejecución de dichos diagnósticos. Asimismo, remitir al 26 de junio de 2020, una certificación en que conste que dichos diagnósticos fueron elaborados en su totalidad”. Por tal motivo, el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Central Norte, está en proceso de elaboración de un diagnóstico de los EBAIS que conforman la infraestructura del área de salud de San Ramón. El Ing. Erick Castro Bartels, remitió a esta Auditoría el avance del diagnóstico, el cual por temas del COVID-19, estará listo en diciembre 2020.

⁷ El Lic. Gabriel Barrantes Mena, remitió a esta Auditoría el diagnóstico que se realizó a la infraestructura de la sede de área de Salud de San Ramón en el 2018, dicho documento fue remitido al Lic. Hernán Valverde Sánchez, Administrador del centro médico, mediante oficio ASSR-ASISTADM-022-2018, del 21 de febrero 2018



Tabla 2
Resumen del estado de la infraestructura que compone el área de salud de San Ramón

Bueno	Regular	Malo
San Isidro San Ramón ⁽¹⁾	Alfaro ⁽¹⁾	Calle Zamora ⁽¹⁾
Bolívar	Santiago ⁽¹⁾	La Paz
Zapotal	Criques ⁽¹⁾	San Francisco
Concepción	Piedades Sur ⁽¹⁾	Berlín
San Rafael	San Juan ⁽¹⁾	Llano Brenes
La Esperanza	Volio ⁽¹⁾	Pata Gallo
Bajo Zúñiga	Valle Azul	Alto Villegas
La Guaria SISR	Calle León ⁽¹⁾	Carrera Buena
Abanico	Río Jesús ⁽¹⁾	Salvador
	Piedades Norte	Socorro
	Ángeles	
	SIPB	
	Sector Ángeles	
	La Cruz	
	La Guaria	
	Cataratas	
	Calle Valverde	
	Bajo Rodríguez	

(1) Lugares donde se han realizado trabajos de mejoramiento en el quinquenio (2015-2019).

Fuente: Diagnóstico área de salud de San Ramón, período 2018.

2.2 SOBRE EL REGISTRO DE LAS ÓRDENES DE TRABAJO EN EL SOCO

Se desconoce la producción real del Mantenimiento en la atención de órdenes de trabajo correctivas, debido a que se detectaron diferencias entre la información contenida en los boletines estadísticos y los registros de órdenes de atención. Asimismo, no se precisa el estado real, la cantidad y la oportunidad en la atención de las órdenes de trabajo que registra el Sistema Operación de Control y Mantenimiento (SOCO) en el área de salud de San Ramón.

En el proceso de revisión se evidenció que las órdenes fueron registradas y finalizadas sin estar concluido el trabajo, por ejemplo, se identificó la orden 472019 con fecha de emisión 16 de enero 2019, donde la descripción del trabajo para un equipo fue: “aparentemente se dañó y no carga y cuando se conecta suena horrible Activo: Doppler Fetal de Mesa Portátil, Marca Bestman”. La orden estableció que la fecha de inicio y finalización del trabajo de reparación fue el 18 de enero 2019, no obstante, en las observaciones del técnico se mencionó: “Se revisa el quipo, el cual tiene daño en el trasductor. Por lo que se debe conseguir el repuesto”, por lo tanto, dicho trabajo no se realizó, sin embargo, el sistema establece que la orden se atendió en 2 días, cuando ese dato es incorrecto.

Otro ejemplo se puede observar en la orden 922019, con fecha de emisión 15 de febrero 2019, donde en la descripción del trabajo se solicitó: “Colocar en alto en la pared 4 extintores. Farmacia”. La orden estableció la fecha de inicio el 25 de febrero 2019 y la finalización se registró el 31 de octubre 2019, no obstante, la observación del técnico, del 7 de junio 2019, fue: “no se puede colocar sobre la pared, pues el arrendatario no permite daños en las paredes donde se debe colocar dichos extintores”, por lo tanto, la información no es confiable.

Lo anterior, ocasiona que se desconozca la cantidad de órdenes pendientes y que sea impreciso determinar la oportunidad en la atención de órdenes de trabajo.

Por otra parte, se registró en el SOCO que se atendieron (finalizado y aprobado) **344** órdenes, y el informe estadístico estableció que se atendieron **428** (análisis por mes), registrando una diferencia de un **25 %** de más, aunado a lo anterior, el informe acumulativo estadístico indicó que fueron **381** órdenes atendidas y el informe de labores establece que fueron **391**, por lo tanto, se puede observar que la información no es precisa, ni confiable.

Anexo 4



Por último, se revisaron los reportes de solicitudes registrados en el SOCO entre el 1° de enero y el 31 de diciembre 2019, evidenciando incongruencias en órdenes, categorías de trabajos y descripciones:

Tabla 3
Reporte de solicitudes de órdenes de trabajo del área de salud de San Ramón en el período 2019

Table with 4 columns: Número de orden, Fecha de recibo, Categoría, Descripción del trabajo. It lists 30 entries of maintenance orders with their respective dates, categories, and descriptions.

Fuente: Sistema Operación Control y Mantenimiento (SOCO).

De la tabla 3 se desprenden descripciones de trabajos que no concuerdan con la categoría, por ejemplo, la orden 1102019, del 4 de marzo 2019, donde en la descripción del trabajo se registra: "teléfono no funciona", sin embargo, se clasifica como un trabajo de "techos y canoas".

Otro ejemplo se observa en la orden 4102019, del 2 de octubre 2019, donde en la descripción del trabajo se registra: "Limpieza de patio", sin embargo, se clasifica como un trabajo de "Carpintería".

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

"[...] Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional (...) Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información (...) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna (...) Armonizar los sistemas de información con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el cuidado y manejo eficiente de los recursos públicos".

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 5.6.1, disponen:

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

El Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento, informó que las inconsistencias en la información se presentan por:

"Falta de conocimiento, muchos trabajos se dan por terceros, en ocasiones se cierran las tarjetas sin sacar los materiales, en ocasiones se cierran las tarjetas sin haber verificado si el trabajo se efectúa o no".



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

La situación descrita no permite obtener indicadores de producción, rendimientos, costos operativos, cargas de trabajo, repuestos, oportunidad en la atención de órdenes de trabajo y materiales utilizados, información indispensable para la toma de decisiones en la gestión del mantenimiento, asimismo, debilita el sistema de control interno.

3. SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MANTENIMIENTO

Se comprobó que entre el 2015 y el 2019 no se invirtieron ¢19,8 millones de los ¢150,5 millones asignados a las subpartidas relacionadas con el mantenimiento del equipamiento e infraestructura⁸, lo que representó un 13 % de subejecución al cierre del ejercicio presupuestario, según se detalla:

Cuadro 1
Análisis de Asignación, Gasto y Saldos
Periodo 2015-2019

Año	Asignación (¢)	Gasto (¢)	Saldo (¢)	% No Ejecutado
2015	28 266 000,00	23 859 425,71	4 406 574,29	16
2016	27 000 000,00	22 555 310,29	4 444 689,71	16
2017	37 744 500,00	34 512 865,33	3 231 634,67	9
2018	30 866 000,00	25 275 257,26	5 590 742,74	18
2019	26 661 000,00	24 435 319,78	2 225 680,22	8
Total	150 537 500,00	130 638 178,37	19 899 321,63	13
Promedio	30 107 500,00	26 127 635,67	3 979 864,33	13

Subpartidas: 2152, 2153, 2154, 2156, 2157, 2159, 2206, 2212, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218 y 2220.

Fuente: Informe Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de diciembre 2015-2019.

En el cuadro 1 se muestra que, en promedio, las subejecuciones ascienden aproximadamente a ¢4 millones por año, siendo en el 2018 donde alcanzó el punto máximo, al no ejecutarse ¢5,5 millones de los ¢30,8 millones asignados.

El análisis por subpartidas evidenció que la 2154 y 2153, destinadas al mantenimiento y reparación, son las que poseen mayor remanente con ¢3 y ¢2,8 millones respectivamente, así mismo, la 2221 utilizada para la adquisición de repuestos para equipo de transporte suma ¢2,5 millones seguida de la 2156 concedida para mantenimiento y reparación de los edificios por terceros con ¢2 millones:

Cuadro 2
Análisis de Asignación, Gasto y Saldos por Subpartida
Periodo 2015-2019

Subpartida	Descripción	Asignación (¢)	Gasto (¢)	Saldo (¢)
2154	Mant. y reparación de otros equipos.	14 896 500,00	11 819 420,71	3 077 079,29
2153	Mant. y reparación equipos transporte.	13 300 000,00	10 473 520,00	2 826 480,00
2221	Repuestos para equipo de transporte.	26 000 000,00	23 462 052,07	2 537 947,93
2156	Mant. y reparación edificios por terceros.	12 012 000,00	9 935 717,50	2 076 282,50
2206	Tintas, pinturas y diluyentes.	34 708 500,00	32 873 530,90	1 834 969,10
2223	Otros repuestos.	13 465 500,00	11 904 037,67	1 561 462,33
2159	Mant. y reparación equipo cómputo.	2 456 500,00	1 283 132,02	1 173 367,98
2215	Otros materiales y productos de const.	2 797 000,00	1 945 852,90	851 147,10
2217	Instrumentos y herramientas.	1 440 000,00	788 125,97	651 874,03
2157	Mant. y reparación equipo comunicación.	1 601 000,00	995 308,64	605 691,36
2220	Materiales y productos plásticos.	1 300 000,00	762 794,19	537 205,81
2152	Mant. y reparación de maq y equipo oficina.	4 378 000,00	3 849 019,90	528 980,10
2216	Materiales y productos eléct, telef y cómp.	9 312 000,00	8 807 780,78	504 219,22
2214	Madera y sus derivados.	1 770 000,00	1 310 092,10	459 907,90
2218	Materiales y productos de vidrio.	519 500,00	130 800,00	388 700,00
2212	Materiales y productos metálicos.	10 581 000,00	10 296 993,02	284 006,98
Total		150 537 500,00	130 638 178,37	19 899 321,63

Subpartidas: 2152, 2153, 2154, 2156, 2157, 2159, 2206, 2212, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218 y 2220.

Fuente: Informe Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de diciembre 2015-2019.

⁸ Subpartidas 2152, 2153, 2154, 2156, 2157, 2159, 2206, 2212, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218 y 2220.



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

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

Estrategias:

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

En el apartado 8, sobre el reintegro de remanentes del presupuesto, esa política establece:

“a) Las unidades ejecutoras, de acuerdo con la ejecución del presupuesto, reintegrarán oportunamente los remanentes a la Dirección de Presupuesto mediante modificación presupuestaria”.

Esta Auditoría, después de revisar las justificaciones de las subejecuciones en el 2018 y 2019, atribuye esa situación a debilidades en el proceso de planificación de proyectos y alineación entre la programación operativa y de compras, ejemplo de lo anterior se observó en la subpartida 2156, la cual, en ese período, sufrió una disminución del 70 %, y del remanente únicamente se ejecutó el 55 %, a saber:

Cuadro 3
Análisis de Asignación, Gasto y Saldos
Subpartida 2156, Periodo 2018-2019
(en colones)

Table with 7 columns: Año, Asignación Original, Asignación Modificada, Total Asignado, Gasto, Saldo, % Ejecución. Rows for 2018, 2019, and Total.

Fuente: Informe Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de diciembre 2015-2019

Otra situación que incidió en las subejecuciones, es que las autoridades del centro médico dejan, intencionalmente, saldos de contingencia, lo anterior, de acuerdo con lo registrado en la Matriz de Ejecución Presupuestaria al 31 de diciembre 2019, donde como justificación de los remanentes de las subpartidas 2152, 2154, 2159, 2218, 2220 y 2223 se estableció lo siguiente: “Dicha partida presenta un saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó” (Anexo 7). Llama la atención que esa acción dejó sin ejecutar ¢1 176 660,49 (un millón, ciento setenta y seis mil, seiscientos sesenta colones con 49/100) en ese periodo.

Lo anterior, contribuye al deterioro continuo y acelerado de la infraestructura y el equipamiento, al dejar de invertir recursos aprobados y presupuestados, y con mayor razón al considerar las condiciones del recurso físico evidenciadas en los hallazgos 1.1, 2.1 y 2.3.

4. SOBRE EL CONTROL DEL INVENTARIO DE REPUESTOS Y SUMINISTROS

Se evidenciaron debilidades en los mecanismos de control implementados para la administración del inventario de repuestos y suministros de construcción y ferretería que se utilizan para el mantenimiento del recurso físico, en virtud de que el registro de entradas y salidas no se encuentra actualizado; el recinto donde se almacenan las existencias no es exclusivo para ese fin y es utilizado como oficina para el personal técnico; los materiales de gran tamaño se almacenan fuera del recinto y se carece de orden y limpieza en toda el área de almacenamiento.

Anexo 8



Las Normas de Control Interno en la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 44, señalan que para todas las existencias de bienes se establece el sistema de inventario perpetuo y, en su comentario, indica:

“Los registros de inventarios perpetuos es una de las partes más importantes de control para existencias. Estos registros, al mostrar siempre la cantidad de bienes en bodega, proporcionan información esencial para la aplicación inteligente de políticas de compra, operación y planeación del sistema de suministros. También es posible, guiar el abastecimiento de materiales estableciendo puntos máximos y mínimos para cada partida almacenada”.

Las Normas de control interno para el Sector Público establecen como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno (SCI), proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. Además, que el SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo.

El Lic. Gabriel Barrantes Mena, responsable del proceso de mantenimiento del área de salud, indicó:

“Se maneja con el SOCO, sin embargo, a veces se olvida registrar salidas de materiales, por lo que el registro en algunos casos no estaría actualizado. (...) por ejemplo, un compañero retira un material y se le olvida registrarlo y cuando se hace el inventario se genera un faltante”.

(...) El material menudo y las herramientas está dentro de la oficina bodega de los operarios, lo eléctrico está en anaqueles, pero no disponen de puertas. La puerta de la bodega no tiene portón tiene una ventana fija pero no tienen verjas, me parece que entre materiales y equipos bien puede superar los 4 millones de colones. Todos tienen llaves”.

La situación descrita deteriora el sistema de control interno en cuanto a la protección y conservación del patrimonio público y aumenta la posibilidad de sustracción, desvío y desperdicio de los suministros, repuestos y materiales.

5. SOBRE LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LAS PROPIEDADES RECIBIDAS POR LA CCSS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO GRATUITO POR PARTE DE TERCEROS

Se evidenció que 18 de los 27 inmuebles que tiene el área de salud de San Ramón por préstamo, no disponen de convenios formales para su uso:

Tabla 4
Resumen de la condición de uso de los inmuebles del área de salud de San Ramón al 9 de setiembre 2020

Convenios	Sin Convenios	Propios	Alquilados
1. Piedades Sur	1. Piedades Norte	1. Concepción	1.Chachagua
2. Volio	2. Alto Villegas	2. Bolívar	2.Farmacia -Proveeduría
3. San Juan	3. Bajo Zúñiga	3. Alfaro	3. Edificio Administrativo
4. Los Ángeles	4. La Paz	4. Zapotal	
5. La Esperanza	5. La Guaria P Sur	5. San Isidro San Ramón	
6. Calle León	6. San Francisco	6. San Rafael	
7. Río Jesús	7. Cataratas	7. Santiago	
8. EBAIS Concentrados	8. Valle Valverde	8. Bajo Rodríguez	
9. La Cruz	9. Berlín	9. Valle Azul	
	10. Llano Brenes	10. Sector Ángeles	
	11. Pata Gallo	11. SIPB	
	12. Calle Zamora		
	13. La Guaria SISR		
	14. Carrera Buena		
	15. Salvador		
	16. Socorro		
	17. Criques		
	18. Abanico		

Fuente: Informe de convenio de préstamos de EBAIS oficio ASSR-ASISTADM-028-2015, del 17 de marzo 2015.



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

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

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

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, mantener, perfeccionar y evaluar las actividades de control necesarias en relación con los bienes y servicios provenientes de donantes externos, sean estos obtenidos bajo la modalidad de donación, cooperación técnica o cooperación financiera no reembolsable. Lo anterior, de manera que sobre esos bienes o servicios se ejerzan los controles de legalidad, contables, financieros y de eficiencia que determina el bloque de legalidad.

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

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

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

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

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

Ese mismo cuerpo normativo señala:

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

a) Las Unidades Ejecutoras deben realizar un estudio de costo-beneficio, que demuestre la necesidad y conveniencia para la Institución y la población asegurada de la inversión a realizar.



- b) La remodelación de las instalaciones alquiladas o que son cedidas por las comunidades pueden ser presupuestadas únicamente por Unidades Ejecutoras que por su ubicación y dotación de recursos tengan necesidad de su realización. Asimismo, deben hacer un uso racional de los recursos que se dispongan.
- c) Las Unidades Ejecutoras que llevan a cabo este tipo de gasto, deben incluir el impacto que tendría el Proyecto en el Plan Anual Operativo.
- d) Las remodelaciones de las instalaciones que no pertenezcan a la Institución requieren de la autorización del Director (a) de las Unidades Desconcentradas, Director (a) de Sede Respectivo, del Director (a) Médico de Servicios de Salud en el caso de unidades no desconcentradas y en el caso de las Sucursales del Director Regional respectivo.
- e) Los contratos de arrendamiento de los edificios que son alquilados por la Institución, deben garantizar que los plazos de utilización del inmueble sean amplios, con el propósito de que se pueda asegurar el retorno de la inversión en la prestación del servicio al asegurado.
- f) La cancelación de los pagos por concepto de remodelaciones no se puede realizar por medio de Fondos de Caja Chica, por cuanto este instrumento se utiliza para satisfacer necesidades urgentes, no previsibles y se incumple con la normativa institucional.
- g) Las remodelaciones, adecuaciones y el acondicionamiento de instalaciones que no son propiedad de la CCSS, estarán sujetas a las políticas, a los lineamientos, pronunciamiento, dictámenes disponibles y aquellos que se emitan por las autoridades institucionales.

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

El Lic. Hernán Valverde Sánchez, Administrador del área de salud sobre la condición jurídica de esas edificaciones, indicó: “Existen locales que están prestados desde hace más de 30 años, en algunos lugares hemos tenido problemas con diferentes asociaciones, estamos trabajando desde algún tiempo, pero es un proceso muy tedioso, los problemas son a nivel comunal”.

La incerteza jurídica constituye un riesgo de la institución frente a los dueños de los inmuebles dados en calidad de préstamo gratuito, ya que desconoce por cuánto tiempo se puede disponer de estos. Ante una eventual negativa de los propietarios de seguir facilitando el uso de las instalaciones, todas las consultas programadas se suspenderían, lo que conllevaría a una dilación en la prestación de los servicios de salud y obligaría a pacientes y funcionarios a trasladarse a otro sitio, sin la debida planificación, o exponerse a la cancelación definitiva de la consulta, ante la imposibilidad de encontrar otro sitio donde prestar los servicios, afectando a una población adscrita de 13 753 personas.

Lo anterior, también ocasiona que se imposibilite invertir en el mantenimiento, por lo que se aumentarían los daños en las edificaciones y, por ende, un incremento en la inversión para la recuperación de los inmuebles

6. SOBRE LOS PROGRAMAS DE AHORRO ENERGÉTICO Y AGUA

El área de salud de San Ramón no dispone de programas de ahorro energético y agua (Anexo 5).

La Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros establece lo siguiente dentro de los lineamientos 3.3 “Actualización de lineamientos para el uso racional del agua de los recursos energéticos” y 5 “(Ahorro de Energía, Combustible, Viáticos y Otros Conceptos)”:



“...3.3 Ahorro en consumo de agua... 3.3.2 Comprobar periódicamente el estado de las instalaciones de agua, mediante rutinas de inspección y mantenimiento, con el fin de evitar fugas innecesarias...”.

“Lineamiento 5: Las unidades que administran recursos financieros deberán implementar medidas para ahorrar energía, combustible, gastos de teléfono, capacitación y remodelaciones en unidades administrativas. Incentivar el uso de mecanismos que permitan el ahorro de energía y agua, cuando por necesidad corresponda y sea posible, como la instalación de luces con apagado automático, energía solar y de grifos automáticos de agua en lavatorios... Las unidades implementarán controles de tiempos en las llamadas realizadas”.

Las Medidas para Mejor Optimización de los Recursos 2012-2013 refieren, dentro de las disposiciones para los Gastos de Operación, lo siguiente:

“...f. Servicios Básicos: establecer acciones estrategias para el ahorro de energía eléctrica, telecomunicaciones y agua, el cual debe ser comunicado a todos los funcionarios y funcionarias para su aplicación. La administración dará seguimiento y medirá los resultados”.

El Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de mantenimiento manifestó que no disponen de programas de ahorro de energía y agua, sino que envían un oficio a principios de año sobre concientización a las medidas de optimización de los recursos.

Lo anterior, se observó en el oficio ASSR-ASISTADM-004-2019, del 3 de enero 2019, donde el Lic. Barrantes Mena informó a los jefes de servicio del área de San Ramón, sobre las medidas para el racionamiento en el consumo de agua y luz:

“Como se ha comunicado tanto en la Web Máster y en los consejos técnicos sobre la importancia del racionamiento de los recursos energéticos como hídricos es importante hacer del conocimiento de sus colaboradores las siguientes medidas para el ahorro de estos recursos y a su vez los recursos financieros tanto en las partidas 2126 y 2128 correspondientes al pago de electricidad y agua.

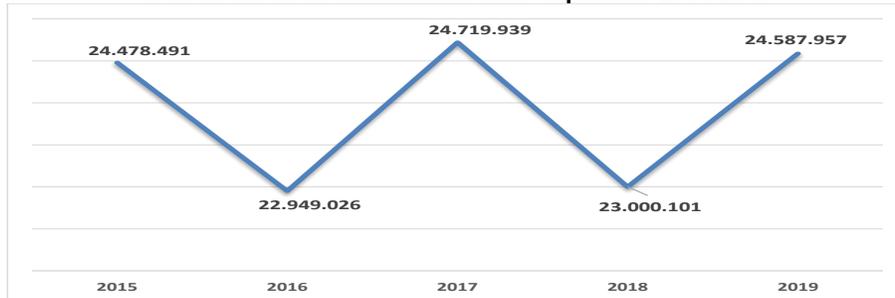
En múltiples ocasiones tanto los técnicos en mantenimiento como mi persona hemos llegado a los diferentes EBASIS y encontramos bombillos, equipos de diagnósticos, Doppler, lámparas cuello ganso, abanicos, radios que se encuentran encendidos por lo que consumen energía al igual que inodoros, tubos con algún tipo de fuga los cuales no reportan a tiempo.

Es responsabilidad de todos los funcionarios velar por el buen uso tanto de los equipos como de los recursos por lo que se sugiere las siguientes recomendaciones:

1. Cada funcionario se encargue de verificar que todos los equipos que utilizan queden desconectados, luces del consultorio u oficina estén apagadas y en caso de que en el consultorio u oficina se cuente con lavatorio quede bien cerrado. **2.** Recalcar la importancia a las personas que realizan limpieza de los EBASIS después de las 4 apagar todas las luces de la sala de espera, cocina, servicios públicos y del personal queden apagadas. **3.** En caso de fuga en los Servicios Sanitarios cerrar la llave de paso. **4.** Si se detecta una fuga en horas de la tarde y los compañeros de mantenimiento no puedan acudir inmediatamente cerrar la llave de paso principal. **5.** No utilizar equipos que no sean propias de sus labores ni adornos que requieran de energía eléctrica. **6.** Aprovechar al máximo la luz natural. **7.** Cuando no se utilice la computadora apagar el monitor. El poner en práctica estas recomendaciones nos permitirá hacer un uso adecuado de los recursos eléctricos, hídricos y financieros”.

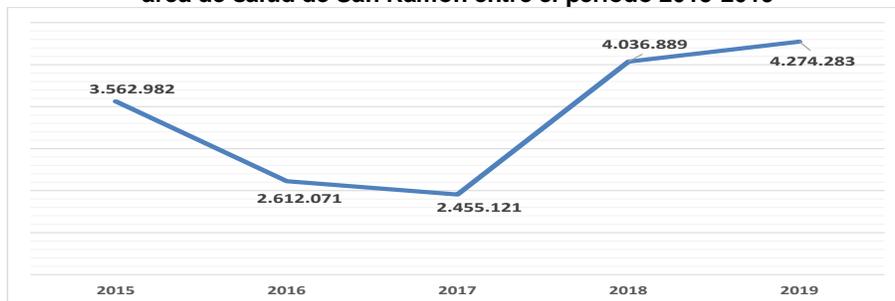
Esta Auditoría revisó las partidas 2126 y 2128, referentes al servicio eléctrico y de agua respectivamente, y observó que el consumo eléctrico aumenta cada dos años, generando “picos” de más de ₡1.7 millones anuales, entre el 2015-2019; en cuanto a los consumos de agua, se determinó que existe un incremento desde el 2017 que pasó de ₡2 455 121,00 (dos millones, cuatrocientos cincuenta y cinco mil, ciento veintiuno colones) a ₡4 274 283,00 (cuatro millones, doscientos setenta y cuatro mil, doscientos ochenta y tres colones) en el 2019, lo que representa un incremento del 74.09 %:

Figura 1
Comportamiento de la Subpartida 2126 “Energía Eléctrica” del área de salud de San Ramón entre el período 2015-2019



Fuente: Informe Mayor Auxiliar de asignaciones presupuestarias del área de salud de San Ramón

Figura 2
Comportamiento de la Subpartida 2128 “Servicio de agua” del área de salud de San Ramón entre el período 2015-2019



Fuente: Informe Mayor Auxiliar de asignaciones presupuestarias del área de salud de San Ramón

CONCLUSIONES

El estudio permitió evidenciar debilidades en aspectos de planificación, ejecución y control de la gestión de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento que se desarrolla en el área de salud de San Ramón.

Referente a la planificación, se concluye que existen debilidades en la vinculación de las actividades planificadas entre los Planes Presupuesto y Anual de Compras 2019, debido a que se registraron trabajos que se realizaron en años anteriores, y actividades que no concuerdan entre ambos instrumentos; asimismo, se carece de un plan de mejora de infraestructura y cumplimiento de la Ley 7600, lo anterior, a pesar de que disponen de un estudio técnico efectuado por el Programa Institucional de Accesibilidad al Espacio Físico en el 2016, así como de un diagnóstico de las condiciones de conservación de los inmuebles pertenecientes al área de salud de San Ramón, efectuado por el mismo centro médico.

Aunado a lo anterior, no está implementada la autoevaluación de la gestión del mantenimiento, los indicadores no concuerdan con actividades sustantivas y los informes de rendición de cuentas no consideran la totalidad de esos indicadores planificados, por lo que la información no es precisa, ni confiable. Respecto al equipo médico, se constató la carencia de un diagnóstico y clasificación por criticidad y complejidad, y la ausencia de un inventario técnico, esta situación ocasiona que el 96 % de los equipos instalados no disponga de mantenimiento preventivo.

En cuanto a la ejecución y control, se confirmó la ausencia de programas y rutinas de mantenimiento preventivo de las áreas civil, eléctrico y electromecánico, fundamentales para la conservación de la infraestructura. También, se evidenció un registro incorrecto de la información de las órdenes de trabajo correctivas, debido a que se incluyen y se cierran boletas sin atenderse, se detectaron diferencias entre la información contenida en los boletines estadísticos y los registros del Sistema Operativo Control de Mantenimiento, lo que ocasiona que se desconozca el estado real, la cantidad y la oportunidad en la atención de las solicitudes de trabajo.



Referente al presupuesto, se evidenció la necesidad de efectuar un mayor control de la ejecución de los recursos presupuestarios, debido a que, en el período evaluado, existió subejecución en las subpartidas relacionadas con el mantenimiento de un 13 %, asimismo, se observó, en la subpartida 2156, que en el período 2018-2019 sufrió una disminución del 70 %, y del remanente únicamente se ejecutó el 55 %, aspecto que llama la atención debido a la necesidad en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.

En cuanto a las condiciones de almacenamiento para materiales, se evidenció que el recinto y los mecanismos de control del inventario de existencia no brindan una seguridad razonable contra sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo. Por otra parte, la ausencia de convenios de uso entre los propietarios de las edificaciones donde se prestan los servicios de salud con la institución ocasiona una inseguridad jurídica para la prestación de los servicios de salud. Por último, la carencia de programas enfocados al ahorro energético y consumo de agua se contraponen a los principios de la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros, implementada en la institución en aras de mejorar el ahorro y el buen uso de los recursos públicos asignados.

Las debilidades expuestas podrían ocasionar un deterioro de la infraestructura, disminuyendo la calidad en el confort de la prestación de los servicios de salud; de igual manera, la ausencia de un mantenimiento preventivo en los equipos podría derivar en el deterioro precipitado de la tecnología, pérdida o aprovechamiento inadecuado de los recursos, funcionamiento deficiente, inseguridad ocupacional, de diagnóstico y tratamiento, que pueden afectar la salud del paciente y acarrear consecuencias legales para la institución. Las condiciones de infraestructura y el incumplimiento de la Ley 7600 podrían generar órdenes sanitarias o recursos de amparo, afectando la imagen de la institución y la calidad en la prestación del servicio para los usuarios y funcionarios, al no brindar un servicio en igualdad de condiciones, aspectos que podrían consolidarse debido a la ausencia de programas y rutinas de mantenimiento.

RECOMENDACIONES

A LA DRA. ROXANA USAGA CARRASQUILLA, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA DE LA RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CENTRAL NORTE O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Reiterar a los directores y administradores de las Unidades adscritas a la Región Central Norte, la obligatoriedad de aplicar el instrumento denominado "Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social", diseñado por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la Dirección de Mantenimiento Institucional y comunicado mediante oficio GIT-0956-2019/GM-S-9360-2019, del 17 de julio 2019, con el objetivo de aplicar los criterios establecidos y mencionados en el **hallazgo 5** del presente informe. Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación (**en el plazo de un mes**), una vez presentado el oficio de instrucción dirigido a las unidades adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte para la aplicación de dicho instrumento.

AL DR. BOLÍVAR ALFARO ROJAS, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD DE SAN RAMÓN O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

2. Realizar las acciones necesarias para formalizar los contratos de préstamo de aquellos inmuebles que actualmente están en uso, con el objetivo de que dispongan de convenios formales y así cumplir con la normativa institucional aplicable, lo anterior, para subsanar las causas que originaron los **hallazgos 2.1 y 5** del presente informe. Esta Auditoría consignará como cumplida (**en el plazo de doce meses**) esta recomendación, una vez presentados los contratos de comodato solicitados.
3. Formular un plan de acción que permita subsanar las causas que originaron los hechos señalados por esta Auditoría en los **hallazgos 1, 2, 3, 4 y 6** del presente informe, que para los efectos del caso se resumen en el **Anexo 6**. El plan debe contener, al menos, el detalle de las acciones concretas a ejecutar para corregir la acción requerida; el nombre de los responsables directos, según competencias; el plazo de realización; las



fechas de inicio y final estimadas, así como otros elementos que considere pertinente para cumplir con eficiencia, eficacia y economía el citado plan. Para lo anterior, esa Dirección deberá solicitar la asesoría y colaboración de un profesional en ingeniería que acompañe al Administrador del centro médico en la implementación del plan de acción solicitado. Esta Auditoría consignará como cumplida esta recomendación, una vez presentado el plan (**en un plazo de doce meses**), implementando el cumplimiento efectivo de las acciones que se establezcan para minimizar los riesgos asociados a las debilidades de control interno señaladas referentes a: 1) Planificación, programación, operación, supervisión, control, autoevaluación y mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipo médico. 2) Mejoramiento de controles para el mantenimiento correctivo. 3) Implementación de programas enfocados al ahorro de agua y energía. Lo anterior, en virtud de que el artículo 10 de la Ley General de Control Interno dispone que, serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado, establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional, y que la administración activa será responsable de realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los alcances del presente informe se comentaron con el siguiente personal de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte: Dra. Olga Martha Chaves Pérez, directora a.i.; Licda. Hazel Barquero Hernández, encargada de seguimiento a informes de Auditoría; e Ing. Erick Castro Bartels, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento. También se comentaron con personeros del área de salud de San Ramón: Dr. Carlos Cambronero Arguedas, director médico a.i.; Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador; y Lic. Gabriel Barrantes Mena, coordinador del proceso de Mantenimiento.

La Dra. Chaves Pérez indicó que está de acuerdo con la recomendación y el plazo; además, el Lic. Valverde Sánchez, manifestó: “esto es un refrescamiento a la gestión que estamos efectuando, y trataremos en forma y fondo cumplir con las recomendaciones del informe de Auditoría, se acepta el plazo de las recomendaciones”.

ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

Ing. Paul Arroyo Agüero
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Ing. Herman Gonzalo González Matarrita
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Geiner Arce Peñaranda. Mgtr.
JEFE DE SUBÁREA

GAP/PAA/HHGM/jfrc

C. Auditoría

Referencia: Id 41501

ANEXO 1

Figura 1: Resumen calificación por edificación, Área de Salud San Ramón

ÁREA DE SALUD DE SAN RAMÓN						24,66	%		
UNIDAD	ESTACIONAMIENTOS 15%	1,69	ACCESOS 35%	9,20	SERVICIOS SANITARIOS 30%	6,55	SERVICIOS AL PÚBLICO 20%	7,21	TOTAL ACCESIBILIDAD
Ebais Bajo Zúñiga	0		4,2		2		10		16,20
Ebais Calle Zamora	0		3,82		9,77		4,85		18,44
Ebais Bolívar	11,25		25,67		23,77		9,33		70,02
Ebais Concentrados (Lisimaco, La Sabana, Rafael Estrada, Tremedal, Carlo Magno)	0		17,5		4,19		7,65		29,34
Ebais Concepción	9		16,25		21,11		13,55		59,91
Ebais La Guaria	0		7,12		0		6,45		13,57
Ebais La Paz	0		3,89		0		1,82		5,71
Ebais Los Angeles	0		3,96		4,29		6,21		14,46
Ebais Piedades Norte	0		14		2,11		8		24,11
Ebais Piedades Sur	0		6,36		13,85		7,1		27,31
Ebais San Juan	0		4,7		2,73		5,45		12,88
Ebais San Pedro	0		10,44		0		4,71		15,15
Ebais Santiago	0		5,6		0		9,63		15,23
Ebais Volio	0		7,55		0		8,67		16,22
Farmacia	6,82		11,27		17,25		4,71		40,05
Sede de Área	0		4,94		3,75		7,22		15,91

Fuente: Informe sobre las condiciones de accesibilidad al espacio físico del área de salud de San Ramón 2016.

Lista de Trabajos Efectuados para Mantenimiento con Recursos Propios en el Área de Salud de San Ramón Entre los Períodos 2015-2019

Período	Trabajo	Lugar	Monto de la inversión (c)
2015	Donación de 85 láminas de zinc #26	EBAIS de Santiago	987 700,00
	Donación de 80 láminas de zinc #26	PVP Río Jesús	929 600,00
2016	Donación de 30 láminas de zinc #26 y 20 tubos de 2x2x1/16	N/A	607 050,00
	Instalación eléctrica	EBAIS de San Isidro	328 760,00
2018	Cambio de zinc y pintura	EBAIS Piedades Sur y San Juan	-
2019	Instalación eléctrica	PVP Calle Zamora	139 651,50
	Acondicionamiento de baño sanitario Ley 7600	PVP Río Jesús	394 387,30
	Instalación eléctrica	PVP Calle León	83 700,00
	Donación de zinc para estructura de techo	PVP Criques	759 553,12
TOTAL			4.230.401,92

Fuente: Oficio ASSR-ASIST-ADM-030-2020, del 1 de setiembre 2020

Lista de Proyectos Efectuados por Terceros para el Mejoramiento de la Infraestructura Área de Salud de San Ramón Entre los Períodos 2015-2019

Periodo	Descripción	Número de licitación	Monto adjudicado
2015	Pintura EBAIS de San Juan San Ramon	2015CD-000025-2237	497.000,00
2016	-	-	-
2017	Instalación de Cercas Terrenos EBAIS Area Salud San Ramon	2017CD-000030-2237	9.750.000,00
	Sustitución Sistema de Aguas Negras	2017CD-000016-2237	5.985.000,00
2018	remodelación EBAIS Volio	2018CD-000005-2237	64.497.160,00
2019	-	-	-

Fuente: Sistema Integrado de Actividad Contractual de la Contraloría General de la República

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

ANEXO 2**EQUIPOS MÉDICOS INSTALADOS EN EL ÁREA DE SALUD DE SAN RAMÓN**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Amalgamador	12
Amplificador de sonido	1
Aspirador de succión continua	4
Autoclave	25
Balanza	92
Banco giratorio	27
Biombo	7
Cama	19
Camilla ambulancia	1
Camilla/curaciones/exploración	44
Carro de curaciones	12
Centrifuga para transporte	2
Compresor aire para nebulizar	12
Compresor odontológico	8
Congelador horizontal pequeño	12
Cuna	2
Desfibrilador	1
Detector de sonidos fetales	7
Digitalizador indirecto de placas dentales	1
Dispensador de placas	1
Doppler fetal	30
Duplicadora digital ricoh	1
electrocardiógrafo	5
Electrocauterio	4
Eq. De r.x. dental	6
Equipo de diagnostico	32
Esfigmomanómetro	126
férula larga espada	21
Grada para pacientes	20
Lampara cirugía	2
Lampara con aumento para cirugía menor	2
Lampara cuello de ganso	43
Lampara dental portátil	2
Lampara quirúrgica	1
Mesa de exploración	20
Mesa de mayo	35
Mesa de preparación	4
Mesa de trabajo con pileta	2
Mesa exploración ginecológica	1
Mesa para instrumental	1
Mesa para nebulizador	2
Mesa preparación de medicamentos	2
Nebulizador	36
Negatoscopio de dos cuerpos	3
Nutrición y prevención cardiovascular	1
Pinza amperimétrica, marca fluke, modelo fluke 376.	1
Selladora de bolsa	32
Set de diagnostico	21
Silla de ruedas	26
Silla ortopédica	5
sillón dental	2
Taburete asistente odontológico	6
Ultrasonido limpieza dental	1
Unidad de limpieza dental	1
Unidad de limpieza ultrasónica	1
Unidad de succión portátil	1
Unidad dental fija	7
Unidad dental portátil	4
Unidad ultrasónica	7
TOTAL	807

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

ANEXO 3**Lista de equipos que están con garantía y disponen de mantenimiento en el área de salud de San Ramón**

Placa	Descripción	Garantía (meses)	Fecha vencimiento garantía	Tipo de garantía	Proveedor
1215454	refrigeradoras para vacunas	24	25-09-20	Preventivo	ENHMED
1250128	refrigeradoras para vacunas	24	28-03-21	Preventivo	ENHMED
1250129	refrigeradoras para vacunas	24	28-03-21	Preventivo	ENHMED
1250130	refrigeradoras para vacunas	24	28-03-21	Preventivo	ENHMED
1250239	Lámpara cuello de ganso	12	02-09-20	Correctivo	MEDITEK
1250240	Lámpara cuello de ganso	12	02-09-20	Correctivo	MEDITEK
1250241	Lámpara cuello de ganso	12	02-09-20	Correctivo	MEDITEK
1250242	Lámpara cuello de ganso	12	02-09-20	Correctivo	MEDITEK
1250261	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250262	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250263	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250264	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250265	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250266	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250267	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250268	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250269	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1250270	Esfigmomanómetro aneroide portátil	12	10-11-20	Correctivo	SEYLA
1222433	Amalgamador	24	25-10-20	Correctivo	ENHMED
1222499	Unidad ultrasónica de limpieza	24	18-02-21	Correctivo	ENHMED
1250238	Estadiómetro Ultrasónico	12	02-09-20	Correctivo	INSUMED
1250260	Balanza digital analizador de biopedancia	12	14-11-20	Preventivo	ENHMED
1250271	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250272	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250273	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250274	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250275	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250276	Refrigeradora para vacunas	12	06-11-20	Preventivo	INNOVDAORA MEDICA
1250277	Mesa de exploración ginecológica	12	04-11-20	Correctivo	INNOVDAORA MEDICA
1250278	Mesa de exploración ginecológica	12	04-11-20	Correctivo	INNOVDAORA MEDICA
1250279	Selladora papel grado médico	12	08-11-20	Correctivo	ABILAB

Fuente: Oficio ASSR-ASIST-ADM-027-2020, del 19 de agosto 2020



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

ANEXO 4

Informe de Labores de Mantenimiento del período comprendido entre enero y diciembre 2019 en el área de salud de San Ramón

Mes	Cantidad de órdenes
enero	39
febrero	35
marzo	20
abril	13
mayo	0
junio	22
julio	40
agosto	35
septiembre	36
octubre	113
noviembre	52
diciembre	23
TOTAL	428

Fuente: Cuadro estadístico 64 del área de salud de San Ramón



ANEXO 5

ENERGÍA				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
1. Se monitorea y revisa la partida 2126 “Consumo eléctrico” y la facturación de consumo eléctrico para tener un registro continuo de los consumos.	√			Lo efectúa el encargado de presupuesto, de hecho, se envía una plantilla para las partidas críticas en esas están incluida la 2126.
2. Se analizó el registro de al menos un año de facturación de los medidores eléctricos del centro médico (aspectos a revisar: Tipo de Tarifa, multas por bajo factor de potencia, cargos por mora, datos de máxima demanda (kW), consumos de Energía (kWh) de cada medidor). Se utiliza esa información para tomar decisiones y racionalizar el gasto			-	Desconozco si presupuesto realiza ese ejercicio
3. Se solicitó al proveedor de electricidad un estudio tarifario para determinar si procede o es necesario algún cambio de tarifa, ajustándose a las necesidades del centro médico.		X		
4. Se tiene conocimiento de si ha aumentado o disminuido el consumo de energía eléctrica en el último año	√			Se ha incrementado, pero desconocemos cual es la causa del aumento
5. Se han fijado objetivos para reducir el consumo de energía eléctrica.		X		Se envía un oficio a principio de año.
6. Existe un programa de ahorro energético		X		
7. Se promueve entre el personal el ahorro energético	√			Se envía un oficio a principio de año.
8. Se verifica el consumo de energía y sellos de Eficiencia Energética en equipos eléctricos antes de comprarlos. Se ha definido una política al respecto	√			Esas compras se realizan a nivel regional
9. Existen programas de capacitación para los funcionarios sobre el uso de los equipos.	√			Cuando se entregan equipos nuevos se realizan capacitaciones
10. Existe un protocolo para apagar los equipos eléctricos (cocina-Computadoras aires acondicionados) cuando no son utilizados por un periodo de tiempo significativo; asimismo se controla el cumplimiento de ese protocolo y si ha sido divulgado		X		
11. Se han realizado revisiones periódicas al sistema eléctrico durante los últimos dos años, para identificar o diagnosticar las condiciones actuales del sistema.	√			Se han efectuado mejoras en sistemas eléctricos en ciertos EBAIS, pero no en todas las edificaciones.
12. Se conoce la curva de potencia del inmueble.		X		
13. Se conoce las condiciones de mantenimiento de los sistemas de puesta a tierra, pararrayos y supresores de voltaje.		X		
14. Se implementan programas de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) (Ver gaceta 163, del 26 de agosto 2014)		X		Se realizó en algún momento, pero actualmente no
15. Se efectúan controles y seguimiento de los programas de Gestión Ambiental Institucional		X		
16. Para la adquisición de equipos y sistemas se solicita certificado de eficiencia emitido por un Organismo de certificación acreditado o reconocido por el Ente Costarricense Acreditador.	√			Lo realizan a nivel regional
ENERGÍA-ILUMINACIÓN				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
17. Se ha instalado luminarias y tecnología de bajo consumo de energía (balastos electrónicos, tubos fluorescentes de bajo consumo como T-8 ,T-5 o led).	√			
18. Se tiene instalado reflectores especulares para aumentar la cantidad de iluminación transferida.			-	



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

19.	Se utiliza la iluminación artificial solo cuando la luz natural es insuficiente.		X		Es un aspecto de conciencia de cada funcionario
20.	Se limpia con frecuencia las lámparas y el sistema de iluminación para mejorar la radiación y la capacidad de iluminación. (Revisar si tienen protocolos o efectuar una prueba ocular)	√			En la mayoría de los EBAIS el aseo se contrató por terceros y ahí se establecen las rutinas para la limpieza de lámparas, etc.
21.	Se tiene sensores de presencia y fotoceldas para controlar el encendido de las luces solo cuando se requieran		X		
22.	Se tiene instaladas láminas traslucidas para aprovechar al máximo la luz natural.	√			
23.	Se lava periódicamente las ventanas y láminas traslucidas para aprovechar al máximo la luz natural.		X		
24.	Se implementa algún protocolo o publicidad para apagar las luces y las computadoras en las oficinas desocupadas para evitar consumos fantasmas.	√			Solo el oficio de principio de año
25.	Se implementa algún protocolo o publicidad para apagar las luces de corredores y paredes comunes durante los periodos de poco uso durante la noche		X		
26.	Existe separación de los circuitos por pasillos, oficinas entre otros para que se apague las luces por filas o grupos	√			
27.	Se prohíbe la compra de lámparas incandescentes y balastos Tubulares T-12, lámparas halógenas, luz mixta y vapor de mercurio.			-	
28.	Para la iluminación de oficinas se utiliza sistemas compuestos por fluorescentes tubulares o tubos LED con una eficacia lumínica igual o mayor de 80 lm/W y balastos electrónicos de alta eficiencia.	√			
29.	Para alumbrado exterior, tránsito peatonal, y áreas de uso general como talleres, bodegas, almacenes y otros, se utilizan tecnologías de haluro metálico, vapor de sodio de alta presión, tecnología LED, tubos fluorescentes T-8			-	
30.	El contenido máximo de mercurio de las lámparas fluorescentes no es mayor a 5 mg.			-	
31.	Las lámparas y demás equipos de iluminación reemplazados de desechan conforme a la normativa y se prohíbe su donación. Existe algún protocolo emitido al respecto.		X		

ENERGÍA-AIRE ACONDICIONADO Y CALDERA

ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
32. Se ha analizado si es más conveniente utilizar ventilación natural en lugar de aire acondicionado.		X		
33. Se apaga los sistemas de enfriamiento de áreas no ocupadas.	√			
34. Se ha ajustado los reguladores de temperatura de los A/C a 24°C conforme lo determina la ASHRAE en su Standard 55-2004 , (Thermal Environmental Conditions for Human Occupancy), donde sugiere que de un 90% al 80% de personas satisfechas se considera aceptable.	√			
35. Se dispone de dispositivos, accesorios o películas aislantes de calor en ventanas para reducir la radiación térmica solar que entra a la habitación para reducir el uso del equipo de A/C. (efectuar un recorrido)		X		
36. Las salidas de A/C se encuentran libres de obstáculos. (recorrido)			-	
37. Se mantiene las puertas y ventanas cerradas cuando el A/C está en funcionamiento (efectuar un recorrido)	√			
38. Los equipos de enfriamiento o aires acondicionados disponen de un sistema de apagado automático cuando llegue a la temperatura establecida			-	Lo desconozco
39. Se chequea regularmente los filtros de los sistemas de extracción y A/C	√			Los que tienen contrato de mantenimiento



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

40. Se tiene dimensionado adecuadamente los equipos de A/C para el área donde se encuentra	√			Para la instalación de los aires y para determinar su potencia se solicita criterio a la ARIM Central Norte
41. Los tanques y tuberías de los sistemas de enfriamiento y calentamiento dispones de elementos aislantes que eviten pérdidas de calor o frío.			-	
42. Para equipos tipo ventana, dividido o central de hasta 18 KW (60,000 BTU)/h: los rangos de eficiencia deberán ser mayores en al menos 2 unidades de los indicados por la Relación de Eficiencia Energética (REE) o en inglés (EER), declarados en las etiquetas energéticas de conformidad con lo establecido en la última versión de la norma INTE 28-01-13			-	
ENERGÍA-COCINA				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
43. Se efectúa un mantenimiento preventivo de los sistemas de extracción.			-	
44. Se mantiene las puertas de los refrigeradores, congeladores, perfectamente cerradas y se verifica que los empaques estén en buen estado			-	
45. Se tiene el refrigerador alejado de fuentes de calor, estufas, salidas de aire caliente o de lugares donde el sol incida directamente.			-	
46. Se cocina siempre con los recipientes tapados (efectuar un recorrido)			-	
47. Se hace funcionar la campana extractora sólo cuando se está usando la cocina. (efectuar un recorrido)			-	
ENERGÍA-INFRAESTRUCTURA				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
48. La estructura de techo posee aislante térmico y se utiliza colores claros de manera que el A/C trabaje menos para mantener el sitio fresco	√			
49. Se realizan rutinas de mantenimiento periódicas a los sistemas eléctricos para determinar las condiciones de los tableros eléctricos, aparatos eléctricos conectados en áreas no diseñadas para su uso (cables expuestos, identificación o rotulación de cargas, carencia de tapa, tipo de interruptores y estado general de los mismo, existencia o utilización de cuchilla, revisión de tomacorrientes, apagadores y luminarias).		X		
AGUA				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
50. La administración lleva un control de consumo mensual de agua.	√			Los controles de los pagos se llevan mensualmente
51. Se mantiene un registro del consumo de agua por medio de las facturas mensuales de los servicios públicos.	√			
52. Se efectúan revisiones periódicas de consumo de agua para prevenir fugas.		X		
53. Existe un programa de ahorro de agua		X		
54. Se efectúa una concientización del ahorro de agua entre funcionarios y usuarios	√			Sería el oficio que se genera a principio de año
55. Verifique los plazos de las reparaciones en problemas como fugas de aguas de ducha, lavatorio y lavamanos	√			Se realiza por medio del SOCO



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

56. Se tiene regulado el flujo de agua en los lavamanos		X		
57. Se ha estudiado en qué lugares se puede reutilizar el agua y en qué cantidad		X		
58. En cuanto al consumo de agua cuál es el tipo de sistema de presurización utilizado			-	
59. Se registra el consumo de agua de los sistemas de enfriamiento.			-	
60. Se posee controles para regular la temperatura del agua caliente y se vigila estas temperaturas			-	
COMBUSTIBLES				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
61. Se limpia las boquillas de los quemadores de los equipos de cocina periódicamente			-	
62. Se vigila que no haya excesos en las temperaturas de funcionamiento, lo cual implicaría una disminución en la eficiencia y un mayor consumo energético			-	
63. Se lleva un control de humedad en los sitios donde se almacena combustibles.			-	
64. Se lleva un control del consumo mensual de diésel, bunker y gas.			-	
RESIDUOS SÓLIDOS				
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO
65. Se posee un programa de reducción de residuos		X		
66. Se conoce la cantidad y composición de los residuos generados por el hospital		X		
67. Se monitorea los tipos y cantidades de residuos generados		X		
68. Se conoce los costos mensuales por la disposición de los residuos generados		X		
69. Existe programas para minimizar, reducir y reciclar los residuos		X		
70. Se efectúa una concientización del programa de reducción de residuos entre funcionarios y usuarios		X		
71. Se posee un programa de separación de residuos		X		
72. Los recipientes están señalados según el tipo de residuo			-	Solo en las construcciones nuevas
73. Se efectúa una separación de papel, plástico y vidrio para luego reciclarlos	√			Se efectúa en coordinación con la Municipalidad
74. Se efectúa una separación de todo residuo orgánico			-	



ANEXO 6

PLAN DE ACCIÓN

HALLAZGO	ACCIÓN REQUERIDA	ACCIÓN PROPUESTA	FUNCIONARIO RESPONSABLE	PLAZO (mes)	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN
1.4.1	Coordinar con el ARIM el desarrollo de un diagnóstico y clasificación del equipo médico instalado en el centro de salud en función del Procedimiento para el Reconocimiento del Universo de Trabajo, con el objetivo de identificar el equipo crítico y definir las estrategias para el mantenimiento (A, B o C).		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
2.1	Actualizar el diagnóstico de la infraestructura del área de salud de San Ramón y EBAIS adscritos, con el objetivo de identificar la condición real de los inmuebles. Para la actualización es necesario coordinar con la ARIM Central Norte, debido a que dicha unidad está desarrollando un diagnóstico para las sedes de EBAIS (no incluye PVP) en cumplimiento a lo establecido en la disposición 4.13 del informe DFOE-SOC-IF-00016-2018 de la Contraloría General de la República ⁹		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
1.1	Efectuar un plan de mantenimiento correctivo para los trabajos de conservación y reparación menor; así como de mejoramiento para el cumplimiento de la Ley 7600, identificados en los diagnósticos actualizados de la infraestructura (incluye el elaborado por el Programa Institucional de Accesibilidad 2016) donde se observe al menos: las acciones a efectuar, responsables y plazos de cumplimiento, con el objetivo de minimizar el deterioro de la infraestructura institucional.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
2.1	Diseñar e implementar programas y rutinas de mantenimiento preventivo en las áreas (civil, eléctrica, electromecánica y equipo médico), de conformidad con la "Guía de elaboración de programas y rutinas de mantenimiento en las unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social", diseñadas por la Dirección de Mantenimiento Institucional, Órgano rector del mantenimiento institucional;		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
1.1 y 1.3	Establecer en la planificación operativa anual del mantenimiento: indicadores de producción y metas relacionadas con el mantenimiento, asimismo, efectuar una vinculación con el Plan Presupuesto y Plan Anual de Compras, lo anterior, con el propósito de medir el cumplimiento de metas y el verificar el logro de objetivos (rendición de cuentas), utilizando racionalmente los recursos disponibles y potenciales, estableciendo un debido seguimiento a esa planificación.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
2.2	Ejecutar las actividades y controles que permita garantizar que la información consignada en el cuadro 64 del Boletín, coincida con los datos registrados en el SOCO, asimismo, que la información de las órdenes de trabajo esté libre de errores, defectos y omisiones, con el objetivo de disponer información confiable, relevante, pertinente y oportuna para evaluar la oportunidad en la gestión de la atención de órdenes de trabajo.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			

⁹ El plazo otorgado por la Contraloría General de la República para el cumplimiento es el 26 de junio 2020, no obstante, por la situación del COVID-19, el diagnóstico estaría para diciembre 2020.



PLAN DE ACCIÓN

HALLAZGO	ACCIÓN REQUERIDA	ACCIÓN PROPUESTA	FUNCIONARIO RESPONSABLE	PLAZO (mes)	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN
6	Implementar programas de ahorro energético, disminución de consumo de agua, con el objetivo de establecer metas y estrategias para incentivar en los usuarios y funcionarios el aprovechamiento de los recursos naturales y el buen uso de los recursos públicos.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
1.2	Implementar el instrumento de autoevaluación de la gestión del mantenimiento en las unidades de la CCSS, diseñada por la Dirección de Mantenimiento Institucional, con el objetivo de evaluar la gestión efectuada al mantenimiento del área de salud.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
4	Ejecutar actividades que permitan mejorar la seguridad, orden y aseo del recinto utilizado como bodega para la custodia de los repuestos y suministros de mantenimiento, con el objetivo de prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			
1, 2, 3, 4 y 6	Elaborar e implementar una herramienta de supervisión que permitan mejorar y verificar los controles en cuanto: a) Cumplimiento de metas y objetivos; b) Indicadores de producción; c) Condiciones y valoraciones del riesgo en la infraestructura y equipo médico; d) Mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipo médico, e) Ejecución presupuestaria de las subpartidas 2152, 2153, 2154, 2156, 2157, 2159, 2206, 2212, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2220 y 2550 relacionadas con el mantenimiento y renovación del recurso físico. f) Control de existencias del inventario de repuestos y suministros para el mantenimiento, g) Registro de la información suministrada al SOCO que se encuentre libre de errores, omisiones e inconsistencias.		Lic. Hernán Valverde Sánchez, administrador del área de salud de San Ramón, o quién en su lugar ocupe el cargo			



ANEXO 7

Justificaciones subejecución subpartidas relacionadas con el mantenimiento 2018-2019

El Dr. Bolívar Gerardo Alfaro Rojas, Director Médico para el cierre presupuestario del 2018 y 2019 emitió las siguientes justificaciones en la Matriz de Ejecución Presupuestaria al 31 de diciembre, sobre algunas de las subejecuciones:

- 2153: "Para el último trimestre del 2018 se tenía proyectada la reparación de la ambulancia institucional con placa 200-2124 la cual requiere de diverso tipo de trabajos en carrocería y adquisición de repuestos, se estuvo a la espera del avalúo por parte del taller general para el inicio de dicha reparación, al recibir las cotizaciones de manera avanzada en el año no fue posible efectuar el procedimiento licitatorio antes del cierre del fondo rotatorio por lo que dicha reparación deberá ser efectuada a inicios de 2019".
- 2156: "Fue requerida la redistribución de recursos debido a que se presentó la necesidad de hacer cambio total del zinc del EBAIS de Piedades Norte por lo que los recursos modificados se emplearon para dicha compra, aún así de dejó cierta cantidad para reparaciones indeterminadas, actualmente se encuentra el proyecto para mejoras en el EBAIS de Zapotal referente al cambio de la malla perimetral así mismo como en el EBAIS de Alfaro".
- 2157: "Durante el 2018 no se presentó la cantidad estimada en cuanto a necesidad de mantenimiento o reparación de equipo de telecomunicaciones, a final de periodo se planteó una solicitud de revisión general a la central telefónica pero la empresa a la cual se le efectuó la cotización presentó la misma hasta finales de periodo y por un monto que excedan la disponibilidad de ese momento, por lo cual se efectuará la revisión general de centrales telefónicas a inicios de 2019".
- 2159: "Se tiene en taller de reparación equipo de cómputo el cual se esperaba ser finiquitado durante el mes de diciembre, sin embargo, la empresa en donde se encuentra dicho equipo no ha presentado las facturas en orden y tiempo de dicha reparación".
- 2215: "Debido a la implementación de las compras por agrupamiento a nivel regional, se ha logrado un ahorro en la adquisición de materiales de construcción, así mismo se dejó un pequeño saldo en esta partida para afrontar posibles eventos a final de año".
- 2217: "Se ha visto disminuida la cantidad de recursos requeridos para la adquisición de herramientas en cuanto debido a la implementación de las compras por agrupamiento regional se ha mejorado las ofertas de los proveedores debido a la economía en escala".
- 2018: "Dicha partida presenta un pequeño saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2221: "Al no poderse finiquitar el proceso licitatorio para la compra de repuestos de la ambulancia con placa 200-2124 antes del cierre del fondo rotatorio, esto debido al tiempo que se tardaron los participantes en el proceso referente a las cotizaciones y criterio técnico con el taller general, dicha partida no logró alcanzar el porcentaje de ejecución esperado. Se efectúa solicitud a los servicios de transportes y compras para el seguimiento y finiquito en cuanto al procedimiento para la reparación de esta ambulancia".

Para el 2019 indicó:

- 2152: "Dicha partida presenta un saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2154: "Dicha partida presenta un saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2159: "Dicha partida presenta un saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2217: "Se ha visto disminuida la cantidad de recursos requeridos para la adquisición de herramientas en cuanto debido a la implementación de las compras por agrupamiento regional se ha mejorado las ofertas de los proveedores debido a la economía en escala".
- 2218: "Dicha partida presenta un pequeño saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2220: "Dicha partida presenta un pequeño saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".
- 2223: "Dicha partida presenta un pequeño saldo el cual se mantuvo como previsión ante cualquier eventualidad a final de periodo, misma que no se presentó".

ANEXO 8

**Fotografías de la bodega de mantenimiento tomadas el 20 de agosto 2020
por el Lic. Gabriel Barrantes Mena**

Fotografía 1



Fotografía 2



Fotografía 3



Fotografía 4



Fotografía 5



Fotografía 6



Fotografía 7

