



**AOPER-0026-2024**

22 de julio de 2024

**RESUMEN EJECUTIVO**

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2024 del Área de Auditoría Operacional, con el objetivo de evaluar las acciones realizadas por la Administración para la incorporación de buenas prácticas en la gestión de iniciativas y proyectos de equipamiento en los hospitales Nacionales.

Al respecto, los resultados del estudio permitieron determinar oportunidades de mejora en la conformación y administración de los portafolios de equipamiento, debido a que, entre otros aspectos no existe estandarización en los procesos de su conformación y administración. Sobre este aspecto, se evidencia que aún la administración no ha logrado la implementación del Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional.

Se evidenció que la administración de los portafolios locales de equipamiento de los hospitales Nacionales se realiza por diferentes unidades o comisiones; en el hospital San Juan de Dios el responsable es la Subdirección Médica, en el hospital México la Comisión de Activos, que está conformada por funcionarios pertenecientes al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, Dirección Administrativa Financiera, Área Financiera, Presupuesto, Área Gestión Bienes y Servicios, Planificación, Bienes Muebles; y, en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el Área Gestión de Bienes y Servicios y la Dirección Administrativa Financiera.

Además, la identificación de necesidades para la adquisición de equipamiento proviene de los servicios médicos de cada uno de los hospitales evaluados, quienes anualmente remiten una solicitud con las tecnologías que requieren de sustitución o incremento de la capacidad instalada; no obstante, existe diversidad de criterios para priorizar y clasificar cuáles son los proyectos que se ejecutarán en el periodo presupuestario vigente.

En cuanto al sistema de información para el registro de los proyectos en los hospitales San Juan de Dios, México y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se utiliza un documento en formato Excel donde se registra el listado de proyectos a ejecutar en el periodo presupuestario vigente; no obstante, la información contenida en cada uno de los archivos analizados por esta Auditoría presenta datos que difieren entre cada uno de los centros de salud según se explica a continuación:

Lo anterior, incide en que no exista una estandarización del proceso y que cada centro de salud aplique diferentes criterios y técnicas para identificar, priorizar y clasificar los proyectos de equipamiento que se deben ejecutar a corto, mediano y largo plazo, debilitando el sistema de control interno e incrementando los riesgos de inoportunidad en la satisfacción de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud.

En concordancia con lo anterior, se evidenció que los archivos utilizados para registrar y controlar los proyectos no disponen de un cronograma ni un indicador de avance, que permita determinar el cumplimiento de lo planificado y alertar cuando se esté presentando alguna desviación o distorsión.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

En virtud de lo anterior, se han emitido 6 recomendaciones dirigidas en primera instancia a la Dirección Planificación Institucional para que con base en lo manifestado en el oficio PE-DPI-0011-2024 se garantice el cumplimiento de las fases de actualización, capacitación, habilitación de las herramientas de seguimiento y control, así como, el ordenamiento de los bancos y portafolios, insertas en el Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional.

Además, a los directores generales de los hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y San Juan de Dios se recomendó solicitar a los diferentes servicios encargados de la Administración de los portafolios, para que se identifiquen los riesgos asociados a la oportunidad en el desarrollo de los proyectos de equipamiento.

Por último, a la Direcciones Generales de los hospitales San Juan de Dios y México, se recomendó la incorporación en los portafolios de proyectos de equipamiento información relacionada con el cronograma y el avance que presenta la ejecución de las adquisiciones planificadas, con el objetivo de conocer en el mismo portafolio el avance respectivo de cada uno.



**AOPER-0026-2024**

22 de julio de 2024

## ÁREA AUDITORÍA OPERACIONAL

### AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS PORTAFOLIOS DE PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES

DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL U.E. 2902  
HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA U.E 2101  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS U.E. 2102  
HOSPITAL MÉXICO U.E. 2104

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

La evaluación se efectuó de conformidad con el Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna para el año 2024.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar las acciones realizadas por la administración activa para la incorporación de buenas prácticas en la gestión de proyectos de los portafolios de equipamiento en los hospitales Nacionales.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la aplicación de buenas prácticas para la identificación, caracterización, priorización y seguimiento de los proyectos de equipamiento en los hospitales Nacionales.
- Corroborar la identificación y administración de los riesgos asociados a la gestión del portafolio de proyectos de equipamiento en los hospitales Nacionales.
- Comprobar la oportunidad en la ejecución de los proyectos incorporados en el portafolio de proyectos de equipamiento de los hospitales Nacionales.

#### ALCANCE

El estudio comprende la revisión de las acciones realizadas por la administración activa, en cuanto, a la implementación y cumplimiento de buenas prácticas en la ejecución de proyectos de equipamiento en los hospitales Nacionales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y San Juan de Dios. Además, la evaluación comprende la oportunidad en la ejecución del portafolio de proyectos de esos hospitales. Asimismo, se incluye en el estudio el análisis de la identificación y administración de los riesgos asociados al proceso.

El periodo de evaluación comprende del 1° de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2023, ampliándose en los casos en que se consideró necesario.

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

## METODOLOGÍA

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

- Revisión de los archivos en formato Excel: Portafolio de Equipos Médicos del hospital México, Seguimiento Maquinaria y Equipo 2024 del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Matriz de necesidades del hospital San Juan de Dios.
- Verificación de las buenas prácticas implementadas por la administración para la gestión de proyectos de equipamiento médico en hospitales Nacionales.
- Sesión de trabajo en el hospital San Juan de Dios con el Dr. Mario Sibaja Campos, Subdirector General y con el Ing. David Sánchez Larios, Profesional del Área de Equipo Médico.
- Sesión de trabajo en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia con la Licda. Laura Torres Carmona, Subdirectora Administrativa Financiera.
- Sesión de trabajo en el hospital México con el Lic. Marcelo Jiménez Umaña, Director Administrativo Financiero, el Ing. José David Burgos Villalobos y el Ing. Darynn Anchía Vargas, ambos Profesionales del Área de Equipo Médico.
- Revisión de los oficios PE-DPI-886-2022, PE-DPI-0011-2024, PE-DPI-0240-2024, HM-DG-DAF-0096-2024, HCG-AFC-155-01-2024 y HSJD-DIM-0116-01-2024.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de la Administración Pública, 6227, de 1978.
- Ley General de Control Interno, 8292, del 2002.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, del 2009.
- Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), del 2005.
- Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2033, del 2023.
- Guía Institucional de Valoración de Riesgos, del 2019.
- Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos, Guía del PMBok 7º edición, del 2021.
- Lineamiento metodológico para la definición y gestión del portafolio de las entidades del sistema nacional de inversión pública (SNIP), del 2020.

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

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

**“Artículo 39.-** *Causales de responsabilidad administrativa El Jerarca 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 (...).”*

## ANTECEDENTES

La Guía de Aprendizaje denominada “Gestión de proyectos” del Banco Interamericano de Desarrollo (2015), define como uno de los objetivos de los proyectos, lo siguiente:

*“...Los proyectos en el ámbito del desarrollo tienen como objetivo final la obtención de resultados concretos que permitan impulsar el desarrollo socioeconómico de un país o una región. La implementación de proyectos para impulsar el desarrollo se basa en la premisa de que estos cumplirán sus objetivos dentro de sus limitaciones de alcance, tiempo y presupuesto. Estos proyectos se llevan a cabo bajo unos supuestos socioeconómicos que responden a una lógica de cambio gradual cuyos resultados a largo plazo solo se logran mediante la consecución de resultados intermedios. Los proyectos deben responder a esta lógica mediante la generación de resultados intermedios a lo largo de un sendero de cambio cuyo objetivo final es la obtención de resultados sostenibles en el largo plazo”.*

Además, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), sobre la gestión de proyectos, indica:

*“...La gestión de proyectos es una disciplina formal, mediante la cual los proyectos se planifican y se ejecutan siguiendo un proceso sistemático, repetitivo y escalable; es una labor compleja, creativa, tediosa y cambiante, pero posee un ilimitado potencial.*

*El proceso de gestión de proyectos consta de una serie de pasos que se representan normalmente mediante un modelo de gestión de proyectos. El modelo de gestión de proyectos desarrollado a continuación consta de cuatro etapas, que determinan el ciclo de vida de un proyecto: Planificación, Construcción, Seguimiento y Finalización”.*

Las Normas Técnicas de Inversión Pública del MIDEPLAN, mencionan que las instituciones deben contar con un portafolio de inversión pública, con la finalidad de contribuir a una gobernanza de proyectos integral. Asimismo, que el portafolio deberá estar compuesto por programas y proyectos, alineados a los objetivos estratégicos del país y/o de la institución o sectoriales, definidos en los diferentes instrumentos de planificación.

En cuanto a las buenas prácticas, la Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos, Guía del PMBok, séptima edición, recomienda como elementos para la entrega de valor en las organizaciones aspectos relacionados con la administración, equipo, interesados, valor, pensamiento sistemático, liderazgo, adaptación, calidad, complejidad, riesgo, adaptabilidad y capacidad de recuperación; entre otros.



La CCSS ha procurado ejecutar acciones para fortalecer la administración de proyectos, con el propósito de optimizar los recursos e incentivar la rendición de cuentas como parte de la gestión por resultados a nivel institucional. El “Plan Estratégico Institucional Reajustado 2013-2016”, la “Agenda Estratégica Institucional”, así como la “Estrategia de Fortalecimiento de la Gestión de Proyectos en la CCSS”, son algunas de las iniciativas desarrolladas en la Institución para el proceso de cambio que se está implementando para alcanzar la excelencia en esta materia.

Como complemento a lo anterior, mediante el oficio PE-DPI-886-2022 del 29 de noviembre de 2022, dirigido a la M. Sc. Marta Eugenia Esquivel Rodríguez, Presidenta Ejecutiva, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General en ese entonces, Dr. Randal Álvarez Juárez, Gerente Médico en ese momento, Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, Ing. Esteban Vega De La O, Gerente de Logística, Licda. Vilma Campos Gomez, Gerente Administrativa en ese entonces, Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, con el asunto: Aprobación y divulgación del “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional (Versión 2.0)” aprobado en Consejo de Presidencia y Gerencias, la Ing. Susan Peraza Solano, Directora de planificación Institucional, comunicó lo siguiente:

*“...el pasado lunes 14 de noviembre de 2022 en Sesión del Consejo de Presidencia y Gerencias N.º 615, en el cuarto acuerdo, se aprobó el “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional (versión 2.0)” que detalla los requerimientos para pasar de una etapa a otra en el ciclo de vida de los proyectos, los responsables de las actividades, los momentos de decisión y las guías metodológicas y sus herramientas, esto con la finalidad de brindar claridad y transparencia acerca de la evolución de una iniciativa que eventualmente se convierte en un proyecto para ser incorporado en el Portafolio Institucional...”*

Según el Mayor Auxiliar de Asignaciones presupuestarias, para los periodos 2022, 2023 y 2024; en los hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y México, se ha asignado a la partida 2320 “Equipo Médico y de Laboratorio”, los siguientes contenidos presupuestarios:

**Cuadro 1**  
**Presupuesto asignado a la partida**  
**2320 “Equipo Médico y de laboratorio”**  
**Hospitales: México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios**  
**Periodo: 1º de enero de 2022 al 31 de enero de 2024**

Hospital	2022	2023	2024
Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	₡1,700,000,000.00	₡1,700,000,000.00	₡1,700,000,000.00
México	₡1,300,000,000.00	₡1,300,000,000.00	₡1,800,000,000.00
San Juan de Dios	₡1,500,000,000.00	₡1,500,000,000.00	₡1,300,000,000.00

Fuente: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias

## HALLAZGOS

### 1. SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN LOS PORTAFOLIOS DE PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES

## 1.1. PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO DE LOS HOSPITALES NACIONALES

Se evidenciaron oportunidades de mejora en la implementación de buenas prácticas en la ejecución de proyectos de equipamiento en los hospitales Nacionales; por cuanto, en una muestra seleccionada de manera aleatoria, se determinó inoportunidad en la ejecución y carencia de información que permita conocer el estado actual, avance y los costos asociados.

Como parte del análisis y seguimiento que esta Auditoría ha realizado a la ejecución de proyectos de equipamiento en los últimos 5 años, sobresale lo acontecido con el proceso de sustitución del equipo de braquiterapia placa 586466 perteneciente al hospital México, el cual tardó aproximadamente 8.5 años una vez identificada la necesidad inmediata del reemplazo.

Lo anterior, a pesar de que en el 2016 el Servicio Ingeniería y Mantenimiento del hospital México aplicó el “Instructivo para la evaluación y planificación el reemplazo del equipo médico” (antigua Guía de reemplazo) al Equipo de Braquiterapia, obteniendo como resultado 31 puntos, lo que recomendada iniciar la planificación para el reemplazo de manera inmediata.

Mediante el oficio DGHM-5219-2019 del 6 de diciembre de 2019, el Dr. Douglas Montero Chacón director general del hospital México, solicitó al Dr. Mario Ruíz Cubillo, Gerente Médico en ese entonces, lo siguiente:

*“...Siendo que en la actualidad el hospital México tiene la imperiosa necesidad de realizar la sustitución por obsolescencia de la unidad de descarga remota HDR para la Unidad de Braquiterapia junto con todos los aplicadores y accesorios necesarios para la continuidad de la entrega de tratamientos por medio de la técnica 2D, con el fin de garantizar la continuidad de tratamientos para pacientes con cáncer ginecológico, requerimos de su autorización para realizar el trámite de sustitución de la unidad. Así como también se requiere la adquisición de un ultrasonido diagnóstico, con características afines para procedimientos ginecológicos, con el fin de mejorar la calidad en la verificación de imágenes intratratamiento. Actualmente esta unidad carece de este equipo, pero presenta la necesidad del uso de este.*”

*(...) Según refiere el Servicio de radioterapia de este hospital, tanto la unidad de descarga de la fuente radioactiva como el fluoroscopio (BIU) son equipos que fueron instalados desde la puesta en marcha de la Unidad de Braquiterapia en el 2002, por lo cual son equipos que han sobrepasado su vida útil y según los boletines enviados por el fabricante, el fin de vida y de soporte técnico de la unidad de descarga se dio a partir del 31 de diciembre de 2015 por lo cual la sustitución es una necesidad inminente.*

*(...) Por último, me permito anexar copia del proyecto de sustitución del sistema de descarga de la fuente radioactiva y la adquisición del sistema de ultrasonido...”*

En relación con lo anterior, esta Auditoría revisó la planificación del proyecto de sustitución del sistema de descarga de la fuente radioactiva (equipo de braquiterapia), verificando lo siguiente:

1. El proyecto fue aprobado y respaldado por el Dr. Douglas Montero Chacón director general en el 2019.



2. Se definió el alcance para la sustitución del sistema de descarga de la fuente radioactiva y la adquisición del sistema de ultrasonido.
3. Se estimó el costo del proyecto en \$ 772.067,57 (setecientos setenta y dos mil, sesenta y siete dólares, 57/100).
4. Se realizó el estudio de demanda.
5. Se diseñó la justificación del proyecto.
6. Se evidenció el estudio de preinversión.

Las causas de lo acontecido estuvieron relacionadas con las constantes variaciones en el alcance del proyecto, la indecisión en la Unidad Programática que ejecutaría el proyecto e inconvenientes en el proceso de contratación administrativa. Lo descrito, provocó que la Institución invirtiera \$1.224.663,00 (un millón doscientos veinticuatro mil seiscientos sesenta y tres dólares exactos), por concepto de ayudas económicas para el tratamiento por braquiterapia de 111 pacientes en el extranjero.

Además, este Órgano de Control en relación con el tema, emitió varios productos AS-AAS-105-2022 del 21 de junio de 2022, referente al estado del proceso de cambio del equipo para la atención de los pacientes que requieren Braquiterapia, en el hospital México, AS-AAS-159-2022 del 26 de julio de 2022, referente a la continuidad de la prestación de servicios a las usuarias que requieren tratamiento oncológico mediante braquiterapia, AAS-RH-055-2022 del 5 de septiembre de 2022, denominado: "Relación de hechos sobre el trámite del procedimiento de contratación administrativa 2021LA-000001-2104 por "construcción, adición o mejoras de mediana y alta complejidad, mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de braquiterapia, mantenimiento preventivo y correctivo de ultrasonido, ultrasonido general para radiodiagnóstico, equipo de braquiterapia", AD-AAS-102-2022 del 9 de septiembre de 2022, referente a la ejecución contractual de la compra 2021LA-000001-2104 "Construcción, adición o mejoras de mediana y alta complejidad, mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de braquiterapia, mantenimiento preventivo y correctivo de ultrasonido, ultrasonido general para radiodiagnóstico, equipo de braquiterapia", ASALUD-085-2022 del 10 de noviembre de 2022, "Auditoría de carácter especial sobre la gestión de pago de ayudas económicas para el tratamiento de braquiterapia en el extranjero", ASALUD-0115-2023 del 19 de diciembre de 2023, denominado: "Auditoría de carácter especial referente a las gestiones desarrolladas para la sustitución del equipo para braquiterapia hospital México-2104".

Otro caso similar se presentó en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, con la adquisición del equipo número de activo 463906 correspondiente a una Bomba Vacío Ingersoll SR.30T849896-849897, el cual agotó su vida útil en el 2008 e inició el procedimiento de reemplazo en el 2021, mediante la contratación 2021LA-000055-0001102101, lo que evidencia inoportunidad en la gestión de sustitución de equipos.

Al respecto, se evidenció que el proyecto se incluyó en el portafolio del hospital 2019-2023; no obstante, en ese archivo se carece del cronograma de ejecución, alcance y costo. Mediante el oficio DG-3967-11-2020/HRCG-DAF-1993-11-2020 del 01 de diciembre 2020, el Dr, Taciano Lemos Pires, director general, aprobó la adquisición del equipo. Posteriormente, en el 2021 se aprobó el proyecto con un costo de ₡50.000.000,00 (cincuenta millones de colones exactos) y con un cronograma que indicaba que la fecha de inicio sería en diciembre de 2021 y la finalización en el 2022, como último aspecto, se determinó el diseño de las especificaciones técnicas por parte del Área de Ingeniería y Mantenimiento para iniciar con el procedimiento de contratación.





## 1.2. SOBRE LA ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN LOS PORTAFOLIOS DE PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES

Se determinó que no existe estandarización en los procesos de conformación y administración de los portafolios locales de proyectos de equipamiento de los hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Lo anterior, se comprobó mediante la herramienta desarrollada por este Órgano de Control y Fiscalización denominada: Aplicación de buenas prácticas para la gestión de proyectos de equipamiento médico en hospitales Nacionales, cuyo objetivo fue comprobar la implementación de procedimientos metodológicos en la administración de esos portafolios mediante la valoración de los siguientes puntos: existencia de un banco de iniciativas o portafolio de proyectos, disponibilidad de un sistema informático para el registro de los proyectos, procedimiento documentado para la identificación, priorización y clasificación de proyectos, socialización del portafolio, disponibilidad de cronograma de ejecución y responsable de la administración del portafolio y criterios utilizados para la priorización, lo anterior, basado en la Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos, Guía del PMBok y el Lineamiento metodológico para la definición y gestión del portafolio de las entidades del sistema nacional de inversión pública (SNIP).

Al respecto, los resultados de la aplicación de la herramienta (Anexo 1) a funcionarios de los hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, permitió determinar lo siguiente:

Se evidenció que la administración de los portafolios locales de equipamiento de los hospitales Nacionales se realiza por diferentes unidades o comisiones; en el hospital San Juan de Dios el responsable es la Subdirección Médica, en el hospital México la Comisión de Activos, que está conformada por funcionarios pertenecientes al Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, Dirección Administrativa Financiera, Área Financiera, Presupuesto, Área Gestión Bienes y Servicios, Planificación, Bienes Muebles; y, en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el Área Gestión de Bienes y Servicios y la Dirección Administrativa Financiera.

Además, la identificación de necesidades para la adquisición de equipamiento proviene de los servicios médicos de cada uno de los hospitales evaluados, quienes anualmente remiten una solicitud con las tecnologías que requieren de sustitución o incremento de la capacidad instala; no obstante, existe diversidad de criterios para priorizar y clasificar cuáles son los proyectos que se ejecutarán en el periodo presupuestario vigente, por ejemplo en el hospital México se utiliza como criterio la antigüedad de los equipos, contrato de mantenimiento preventivo y correctivo y la experiencia, en el hospital San Juan de Dios la criticidad del equipo, disponibilidad presupuestaria y los tiempos de entrega; y, en el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia criterios técnicos, administrativos y legales.

En cuanto al sistema de información para el registro de los proyectos en los hospitales San Juan de Dios, México y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se utiliza un documento en formato Excel donde se registra el listado de proyectos a ejecutar en el periodo presupuestario vigente; no obstante, la información contenida en cada uno de los archivos analizados por esta Auditoría presenta datos que difieren entre cada uno de los centros de salud según se explica a continuación:

En el hospital México se dispone de un archivo denominado: “Portafolio de Equipos Médicos”, en el cual se registra en diferentes columnas información relacionada con el Departamento, Servicio, Placa, Descripción, Desechado, Por Sustituir/Sustituido, Ingreso Inventario, Ingreso Unidad de Servicio, Años de Antigüedad, Nivel de Complejidad, Nivel de Prioridad, Valor Inicial, Valor Actual, # de Servicio, Código de Bien y Vida Útil.

En el hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se dispone del documento “Seguimiento Maquinaria y Equipo 2024” el cual incluye 9 columnas, donde se detalla el Proyecto, Descripción, Total en Dólares, Total en Colones, Estado, Avance, Expediente, Observación y Aclaración.

Finalmente, en el hospital San Juan de Dios se utiliza el archivo “Matriz de necesidades”, que incorpora información acerca del ítem, Equipo, Cantidad, Precio Unitario, Precio Total y Monto en colones.

Además, se determinó que los portafolios de proyectos de equipamiento de los hospitales San Juan de Dios y México, presentan aspectos de mejora en cuanto a la información que se registra, debido a que no es posible conocer el estado de avance de cada uno de los equipos por adquirir, por cuanto carecen de un cronograma o casilla de avance que permita evidenciar oportunamente las desviaciones o factores que podrían afectar su ejecución.

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2033, establece como una de las líneas de acción estratégica, lo siguiente:

*“...5.m Fortalecimiento en la dirección y gestión de portafolios, programas y proyectos en cada una de las fases del ciclo de vida, a través de la estandarización y aplicación de modelos, procesos, metodologías y herramientas que maximice el logro de los resultados...”. El subrayado no es del original.*

El lineamiento metodológico para la definición y gestión del portafolio de las entidades del sistema nacional de inversión pública (SNIP), establece lo siguiente:

*“...1.4. Definir la Gobernanza de la Gestión del Portafolio*

*La definición de la gobernanza de la gestión portafolio de inversión pública debe materializarse en un documento que contenga como mínimo los procesos y procedimientos necesarios para la gestión del portafolio, considerando los componentes identificados, los criterios de priorización definidos, así como los roles y responsabilidades establecidas, los instrumentos, técnicas, herramientas o metodologías asociadas. Algunos de los elementos adicionales a tomar en consideración son: la gestión de riesgo y de las comunicaciones.*

*Al respecto, la Contraloría General de la República (2018) acota que el portafolio, los programas y los proyectos deben operar dentro de una serie de límites impuestos por la organización, a través de su estructura y de su marco de gobernanza; marco que se expresa en un conjunto estandarizado de conceptos, prácticas y criterios que sirven de referencia para enfocar la gestión organizacional y que, para el caso concreto de la administración pública, deriva en políticas, normas, procedimientos, sistemas y procesos organizacionales debidamente aprobados. (p.15)..” ...”. El subrayado no es del original.*

La Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos, Guía del PMBok, sétima edición, recomienda como elementos para la entrega de valor en las organizaciones aspectos relacionados con la administración, equipo, interesados, valor, pensamiento sistemático, liderazgo, adaptación, calidad, complejidad, riesgo, adaptabilidad y capacidad de recuperación; entre otros.

Además, menciona:

*“...Un sistema para la entrega de valor funciona con mayor eficacia cuando la información y la retroalimentación son compartidas de manera consistente entre todos los componentes, manteniendo el sistema alineado con la estrategia y en sintonía con el entorno...”*

Esa misma Guía, en el apartado 2.5.1 “Procesos del proyecto”, define:

*“...Además de ser eficientes, los procesos deben ser eficaces. Esto significa que necesitan cumplir con los requisitos de calidad, regulaciones, estándares y políticas organizacionales, además de producir el resultado deseado. La evaluación de procesos puede incluir auditorías de procesos y actividades de aseguramiento de calidad para garantizar que los procesos se respeten y estén logrando los resultados previstos...”*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

*4.5.2. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes. Las actividades de control que se adopten para tales efectos deben contemplar al menos los siguientes 19 asuntos: a. La identificación de cada proyecto, con indicación de su nombre, sus objetivos y metas, recursos y las fechas de inicio y de terminación. b. La designación de un responsable del proyecto con competencias idóneas para que ejecute las labores de planear, organizar, dirigir, controlar y documentar el proyecto. c. La planificación, la supervisión y el control de avance del proyecto, considerando los costos financieros y los recursos utilizados, de lo cual debe informarse en los reportes periódicos correspondientes. Asimismo, la definición de las consecuencias de eventuales desviaciones, y la ejecución de las acciones pertinentes. d. El establecimiento de un sistema de información confiable, oportuno, relevante y competente para dar seguimiento al proyecto. e. La evaluación posterior, para analizar la efectividad del proyecto y retroalimentar esfuerzos futuros (...)*

*“5.6 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”.*

Este Órgano de Control y Fiscalización emitió el oficio AD-AOPER-0133-2023 del 27 de noviembre de 2023, cuyo asunto refiere a “ Oficio de Advertencia sobre la implementación del “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional (Versión 2.0)”, la continuidad de la ejecución de proyectos de obra pública en salud, y la conformación del Portafolio de Inversiones en Infraestructura y Tecnologías para el presente decenio.” dirigido a la Máster Marta Eugenia Esquivel Rodríguez, presidente ejecutiva, a la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, gerente a.i. Infraestructura y Tecnologías en ese entonces y a la Ing. Susan Peraza Solano, directora de Planificación Institucional, indicando en lo que interesa, que no se habían ejecutado las fases establecidas para la etapa de implementación del “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional (Versión 2.0)”, las cuales debían concluir en el tercer trimestre del 2023, y seguidamente iniciar la puesta en marcha del banco de iniciativas y portafolio de proyectos durante el cuarto trimestre del 2023.

En respuesta a lo anterior, la Ing. Susan Peraza Solano, Directora de Planificación Institucional remitió a la Auditoría el oficio PE-DPI-0011-2024 del 10 de enero de 2024, en donde mencionó que se iba a actualizar el Manual y que la fecha de entrega máxima de la versión 2.1 estaba programada para el 30 de abril de 2024.

Además, que la fase de las capacitaciones al nuevo manual se ejecutará entre el II y III Trimestre de 2024 y la habilitación de las herramientas de seguimiento y control (Creación de un repositorio con Power apps) para garantizar la futura implementación en cada banco y portafolio, se efectuará durante el II Trimestre de 2024.

Como último aspecto, mencionó que se iniciará con el ordenamiento de los bancos y portafolios a finales del III Trimestre de 2024.

Consultada al respecto la Ing. Susan Peraza Solano, Directora de Planificación Institucional, informó a esta Auditoría mediante el oficio PE-DPI-0240-2024 del 13 de marzo de 2024, en relación con el estado de implementación del Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional (Versión 2.0), lo siguiente:

*“...a pesar de que se dispone de dicho instrumento y que algunas unidades han realizado esfuerzos por implementarlo, no se puede tomar por el momento como criterio para comprobar su aplicación, dado que la implementación no se ha materializado.*

*Es preciso reafirmar que, para lograr dicha implementación se requiere generar las capacitaciones correspondientes a los diferentes involucrados y en los diferentes niveles.*

*Adicionalmente la Dirección de Planificación está realizando un esfuerzo por mejorar dicho Manual, a partir de actualizaciones y optimizaciones que se han identificado; una vez se finalice dicha actividad se iniciarían las capacitaciones y se cumpliría con el cronograma confeccionado para estos efectos...”.*

Además, el Ing. David Larios Sánchez, encargado de compras de equipo médico del hospital San Juan de Dios, consultado sobre los elementos de control implementados para administrar el portafolio, mencionó<sup>1</sup>:

*“...Se realizan reuniones mensuales programadas con todas las áreas involucradas en los procesos de compra, para verificar avances y estados o situaciones que se presenten...”*

Los Ingenieros José David Burgos Villalobos y Darynn Anchía Vargas, ambos del Área Gestión de Equipo Médico del hospital México, manifestaron en relación con las buenas prácticas implementadas para la administración del portafolio de proyectos, lo siguiente<sup>2</sup>:

*“...Las buenas prácticas en la ejecución de proyectos implementadas son:*

- *Reuniones con los Servicios Solicitantes*
- *Visitas al Sitio*
- *Informes semanales (avances de la compra) ...”*

Es criterio de esta Auditoría, que la situación evidenciada se genera por la falta de implementación del Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional; el cual, incorpora, entre otros aspectos las responsabilidades, coordinaciones, funciones y roles que se deben seguir los hospitales nacionales en la administración de esos portafolios, lo que impide la aplicación obligatoria de criterios normalizados que contribuyan a una gobernanza de proyectos integral, sistematizada y controlada, lo cual es un proceso que se encuentra liderando la Dirección de Planificación Institucional y a la fecha no ha sido concluido.

Lo anterior, ocasiona que los hospitales Nacionales trabajen de manera independiente y sin la homologación necesaria, lo cual no permite disponer de información de calidad y oportuna que coadyuve en la toma de decisiones, contraviniendo uno de los objetivos del control interno, relacionado con el cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico.

## **2. SOBRE LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO**

Se determinaron oportunidades de mejora en la identificación y priorización de los riesgos establecidos por los hospitales México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios registrados en la herramienta institucional de valoración de riesgos 2023, debido a que no se identificaron riesgos vinculados con la planificación, ejecución y control de los portafolios de proyectos de equipamiento.

<sup>1</sup> El 15 de febrero de 2024, mediante el documento denominado: Herramienta de verificación: Aplicación de buenas prácticas para la gestión de proyectos de equipamiento médico en hospitales Nacionales.

<sup>2</sup> El 12 de febrero de 2024, mediante el documento denominado: Herramienta de verificación: Aplicación de buenas prácticas para la gestión de proyectos de equipamiento médico en hospitales Nacionales.

En este sentido, se revisó una muestra selectiva de unidades administrativas en el hospital México, con el fin de conocer los riesgos identificados en relación con los proyectos de equipamiento y se evidenció que por ejemplo la Dirección Administrativa Financiera definió como principales riesgos la falta de información requerida oportuna y confiable, infraestructura no acorde a la necesidad del servicio, debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades, así mismo, el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, inadecuada gestión de la planificación, presupuesto insuficiente y falta de recurso humano.

En una situación similar se encuentra el hospital San Juan de Dios, en donde la Dirección Administrativa Financiera consignó al personal no capacitado, debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades y riesgos psicosociales. El Servicio de Ingeniería y Mantenimiento definió debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades, personal no capacitado y la inadecuada comunicación de la información entre los usuarios.

Por último, la Dirección Administrativa Financiera del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, registró los riesgos RH-02: Falta de recurso humano y OP-05: Inadecuada gestión de la planificación e IN-01: Infraestructura no acorde a la necesidad del servicio, asimismo, el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento consignó los riesgos RH-02: Falta de recurso humano, IN-01: Infraestructura no acorde a la necesidad del servicio y CA-01: Incumplimiento por parte de los proveedores.

La Ley de Control Interno en su artículo 14, referente a la Valoración del Riesgo, establece:

*“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos. b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”.*

Las Normas de Control Interno para el sector público establecen:

*“3.1 Valoración del riesgo: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben definir, implantar, verificar y perfeccionar un proceso permanente y participativo de valoración del riesgo institucional, como componente funcional del SCI. Las autoridades indicadas deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure.*

*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.*

*Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.*

Las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), establecen:

*“4.2 Identificación de riesgos. Se deberá identificar por áreas, sectores, actividades o tareas, de conformidad con las particularidades de la institución, (...). La identificación de riesgos debe vincularse con las actividades institucionales de planificación-presupuestación, estrategia, evaluación y monitoreo del entorno”. (El subrayado no es del texto original)*

Es criterio de esta Auditoría que esta situación obedece a debilidades en los conceptos para el registro de la información en la “Matriz de Valoración de Riesgos” que ocasionan que no se identifiquen riesgos prioritarios que forman parte de la administración de riesgos en actividades sustantivas como la gestión del portafolio de proyectos de equipamiento.

Esta situación podría ocasionar un manejo inadecuado del tratamiento y administración de los riesgos, debido a que el proceso inicial de la gestión del riesgo es la identificación, por tal motivo, si no existe una adecuada identificación y priorización de los riesgos, se podrían omitir riesgos que podría afectar directamente los objetivos de la unidad.

Aunado a lo anterior, debilita las acciones establecidas en el Plan Estratégico Institucional 2023-2033, específicamente en el tema transversal de Gestión de Riesgos, donde la institución tiene como meta promover una cultura de gestión de riesgos, encauzando al cumplimiento de sus objetivos, al aseguramiento en la continuidad de los servicios, la sostenibilidad y la mejora continua.

## CONCLUSIONES

- 1- La estandarización de procesos contribuye con la gobernanza Institucional e implica la definición o aplicación de una estructura, procesos, lineamientos, mecanismos de coordinación, puntos de control, rendimiento de cuentas, definición de roles y responsabilidades; que puedan ser aplicados por la administración activa de forma transversal y por todos los responsables de la gestión.

En el ámbito de este estudio, se evidencia la necesidad de fortalecer la gestión mediante la implementación de metodologías y herramientas que permitan una implementación adecuada de los portafolios locales de equipamiento, que a su vez contengan información relevante del ciclo de vida para la toma de decisiones, lo que tiene como causa, que aún la institución no haya logrado la implementación del “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional”, situación que no es concordante con las obligaciones establecidas en la Ley de Control Interno, en las buenas prácticas en gestión de proyectos, y en las normas de control interno de la Contraloría General de la República, que exigen la correcta planificación y gestión de los proyectos.

- 2- Los sistemas de información deben garantizar la posibilidad de recabar, almacenar, procesar y generar datos, por tal motivo, los resultados permiten tomar decisiones oportunas y basadas en evidencia; lo cual es sujeto de mejora en los portafolios de equipamiento existentes en los hospitales Nacionales, por cuanto, carecen de cronogramas de ejecución y consignan información distinta entre ellos, lo que no constituye una herramienta de control que fortalezca las actividades diarias que realiza la Administración Activa.
- 3- La gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que se debe cumplirse. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y seguimiento y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo), situación que no se observó, ya que no se identificaron riesgos vinculados con la planificación, ejecución y control de los portafolios de proyectos de equipamiento.

## RECOMENDACIONES

### **A LA ING. SUSAN PERAZA SOLANO, DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.**

- 1- Efectuar las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de los plazos propuestos en el oficio PE-DPI-0011-2024 para la implementación de las fases de actualización, capacitación, habilitación de las herramientas de seguimiento y control, así como, el ordenamiento de los bancos y portafolios, insertas en el Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional, lo expuesto en aras de implementar una metodología estandarizada y fortalecer el sistema de control interno en los centros de salud. Lo anterior, de conformidad con los resultados obtenidos en el hallazgo 1.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 12 meses posteriores al recibo del presente informe, remitir a la Auditoría Interna, un informe certificado en el que conste el cumplimiento de cada una de las fases correspondientes a la actualización del Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional, capacitaciones, habilitación de las herramientas de seguimiento y control y el ordenamiento de los bancos y portafolios de los hospitales Nacionales.

### **A LA DRA. TANIA MELISSA JIMÉNEZ UMAÑA, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA GENERAL A.I. DEL HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.**

- 2- Solicitar a las Unidades encargadas de la Administración del portafolio, la documentación correspondiente donde conste la incorporación de los riesgos relacionados con la planificación, ejecución y control de los portafolios de proyectos de equipamiento en la “Matriz de Valoración de Riesgos”; así como, sus consecuencias y los planes de contingencia para mitigar el impacto, lo anterior de conformidad con el hallazgo 2 del presente informe.





Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la documentación que haga constar la incorporación de los riesgos, consecuencias y planes de contingencia relacionados en la “Matriz de Valoración de Riesgos”, en un plazo de 6 meses.

**AL DR. DOUGLAS MONTERO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MÉXICO O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 3- Solicitar a la Comisión de Activos la incorporación de información relacionada con el cronograma y el avance que presenta la ejecución de las adquisiciones planificadas en el portafolio de proyectos de equipamiento, lo anterior de conformidad con los resultados obtenidos en el hallazgo 1.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 2 meses posteriores al recibo del presente informe, remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste la incorporación en el portafolio de proyectos de equipamiento de la información relacionada con la ejecución de las adquisiciones.

- 4- Solicitar a las Unidades encargadas de la Administración de los portafolios, la documentación correspondiente donde conste la incorporación de los riesgos relacionados con la planificación, ejecución y control de los portafolios de proyectos de equipamiento en la “Matriz de Valoración de Riesgos”; así como, sus consecuencias y los planes de contingencia para mitigar el impacto, lo anterior de conformidad con el hallazgo 2 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la documentación que haga constar la incorporación de los riesgos, consecuencias y planes de contingencia relacionados en la “Matriz de Valoración de Riesgos”, en un plazo de 6 meses.

**A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS O QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 5- Solicitar a las Unidades encargadas de la Administración del portafolio, la documentación correspondiente donde conste la incorporación de los riesgos relacionados con la planificación, ejecución y control de los portafolios de proyectos de equipamiento en la “Matriz de Valoración de Riesgos”; así como, sus consecuencias y los planes de contingencia para mitigar el impacto, lo anterior de conformidad con el hallazgo 2 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la documentación que haga constar la incorporación de los riesgos, consecuencias y planes de contingencia relacionados en la “Matriz de Valoración de Riesgos”, en un plazo de 9 meses.

- 6- Solicitar a la Unidades encargadas de la Administración del portafolio la incorporación de información relacionada con el cronograma y el avance que presenta la ejecución de las adquisiciones planificadas en el portafolio de proyectos de equipamiento, lo anterior de conformidad con los resultados obtenidos en el hallazgo 1.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, en el plazo de 6 meses posteriores al recibo del presente informe, remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste la incorporación en el portafolio de proyectos de equipamiento de la información relacionada con la ejecución de las adquisiciones.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles<sup>3</sup>, se deberá remitir a esta auditoría el “cronograma”<sup>4</sup> con las actividades o tareas, encargados designados y tiempo de ejecución previstos en función del plazo total acordado para el cumplimiento de cada una. Asimismo, se deberá informar periódicamente sobre los avances del cronograma y aportar las evidencias respectivas, a fin de que se pueda verificar el cumplimiento oportuno.

Se recuerda que, si por motivos debidamente justificados, durante la ejecución del cronograma la administración requiere ampliar el plazo de alguna recomendación, el jerarca o titular subordinado responsable de su cumplimiento, deberá solicitar formalmente la respectiva prórroga, en tiempo y forma, conforme lo establecido en el artículo 93 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, aportando además, el cronograma actualizado, conforme con el nuevo plazo que se esté solicitando y las actividades que presenten el respectivo retraso justificado.

### COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, según convocatoria efectuada mediante oficio AI-110-2024, se procedió a comentar los resultados del estudio, a las 9 horas del 9 de julio de 2024, con la presencia del Lic. Anthony Herrera Amador, jefe a.i. Subárea Estratégica Operacional y el Ing. Sebastián Madrigal Solano, Asistente de Auditoría, y de parte de la Administración Activa el Lic. Luis Diego Sandoval Salas, Director Planificación Institucional a.i. y la Lic. Adriana Chavarría Loría, Administradora de Proyectos de esa Dirección.

Sobre el planteamiento original de las recomendaciones consignadas en el acta de comentario la Licda. Chavarría Loría indicó valorar la posibilidad de extender el plazo de cumplimiento de la recomendación 1 a 12 meses.

De acuerdo con los comentarios externados por la administración activa respecto a la solicitud de ampliar el plazo, esta Auditoría se encuentra de acuerdo en aumentarlo a 12 meses.

Se realiza un segundo comentario a las 10 horas del 11 de julio de 2024, con la presencia por parte la Auditoría Interna del Lic. Anthony Herrera Amador, jefe a.i. Subárea Estratégica Operacional y el Ing. Sebastián Madrigal Solano, Asistente de Auditoría y del hospital México, el Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, Director General a.i. y la Dra. Melissa Vázquez Murillo, asistente de esa Dirección, Lic. Jonathan Betancourt Mayorga, director administrativo financiero a.i., Lic. Mario Murillo Muñoz, asistente, Lic. Laura Coto Fonseca, asistente y el Ing. Mauricio Hernandez Madriz, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento a.i.

<sup>3</sup> Plazo máximo establecido en la Ley General de Control Interno (Art. 17 inciso d / Art. 36 inciso a), para iniciar la implantación de las recomendaciones de los informes de auditoría.

<sup>4</sup> Requerido en el Art. 68 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: “Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones”.



En relación con las recomendaciones presentadas, el Dr. Ugalde Muñoz mencionó que en este tema es importante resaltar que las mayores falencias que ha tenido la institución es la falta de programas, sistemas de información, protocolos o matrices que estén unificadas, homologadas para que cada centro hospitalario hable el mismo idioma y como lo evidencian en el informe de Auditoría existen fortalezas, debilidades tanto de un centro como de otro.

El Lic. Betancourt Mayorga, menciona estar de acuerdo con las recomendaciones.

El Ing. Hernández Madriz, indica que le preocupa el tema del plazo de cumplimiento en la recomendación 4, ya que está saturados con temas de PRUT y renovación de la infraestructura que alberga a los médicos especialistas, por lo cual solicita, valorar el ampliar el plazo para el cumplimiento.

En virtud de las razones expuestas, esta Auditoría considera razonable ampliar el plazo a 4 meses de la recomendación 3 y a 9 meses la recomendación 4.

Posteriormente, el 15 de julio de 2024, se realiza un tercer comentario, con la participación por parte la Auditoría Interna del Lic. Anthony Herrera Amador, jefe a.i. Subárea Estratégica Operacional y el Ing. Sebastián Madrigal Solano, Asistente de Auditoría y del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia de la Dra. Tania Jiménez Umaña, directora general a.i., Lic. Josué Cerdas Castillo, director administrativo financiero, Licda. Laura Torres Carmona, subadministradora y el Lic. Mauricio Solano Soto, asistente dirección general.

Sobre el planteamiento original de las recomendaciones consignadas en el acta de comentario la Dra. Jiménez Umaña, menciona estar de acuerdo con la recomendación y el plazo de cumplimiento.

El Lic. Cerdas Castillo indica que es necesario se valore el tema del recurso humano para la implementación del Manual de Iniciativas, debido a que son muchos los procesos que se desarrollan en el centro médico y la estandarización que se busca tiene que ir alineada con mayor dotación de personal.

La Licda. Torres Carmona consulta si la definición de los riesgos solicitados en la recomendación es por cada una de las etapas de planificación, ejecución y control, además, si sería importante que los compañeros de control interno valoren esa definición.

El Ing. Madrigal Solano, le aclara la consulta a la Licda. Torres Carmona.

El 19 de julio de 2024, se efectúa un cuarto comentario, con la participación por parte la Auditoría Interna del Ing. Sebastián Madrigal Solano, Asistente de Auditoría y del hospital San Juan de Dios el Dr. Mario Sibaja Campos, subdirector general, Dra. Marisabel García Rojas, asistente dirección general, la Licda. Flora Peña Seas, jefe Área Financiero Contable y el Ing. David Sánchez Larios, profesional del servicio de Ingeniería y Mantenimiento.

Sobre el contenido de las recomendaciones, el Dr. Sibaja Campos mencionó que en este tema es importante resaltar que como comisión las abordarán en la próxima reunión que se realice. Además, solicita la posibilidad de ampliar el plazo de la recomendación 5 a 9 meses y la recomendación 6 a 6 meses, además, no se emitieron observaciones con respecto al planteamiento de las recomendaciones.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

Esta Auditoría considera razonable ampliar el plazo a 9 meses de la recomendación 5 y a 6 meses la recomendación 6, en virtud de que lo solicitado no afecta el fin primordial que generó la emisión de esas recomendaciones.

**ÁREA AUDITORÍA OPERACIONAL**

Ing. Sebastián Madrigal Solano  
**Asistente de Auditoría**

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías, jefe  
**Subárea**

Lic. Alexander Nájera Prado, jefe  
**Área**

RJS/ANP/RJM/SMS/lbc

**ANEXO 1**

**Cuadro 1**

**Implementación de buenas prácticas en la administración del portafolio de Proyectos en Equipamiento hospitales: México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Periodo: 2024**

Ítem	hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	hospital México	hospital San Juan de Dios
¿Se dispone de un banco de iniciativas local de equipamiento médico?	Sí	Sí	Sí
¿Se dispone de un sistema de informático para la gestión (identificación, registro, priorización, clasificación y control) del banco de iniciativas local de equipamiento médico?	No	No	Sí
¿Existe un procedimiento documentado que permita identificar, priorizar y clasificar las iniciativas de equipamiento médico?	No	Sí	Sí
¿El banco de iniciativas local para equipamiento médico se encuentra socializado, validado por los servicios médicos involucrados y aprobado por las autoridades del centro médico?	No	No	Sí
¿El banco de iniciativas local de equipamiento médico es negociado con los servicios médicos?	Sí	Sí	Sí
¿El banco de iniciativas dispone de un cronograma de ejecución para cada uno de los proyectos incluidos?	Sí	Sí	Sí
¿Para todos los proyectos que así lo requieren, se elaboran los estudios de preinversión?	Sí	Sí	Sí
¿Quién Administra el Portafolio de Proyectos?	Dirección Administrativa Financiera y Área Gestión de Bienes y Servicios	Servicio de Ingeniería y Mantenimiento	Subdirección Médica
Criterio de priorización	Criticidad del equipo, disponibilidad presupuestaria, tiempos de entrega, entre otras variables	Antigüedad del equipo	Criterios técnicos, administrativos y legales

**Fuente:** Oficios HM-DG-DAF-0096-2024, HCG-AFC-155-01-2024 y HSJD-DIM-0116-01-2024