

AOPER-0048-2024

9 de septiembre de 2024

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área de Auditoría Operacional 2024, con el fin de evaluar la gestión administrativa y operativa efectuada en el desarrollo de proyectos de obra pública y el mantenimiento del recurso físico existente en la región Brunca.

En lo referente a las actividades sustantivas del ARIM Brunca, se evidenció que estas fueron establecidas de conformidad con la gestión que desarrolla esa área técnica; no obstante, se evidenció una oportunidad de mejora en el tema relacionado con la gestión de mantenimiento local y capacitación (objetivos 1 y 5 del acuerdo de Junta Directiva institucional adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre de 2005, relacionado con la propuesta de la creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento), por cuanto, la evaluación en la gestión de mantenimiento local no se realiza, y no se evidenciaron, entre sus funciones sustantivas, actividades relacionadas con capacitación y evaluación en los niveles locales, asimismo, no existe un control de tiempos para las asesorías que brinda la ARIM Brunca a sus unidades locales.

En cuanto al Plan Presupuesto se evidenciaron oportunidades de mejora en la información registrada que desarrolla la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, relacionadas con el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento en lo correspondiente a: indicadores y metas parciales, ausencia de causas de sobrecumplimiento al 120% y falta de claridad en las acciones de mejora para calificaciones inferiores al 80 %.

En relación con la gestión de riesgos se evidenció oportunidades de mejora en el registro de la información contenida en la herramienta de “Gestión de Riesgos” aplicada a la Administración del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento y a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca para los períodos 2022 y 2023, debido a que no se identifican riesgos propios de sus funciones sustantivas, dejando por fuera riesgos relacionados con la supervisión, infraestructura y sistemas de información.

Adicionalmente, se determinó que 4 de las 5 áreas de salud consultadas no tienen implementados programas de mantenimiento del recurso físico, acorde con los lineamientos establecidos por la Dirección de Mantenimiento Institucional (el área de salud de Buenos Aires es la única que dispone de un Programa de Mantenimiento Preventivo que se ajusta a los requerimientos mínimos solicitados y el área de salud de Corredores no se consideró en el alcance).

Igualmente, con respecto a los diagnósticos de infraestructura, se evidenció la carencia de un control que determine el estado del avance de la implementación de la “Herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063)” para las unidades locales adscritas a la región Brunca.

Igualmente, en el tema de arrendamiento de infraestructura, se evidenciaron oportunidades de mejora en la redacción de especificaciones técnicas para el alquiler de inmuebles dirigidas al mantenimiento preventivo y correctivo del recurso físico, debido a que las especificaciones no son claras para regular las actividades de mantenimiento, ni detalla las obligaciones del proveedor; asimismo, se evidenciaron incumplimientos contractuales sin que se observe la aplicación de cláusulas penales, por último, no se tiene certeza de la oportunidad en la atención del mantenimiento correctivo debido a que no se deja documentado y las solicitudes se realizan de manera verbal.

Por otro lado, se evidenciaron oportunidades de mejora en el registro de los controles establecidos por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca para las actividades que se valora mediante la herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno.



Asimismo, se determinaron aspectos a mejorar en las actividades que realiza el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento BRUNCA (ARIM RB), relacionadas con la gestión de proyectos según se detalla a continuación: priorización, banco de iniciativas, planificación de proyectos de baja complejidad, así como el cumplimiento y trazabilidad de proyectos.

Finalmente, en lo referente al estado de la infraestructura de la región Brunca, se evidenciaron oportunidades de mejora en el recurso físico de las Áreas de Salud de Corredores, Coto Brus, Pérez Zeledón, Osa, Buenos Aires y Golfito, así como sus unidades adscritas, en los siguientes aspectos: obras exteriores, instalaciones eléctricas y mecánicas, mobiliario médico, arquitectónico, accesibilidad al espacio físico, seguridad humana, entre otros.

Debido a lo anterior, se emitieron en total 12 recomendaciones, 9 de ellas dirigidas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, las cuales son tendientes a vincular las actividades sustantivas del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca con los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva de la Institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre 2005, con el propósito de garantizar su cumplimiento.

Igualmente, elaborara e instruir la implementación de un mecanismo de control para la revisión de la calidad de la información contenida en el Plan-Presupuesto de la DRIPSS- Brunca. Adicionalmente, gestionar una capacitación continua sobre la aplicación de la herramienta de Gestión de Riesgos Institucional, además, instruir a los equipos gestores de riesgos de esa dirección de red, que para efectuar la herramienta institucional de Gestión de Riesgos es necesario utilizar diferentes técnicas para su identificación, como lo establece la normativa vigente, sin olvidar los riesgos relacionados a las funciones sustantivas de cada unidad.

Por otro lado, definir una estrategia de implementación de la metodología para elaborar los programas de mantenimiento del recurso físico de las unidades adscritas a esa dirección de red, considerando la *“Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de las CCSS”*. Asimismo, elaborara un instrumento de control para verificar la aplicación de la *“Herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063)”* utilizada para conocer el estado general de las condiciones de la infraestructura física de los edificios pertenecientes a la CCSS. Por otra parte, solicitar a las unidades adscritas a esa Dirección de Red, la certificación del cumplimiento de lo instruido por la Gerencia General en el oficio GG-1058-2023, relacionado con el registro oportuno del recurso físico para la salida en vivo del proyecto del ERP que estará para enero de 2025

Asimismo, instruir a las unidades a su cargo, la revisión de los contratos de arrendamiento de edificios con la finalidad de fortalecer las actividades de control, garantizar la supervisión en lo referente a las cláusulas relacionadas con el tema de mantenimiento y cumplir con los compromisos pactados en el pliego cartelario, así por último, instruir a los titulares subordinados adscritos a esa dirección de red, que para completar la herramienta Autoevaluación de la Gestión de Control Interno, es necesario utilizar los insumos emitidos por la Dirección de Sistemas Administrativos por medio del Área de Gestión de Control Interno.

Por otro lado, se emitió dos recomendaciones dirigidas al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, en primera instancia establecer un plan de acción para subsanar las debilidades evidenciadas en cuanto a la gestión de proyectos que realiza el ARIM Brunca, con el objetivo de determinar los aspectos necesarios para fortalecer la metodología aplicada por esa área técnica, de manera que esté en apego a los lineamientos institucionales y cumplir con lo relativo a la administración del portafolio de proyectos, y de segundo, elaborar en coordinación con los directores y administradores de las áreas de salud de Pérez Zeledón, Buenos Aires, Golfito, Coto Brus, Corredores y Osa, una estrategia basada en diagnósticos de infraestructura con el fin de atender el tema del mantenimiento correctivo del recurso físico en el que se presta los servicios de salud, tanto los pertenecientes o no a la institución.

Finalmente, se recomendó a la Administración del Área de Salud de Osa efectuar en coordinación con el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, efectuar una revisión de las condiciones de conservación del inmueble y cumplimiento de la Ley 7600, utilizado para albergar el área de Laboratorio Clínico y bodega de Farmacia del área de salud de Osa, con el objetivo de evidenciar el cumplimiento mínimo normativo para el funcionamiento y confort de los usuarios.



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



AOPER-0048-2024

6 de septiembre de 2024

ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA EFECTUADA EN EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE OBRA PÚBLICA Y EL MANTENIMIENTO DEL RECURSO FÍSICO EXISTENTE EN LA DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BRUNCA - 2799

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo 2024 de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la gestión de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, en materia de ingeniería y mantenimiento.
- Evaluar las condiciones de conservación y mantenimiento del recurso físico del primer nivel de atención.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión de las actividades sustantivas definidas por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca (en adelante ARIM RB) y del cumplimiento de metas establecidas en su Plan Presupuesto en el período 2022-2023; así como las acciones efectuadas para la supervisión regional de las actividades y tareas ejecutadas en la gestión operativa del desarrollo de infraestructura y mantenimiento, alineadas con los objetivos citados en el acuerdo de la Junta Directiva de la institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre de 2005, sobre la propuesta de creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento. En lo referente a la gestión de proyectos, se incluye el análisis de las herramientas de planificación y ejecución de proyectos del ARIM RB en el período 2020-2023.

Por otra parte, este examen operativo incluye la verificación de existencia de programas de mantenimiento preventivo a nivel local y el cumplimiento de los requerimientos técnicos y administrativos conforme la guía de inspección aplicable mediante un recorrido efectuado entre el 29 de enero y el 8 de marzo de 2024, asimismo, comprendió la revisión de los controles implementados para los alquileres de los inmuebles: 2019LA-000003-2760 "Sede administrativa en el área de salud de Pérez Zeledón"; 2019CD-000006-2760 "Bodega de Farmacia en el área de salud de Pérez Zeledón"; 2010CD-000001-2762 "Sede administrativa del área de salud de Coto Brus San Vito"; 2023LE-000001-0001102799 "Laboratorio y bodega de Farmacia del área de salud de Osa" y 2021CD-000004-2732 "EBÁIS La Piñera en el área de salud Buenos Aires".



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

Asimismo, se realizó un recorrido entre el 29 de enero y el 8 de marzo de 2024, por las áreas de salud de: Golfito, Corredores, Pérez Zeledón, Coto Brus, Osa y Buenos Aires, con la finalidad de corroborar las condiciones del recurso físico, los lugares visitados se detallan en el **anexo 1**. En cuanto al área de salud de Corredores, la inspección se limitó a algunos inmuebles adscritos a esa área, por cuanto, el 1° de noviembre de 2021, esta Auditoría emitió el informe AGO-99-2021, en el cual se evaluó la gestión del mantenimiento del área de salud de Corredores, como resultado de un recorrido realizado por inmuebles pertenecientes a esa área.

Además, la evaluación abarcó la verificación del desarrollo de los diagnósticos de infraestructura de las áreas de salud y EBÁIS; así como el cumplimiento de la inclusión de los datos correspondientes al Procedimiento del Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT) o en su defecto el ERP.

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

METODOLOGÍA

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

- Análisis de la información suministrada por la Dirección de Mantenimiento Institucional para el registro del PRUT.
- Verificación del desarrollo de los programas de mantenimiento preventivo y correctivo del nivel local.
- Revisión de los instrumentos utilizados para la gestión de proyectos a nivel regional.
- Evaluación de la gestión de proyectos del ARIM RB 2022-2023.
- Revisión del Plan Presupuesto del ARIM RB 2022-2023.
- Clasificación de las actividades sustantivas del ARIM RB.
- Verificación de las condiciones de conservación del recurso físico.
- Revisión de los diagnósticos del estado de conservación de los inmuebles regionales.
- Análisis de los riesgos definidos por la DRIPSSB-ARIM RB para los períodos 2022-2023.
- Análisis de los mecanismos implementados por la ARIM RB para el fortalecimiento del sistema de control interno en operación.

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

- Dr. Luis Carlos Vega Martínez, director de Red Integrada de Prestación Servicios de Salud Brunca.
- Licda. Salomé Soto Agüero, administradora de la Dirección de Red Integrada de Prestación Servicios de Salud Brunca.
- Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca.
- Ing. Luis Fonseca Valerio, jefe del Área de Investigación y Desarrollo de Mantenimiento Institucional.
- Dr. Luis Rodolfo Granados Hernández, director médico del área de salud Buenos Aires.
- Lic. Luis Diego Mora Madrigal, administrador del área de salud Buenos Aires.
- Dra. Liana Fallas Madrigal, médico general del Ebáis La Piñera del área de salud Buenos Aires.
- Licda. Lucrecia Durán Murillo, encargada de Registros Médicos del área de salud Buenos Aires.
- Téc. Solange Carmona Villegas, encargada de activos y caja chica del área de salud de Buenos Aires.

- Licda. María Granados Salazar, administradora del área de salud Coto Brus.
- Lic. Minor Vásquez Mora, administrador del área de salud de Golfito.
- Lic. Luis Alberto González Montes, administrador del área de salud de Osa.
- Dra. María José Ramírez Vargas, encargada de Laboratorio Clínico área de salud de Osa.
- Dr. Arturo Borbón Marks, director médico área de salud Pérez Zeledón.
- Licda. Sonia Fernández Benamburgm, administradora del área de salud Pérez Zeledón.
- Dra. Beatriz Elizondo León, encargada de la bodega de Farmacia área de salud Pérez Zeledón.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, setiembre 2002.
- Ley General de la Administración Pública, octubre 2021.
- Ley de Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad, mayo 1996.
- Reglamento del uso del Sistema de Operación y Mantenimiento (SOCO).
- Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional, setiembre 2012.
- Normas de Control Interno para el sector público de la Contraloría General de la República, febrero 2009.
- Procedimiento para el Reconocimiento del Universo de Trabajo, enero 2020.
- Instructivo de Formulación del Plan Presupuesto 2020-2021.
- Instructivo para el Seguimiento del Plan Presupuesto, diciembre 2020.
- Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), marzo 2006.
- Criterios específicos para brindar mantenimiento a las sedes de prestación de servicios de salud que no pertenecen a la CCSS, julio 2019.
- Guía Práctica de Accesibilidad para todos de la CCSS.
- Guía Institucional de Valoración de Riesgos, diciembre 2019.
- Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de la CCSS, noviembre 2015.
- Guía de uso y aplicación de la herramienta de evaluación de infraestructura GIT-DMI-GT013 versión 01, mayo 2023.
- Guía de trabajo para la planificación y ejecución de proyectos de obra pública de baja complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Versión 01, febrero 2023.
- Lineamiento para la vinculación de la Autoevaluación de la Gestión con la Valoración de Riesgos-2023.
- Acuerdo de Junta Directiva, sesión 8002, artículo 9, del 20 de octubre del 2005.
- Oficio GIT-DMI-0095-2023, del 14 de febrero de 2023.
- Oficio GIT-1505-2023/GL-1568-2023/GM-13196-2023/GF-3424-2023, del 11 de septiembre 2023.
- Oficio GM-1551-2024, del 23 febrero 2024.
- Oficio DSA-AGCI-0090-2023, del 10 de agosto 2023.
- Oficio PE-3206-2022, del 8 de diciembre de 2022.
- Oficio PE-DPI-1127-2023, del 19 de diciembre de 2023.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

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

ANTECEDENTES

Esta Auditoría desde el periodo 2019 ha efectuado una serie de informes relacionados con la gestión que desarrollan las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento, adscritas a la Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, los resultados se describen en los informes: AGO-67-2019 del 19 de julio 2019 en la Central Norte, AGO-105-2021, del 18 de noviembre 2021 en la Huetar Norte, AAO-056-2022, del 15 de septiembre 2022 en la Pacífico Central y AOPER-0085-2023, del 15 de noviembre 2023 en la Huetar Atlántica, entre los principales resultados se observan debilidades en la gestión para el desarrollo de proyectos de infraestructura y equipamiento en temas relacionados con la planificación, trazabilidad y priorización de proyectos, una ausencia en la fiscalización de la gestión del mantenimiento local, desconocimiento en aspectos como: análisis de riesgos, indicadores para los planes presupuestados, asimismo, incumplimiento en los objetivos establecidos por la Junta Directiva para esas unidades regionales, desvinculación de actividades sustantivas, debilitamiento de controles internos, entre otros aspectos.

Para esta región Brunca, en temas relacionados con infraestructura, mantenimiento y equipamiento entre el periodo 2019-2023, se emitió el informe AGO-099-2021, del 8 de noviembre 2021, denominado “Auditoría de carácter especial sobre la gestión de mantenimiento en el área de salud de corredores”, donde se evidenciaron debilidades en la gestión del mantenimiento que ocasiona un deterioro en la infraestructura adscrita a esa área de salud, asimismo, se emitió el informe AOPER-0054-2023, 29 de septiembre 2023, denominado “Auditoría de carácter especial referente a presuntas irregularidades en las licitaciones de construcción de EBÁIS y obras menores que promueve la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca”.

HALLAZGOS

1. SOBRE LAS ACTIVIDADES SUSTANTIVAS DEL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO BRUNCA

Se determinó que el ARIM Brunca estableció sus funciones sustantivas de conformidad con la gestión que desarrollan; no obstante, se evidenció una oportunidad de mejora en el tema relacionado con la gestión de mantenimiento local y capacitación (objetivos 1 y 5 del acuerdo de Junta Directiva institucional adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre de 2005, relacionado con la propuesta de la creación de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento), por cuanto, la evaluación en la gestión de mantenimiento local no se realiza, y no se evidenciaron, entre sus funciones actividades relacionadas con capacitación y evaluación en los niveles locales, asimismo, no existe un control de tiempos para las asesorías que brinda la ARIM Brunca a sus unidades locales, aspectos confirmados por el Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del área Regional de Ingeniería y Mantenimiento.

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento de la Región Brunca, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero de 2024, informó a esta Auditoría que las actividades formalmente establecidas para el ARIM se encuentran en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 9 de la sesión 8002 del 20 de octubre de 2005 y que las competencias iniciales relacionadas con la gestión del mantenimiento, entre otras, fueron: la evaluación y control de la gestión realizada por el nivel local y la gestión de la capacitación del personal asignado de las áreas de salud de la región, en el desarrollo de la gestión del mantenimiento, funciones que no se observaron en las actividades sustantivas del ARIM Brunca (**Ver Anexo 2.1 y 2.2**).

El citado acuerdo estableció los siguientes objetivos:

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

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta por qué motivo a nivel regional no se evalúa la gestión del mantenimiento de las unidades locales, indicó:

“Las áreas de Salud no poseen servicios de mantenimiento, razón por la cual no pueden ser objeto de evaluación. Respecto a los hospitales, se les brinda seguimiento a través de los informes de auditoría continua de la atención de solicitudes de mantenimiento de infraestructura y equipo a través del sistema de información (SOCO), tal y como se desarrolló en el apartado 11 del oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024”. (El subrayado no es del texto original)

Es importante recordar que el Manual Organizacional de las áreas de salud establece dentro de sus actividades sustantivas la gestión del mantenimiento y lo registra como un subproceso y recae directamente sobre la gestión administrativa del área, de igual manera los perfiles de complejidad de las áreas de salud de la gerencia médica establecen que el recurso humano del personal de mantenimiento estará vinculado al área de servicios Generales, por lo tanto, las áreas de salud **sí realizan gestiones de mantenimiento**, por ese motivo el acuerdo de Junta Directiva está orientado a promover esa eficiencia en la gestión del mantenimiento y no en la evaluación de un servicio como tal.

Asimismo, llama la atención que una de las actividades sustantivas del ARIM sea brindar asesoría y apoyo a grupos de profesionales y a superiores en el campo de su especialidad y no disponga de un control de tiempos para las asesorías que se brindan a las unidades locales, aspecto que no permite tener información oportuna y útil para el control de asesorías.

De conformidad con lo anterior, es criterio de esta Auditoría que dicha situación obedece a que el ARIM Brunca no vinculó la totalidad de los objetivos definidos por la Junta Directiva en las actividades sustantivas que realiza, este aspecto es confirmado por el Ing. Josué Ureña Trigueros en el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, donde estableció una serie de actividades que no están vinculadas (**Anexo 2.2**); el ingeniero Ureña señala que entre las principales justificaciones de no evaluar el componente de mantenimiento en las unidades

locales, es que las áreas de salud no disponen de servicio de mantenimiento, por tal motivo no se puede evaluar la gestión del mantenimiento, que para el personal a cargo, se gestiona cursos que se imparten a nivel central, pero para el personal de las áreas de salud no se gestionan capacitaciones; además que no se han solicitado por parte de nivel central la aplicación y evaluación de tecnologías.

Lo anterior, ocasiona que no se cumpla la totalidad de los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva, aspecto confirmado por esta Auditoría al compararlos con las actividades sustantivas definidas para el ARIM Brunca, las cuales fueron remitidas por el Ing. Ureña Trigueros (**ver Anexos 2.1 y 2.2**). Estos incumplimientos en los objetivos establecidos por la Junta Directiva también se han evidenciado en las áreas regionales de las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, Huetar Norte, Pacífico Central y Huetar Atlántica, mediante los informes AGO-67-2019 del 19 de julio 2019, AGO-105-2021, del 18 de noviembre 2021, AAO-056-2022, del 15 de septiembre 2022 y AOPER-0085-2023, del 15 de noviembre 2023 respectivamente.

En ese sentido, la ausencia de actividades orientadas a fiscalizar la gestión de mantenimiento de las áreas de salud adscritas a la región Brunca, no permite que la ARIM cumpla su función de fortalecer, conducir, capacitar, así como de ser un canal de información entre el nivel central y local en temas relacionados con el mantenimiento y, en general, promover una gestión eficiente del mantenimiento que realizan los niveles locales.

2. SOBRE EL PLAN PRESUPUESTO DE LA DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BRUNCA

Esta Auditoría evidenció oportunidades de mejora en la información registrada en el Plan-Presupuesto que desarrolla la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, relacionadas con el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento. La revisión se realizó para los períodos 2022-2023, los resultados se muestran a continuación:

- a) Los indicadores y las metas del Plan Presupuesto únicamente están relacionados con la ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento, dejando por fuera metas sobre las funciones sustantivas que realiza la ARIM, tales como: las asesorías, la planificación de aspectos concernientes, por ejemplo: con alquileres, terrenos, contratos de mantenimiento relacionados con infraestructura o equipamiento, entre otros.

En ese sentido, el Ing. Josué Ureña Trejos, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero de 2024, remitió a esta Auditoría las actividades incluidas en el Plan Presupuesto 2022-2023 de la DRIPSSB relacionadas con la gestión del ARIM, evidenciando únicamente dos actividades: el **ID-18** con el indicador del avance del proyecto de construcción del EBÁIS de Salitre y el **ID-29** que corresponde al avance de los proyectos de inversión de la DRIPSSB registrados en el Portafolio.

- b) No se observaron las causas del sobrecumplimiento que debe indicar para porcentajes superiores al 120 %.

En relación con lo anterior, el porcentaje de avance de los proyectos de la DRIPSSB incluidos en el Portafolio de Inversiones, se programó para el 2023 en un 3 % y el cumplimiento real fue de un 5,6 %, siendo el porcentaje de cumplimiento de un **186,7 %**, sin embargo, no se observaron las causas o justificaciones técnicas que ocasionaron el sobrecumplimiento y si generó modificaciones presupuestarias, aspectos que se deben indicar para porcentajes superiores al 120 %.

- c) No existe claridad en las acciones de mejora (propuestas técnicas) para metas con cumplimiento inferior al 80 %.

En ese sentido, el porcentaje de avance del EBÁIS de Salitre que se programó para el 2022 fue de un 85 % y el cumplimiento real fue de un 11,8 %, siendo el porcentaje de cumplimiento de un **13,88 %** (inferior al 80 %). En las observaciones se indicó que la Dirección Jurídica solicitó aclaraciones para el refrendo, además, hubo un proceso de “consulta indígena” y la acción de mejora por un porcentaje inferior al 80 % fue: “El porcentaje real corresponde a un 11,8% pero en coordinación con la GM se manifiesta en el archivo del apartado de logros un 25 % de cumplimiento que es el acumulativo por las variables del ciclo de vida del proyecto”, sin embargo, no queda claro cuál es la acción de mejora técnica.

El Instructivo de Formulación del Plan Presupuesto establece:

“Para las unidades ejecutoras cuya gestión no está adscrita a una gerencia, deben realizar su Plan- Presupuesto, considerando su contribución al Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública, Plan Estratégico Institucional y las funciones sustantivas de la unidad.

De esta forma, los planes cumplen con doble rol; el primero de ellos es operacionalizar la estrategia institucional desde el nivel superior hasta el nivel operativo, denominado rol de alineamiento, en el cual se cumplen en forma descendente los objetivos propuestos en el nivel superior en el entendido de que el aporte de cada unidad a nivel operativo estará directamente ligado a los procesos sustantivos que estas generan y/o aquellos proyectos de mejora ejecutables en dicho nivel (...).”

Paso 3: Revisión de factores a considerar: De acuerdo con el apartado 4.1.3 “Elementos a considerar en la fase de formulación” de las Normas Técnicas Sobre Presupuesto Público N-1-2012-DC-DFOE, emitidas por la Contraloría General de la República, cada unidad debe realizar un análisis riguroso de factores influyentes en la formulación (ver siguiente figura), con el fin de asegurarse el cumplimiento efectivo de las disposiciones legales y técnicas, así como incorporar las variaciones o ajustes producidas en la programación física de metas.

El análisis de estos factores es obligatorio en la construcción del plan, no obstante, no forman parte del documento Plan-Presupuesto a entregar; sino que deben custodiarse a lo interno de la unidad ejecutora, como evidencia de haberlos considerado en el proceso de formulación. Se advierte la importancia de mantener accesible esta información, la cual es sujeta de verificación en cualquier momento”.

El Instructivo para el Seguimiento del Plan Presupuesto, apartado 2. Seguimiento del Plan Presupuesto, dispone:

“Es responsabilidad de la máxima autoridad de la unidad ejecutora verificar que los informes de seguimiento del Plan-Presupuesto contengan información consistente, clara y veraz sobre el avance obtenido en relación con las metas programadas y garantizar que el proceso se haya ejecutado conforme los lineamientos establecidos”.

“(...) si al verificar el avance de las metas se registran logros con un cumplimiento inferior al 80% se debe indicar (en el mismo análisis de logros) los riesgos materializados y las acciones de mejora que se implementarán para administrar esos riesgos y mejorar el desempeño de la meta”.

“En contraparte, para aquellas metas que obtengan una nota superior al 120%, se requiere realizar una justificación técnica donde se indiquen las razones que llevaron al sobrecumplimiento. Además, indicar si fue necesario solicitar modificaciones presupuestarias a raíz de ese sobrecumplimiento en la meta”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

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

El Dr. Luis Carlos Vega Martínez, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca en esa oportunidad, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-1747-2024, remitió a esta Auditoría entrevista donde se consultó por qué motivo en el Plan Presupuesto 2022-2023 no se registran metas relacionadas con las funciones sustantivas que realiza la ARIM, por ejemplo, las asesorías, la planificación de contratos de alquiler, terrenos, contratos de mantenimiento, manifestando:

“Es importante hacer recordatorio que el proceso de formulación del Plan Presupuesto a nivel institucional se realiza entre abril y mayo de cada año, y es ese el momento en el que las unidades identifican sus necesidades (proyectos de construcción, ampliación, remodelación u otros), y las incluyen en su proceso de planificación, y por ende en el Plan Presupuesto. No obstante, la viabilidad de esas necesidades debe respaldarse técnica y financieramente, y ese momento ocurre hasta que la institución defina la asignación presupuestaria en cada unidad, lo cual sucede entre septiembre y diciembre de cada año, en donde la Dirección de Presupuesto hace de conocimiento a cada unidad la asignación presupuestaria correspondiente y esto incluye los proyectos que han sido incluidos y que dispondrán de financiamiento.

Por lo cual, no se podría incluir dentro de la planificación del ARIM propuestas de proyectos que no disponen de la viabilidad técnica y financiera, ya que se encuentra al mismo tiempo que las unidades realizando su formulación, ya que no existe certeza de que estas iniciativas de proyectos se podrán ejecutar, si no disponen de financiamiento. Siendo necesario indicar que, esto es lo que sucede con la mayor parte de los proyectos que deben ser ejecutados con presupuesto ordinario en cada unidad.

Es por ello que [sic], la primera reunión que realiza la Comisión de Infraestructura de esta dirección es enero de cada año, en donde se conoce el banco de proyectos que han sido aprobados y que tienen fuente de financiamiento, y es hasta ese momento que podemos valorar la inclusión de proyectos para el mismo año en ejecución presupuestario. Esto se puede cotejar con las actas de enero 2023 y enero 2024, cuando se realizó la priorización y hoja de ruta de los proyectos a ejecutar para el año en ejercicio (minuta del 23 enero 2023 y 24 de enero 2024).

Por otra parte proyectos que tienen otras fuentes de financiamiento o que tienen en alguna medida control político como los proyectos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Social, si son considerados dentro de las funciones sustantivas del ARIM y estas metas son incluidas en el Plan Presupuesto como parte de los indicadores que se incluyen en la formulación y rendición de cuentas, como se puede observar en el Plan Táctico Gerencial Seguimiento 2022 Al 31 de Diciembre (indicador

18, Porcentaje de avance de ejecución de la obra del EBAIS de Salitre y el 29. Porcentaje de avance de los Proyectos de la DRIPSS incluidos en el Portafolio de inversiones.

De las metas propuestas por la Jefatura del ARIM, se consideran los indicadores del porcentaje de avance de los proyectos que se encuentran dentro del portafolio de inversiones, la cual brinda la rendición de cuentas para cada semestre del periodo correspondiente”.

Es criterio de esta Auditoría que lo descrito obedece a varios aspectos: el primero es que la ARIM Brunca determina la planificación, únicamente, en función de la ejecución de proyectos de infraestructura que realiza, y omite la vinculación de las actividades sustantivas, como parte del proceso de formulación del plan presupuesto; ese aspecto se observa en la respuesta que emite el Dr. Vega Martínez ante la consulta de este Órgano de Control y Fiscalización de por qué no se registran metas relacionadas con las funciones sustantivas que realiza la ARIM, por ejemplo, las asesorías, la planificación de contratos de alquiler y de mantenimiento, terrenos, etc., siendo la respuesta -emitida el director de red- que el proceso de formulación del Plan Presupuesto a nivel institucional se realiza entre abril y mayo de cada año, y es ese el momento en que las unidades identifican sus necesidades (proyectos de construcción, ampliación, remodelación), por lo cual, no se podría incluir -dentro de la planificación del ARIM- propuestas de proyectos que no disponen de la viabilidad técnica y financiera, ya que se encuentra al mismo tiempo que las unidades realizando su formulación y, un segundo aspecto, es la omisión de las justificaciones técnicas para los casos de metas superiores al 120 % de cumplimiento y a la ausencia de registro de acciones de mejora para metas e inferiores al 80 %.

Esta situación podría ocasionar que no se consideren todos los factores de análisis que establece la normativa técnica sobre el proceso de formulación del presupuesto (valoración de riesgos, FODA, resultado de ejecuciones físicas y financieras anteriores, estructura programática institucional, entre otros); asimismo, podría existir el riesgo de que no se asignen recursos para actividades sustantivas que realiza la ARIM BRUNCA, aunado a un incumplimiento en la normativa financiera aplicable.

3. SOBRE LA GESTIÓN DE RIESGOS

Esta Auditoría evidenció oportunidades de mejora en el registro de la información contenida en la herramienta de Gestión de Riesgos aplicada a la Administración del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento y a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca para los períodos 2022 y 2023, debido a que no se identifican riesgos propios de sus funciones sustantivas, dejando por fuera riesgos relacionados con la supervisión, infraestructura y sistemas de información.

En ese sentido, por ejemplo, el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento no prioriza riesgos como: OP-02 Falta de información requerida oportuna y confiable; FI-01 Presupuesto insuficiente; CA-01 Incumplimiento por parte de los proveedores o IN-01 Infraestructura no acorde con la necesidad del servicio, a pesar de que tiene funciones sustantivas como: la ejecución contractual de proyectos de infraestructura (vinculada con el riesgo CA-01-), velar por las condiciones de conservación de los inmuebles regionales (vinculada con el riesgo IN-01), realizar gestiones con entidades públicas y privadas para la elaboración de estudios preliminar y técnicos (vinculadas con el riesgo OP-02)

Aunado a lo anterior, se evidenciaron estrategias en la valoración de riesgos 2023 (VR-2023), que no se implementaron, por ejemplo, ante el riesgo OP-05 “*Inadecuada gestión de la planificación*”, la ARIM estableció como **estrategia preventiva la estandarización de especificaciones técnicas y detalles constructivos para agilizar los requerimientos de las unidades**, no obstante, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19

de junio de 2024, el Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, indicó: **“No se cuenta con estandarización de detalles constructivos debido a la variabilidad en los proyectos que esta ARIM realiza”**

Esta situación también fue parte de los aspectos evidenciados en el informe AOPER-0054-2023, del 29 de septiembre de 2023, donde se comprobaron inconsistencias en las especificaciones técnicas, siendo que -en la recomendación 1- se solicitó una estandarización de esos procesos.

De igual manera en la VR-2023, ocurre con el riesgo RH-01 “*Personal no capacitado*” que, como **estrategia contingencial**, se indica que se solicitará apoyo técnico al personal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que actualice temas relacionados con la nueva normativa técnica a nivel central, sin embargo, en ese mismo oficio, el Ing. Ureña Trigueros mencionó que **no se solicitó ningún apoyo técnico**.

Asimismo, en la VR-2022, en el riesgo RH-01 “*Personal no capacitado*”, la ARIM estableció, como estrategia preventiva, solicitar capacitaciones a nivel de ingeniería, no obstante, en el mismo oficio se indicó que las capacitaciones se solicitaron, sin embargo, **ninguna fue otorgada**.

Por último, se evidenció que a nivel de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, no se prioriza ningún riesgo relacionado con la supervisión, monitoreo o control que debe realizar el director al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento.

La Ley General de Control Interno, en el 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 disponen:

“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), señalan:

“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)

La Guía Institucional de Valoración de Riesgos refiere lo siguiente, en el apartado 4.2. identificación del riesgo:

“Esta etapa de la valoración de riesgos depende de la selección de los riesgos que amenazan el cumplimiento de los objetivos claves de la institución.

La identificación de estos riesgos claves no se realiza únicamente con el fin de identificar las áreas más importantes a las que se deben dirigir los esfuerzos de la administración, sino también para asignar responsabilidades para el manejo de dichos riesgos.

Lo primero que se debe hacer es que todos los integrantes del equipo gestor de riesgos generen un listado de riesgos integral, utilizando diferentes técnicas para la identificación de riesgos, tales como:

- 1. Lluvia de ideas (estructurada, libre, en silencio)*
- 2. Listas de comprobación*
- 3. Entrevistas*
- 4. Identificación de causas*
- 5. Análisis DAFO*
- 6. Análisis Causa y Efecto*

Asimismo, se puede utilizar el Catálogo Institucional de Riesgos para determinar cuáles riesgos afectan directamente la gestión de cada Unidad. Esto es importante para que el equipo cuente con una visión más amplia de todos los eventos que pueden afectar la gestión del servicio o unidad (...)

Con el riesgo claramente definido, es necesario que el EGR se aboque a determinar las causas que generan ese riesgo, así como las consecuencias de su materialización. Este paso reviste especial importancia debido a que las causas son un insumo para el diseño de estrategias de administración de riesgos preventivas, mientras que las consecuencias guiarán el diseño de estrategias de contingencia”.

El Dr. Luis Carlos Vega Martínez, director de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca en esa oportunidad, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-1747-2024, remitió a esta Auditoría entrevista donde se consultó, por qué no se visualizan, en la herramienta de valoración de riesgos institucional VR-2023, riesgos priorizados relacionados con la supervisión que debe efectuar esa dirección al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, indicando:

“Considero que la Jefatura del ARIM cuando realiza el análisis y valoración de riesgos del servicio registra aquellos riesgos que potencialmente pueden materializarse y eventualmente pueden afectar el cumplimiento de los objetivos fijados en el servicio y por esta dirección. No obstante, si no se incluyeron riesgos, aunque sean priorizados, es porque el ARIM no identificó riesgos o condiciones, que pueden afectar la ejecución o consecución de los objetivos definidos, por lo cual, considero que no se tendría que incluir dentro de la valoración de riesgo que realizaría como director. Igualmente, es importante indicar que, durante cada proceso de la elaboración de la valoración de riesgos institucionales, se insta participar en las videoconferencias donde se brinda los lineamientos para la aplicación de Valoración de Riesgos Operativos y cada vez que se realiza un proceso relacionado al Control Interno se comparte el material correspondiente a través de los medios de comunicación oficiales”.

El Dr. Vega Martínez, ante la consulta sobre si se deja resguardado el análisis de los factores utilizados (Valoración del riesgo, FODA, actividades sustantivas) para la formulación del Plan Presupuesto relacionado con los procesos que realiza la ARIM, señaló:

“Con referencia a la Formulación del Plan Presupuesto, durante el periodo 2022 las disposiciones elaboradas por las Dirección de Planificación y Presupuesto se dio un procedimiento abreviado donde los indicadores entregarse únicamente para la formulación para el año 2022 la cual sugirieron considerar los indicadores que están vigentes en el año 2021 y se procedió a la actualización, como base para el plan correspondiente al año 2022. Asimismo, para el periodo 2023 se comunicó el inicio del proceso y se compartió las herramientas para su formulación. También se indica a los servicios (Jefaturas/Coordinares/Encargados) que, si no hay indicadores de la disciplina a cargo, deben indicarlo, o bien; si gustan incorporar algún indicador de impacto deben indicarlo para agregarlo dentro del Plan Presupuesto de la Dirección de Red Brunca. Si se refiere a los insumos recibidos por parte del Ing. Josué Ureña, se cuenta con los correos electrónicos”.

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta de cuándo fue la última vez que recibió una capacitación sobre la aplicación de la herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno institucional, indicó: *“No se ha recibido”.*

Es criterio de esta Auditoría, que la situación descrita obedece a debilidades en los conceptos relacionados con el registro de la información en la herramienta de Gestión de Riesgos, que ocasionan que no se identifiquen los prioritarios en actividades sustantivas, procesos o proyectos que realizan las unidades ejecutoras.

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

4. SOBRE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO Y DIAGNÓSTICOS DE INFRAESTRUCTURA

4.1. Programa de Mantenimiento

De la consulta efectuada a los administradores de las áreas de salud de la región Brunca, se determinó que 4 de las 5 áreas de salud consultadas no tienen implementados programas de mantenimiento del recurso físico, acordes con los lineamientos establecidos por la Dirección de Mantenimiento Institucional (el área de salud de Buenos Aires es la única que dispone de un Programa de Mantenimiento Preventivo que se ajusta a los requerimientos mínimos solicitados y el área de salud de Corredores no se consideró en el alcance).

Por otra parte, se determinó que el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca no dispone de un control que permita determinar cuáles áreas de salud cumplen con el requerimiento de la implementación de los Programas de Mantenimiento Preventivo. En ese sentido, el Ing. Ureña Trigueros, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero de 2024, indicó a esta Auditoría que el mecanismo de control que dispone la ARIM para verificar el cumplimiento de los Programas de Mantenimiento en las unidades locales es el Procedimiento de Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT), sin embargo, esa herramienta únicamente permite determinar el inventario técnico y la clasificación de los equipos, aspecto confirmado por el Ing. Luis Fonseca Valerio, jefe del Área de Investigación y Desarrollo de Mantenimiento Institucional. Aunado a lo anterior, el Ing. Fonseca Valerio remitió información a esta Auditoría donde se observa que las áreas de salud de Golfito, Osa y Corredores no habían registrado la información sobre la cantidad de sistemas electromecánicos, equipos industriales, ni equipos médicos, en la herramienta del PRUT.

Es importante mencionar el requerimiento del Lic. Juan Ignacio Monge Vargas, jefe de despacho de la Gerencia General en ese entonces, mediante oficio GG-1058-2023, del 6 de setiembre de 2023, el cual informó, al cuerpo gerencial de la CCSS, la declaratoria de interés institucional del “Programa Plan de Innovación”, indicando:

“(...) La Junta Directiva en el acuerdo segundo SJD-0390-2023 de fecha 10 de abril de 2023, aprobó la continuidad para la ejecución del “Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera, logística y administrativa en la CCSS, basado en soluciones tecnológicas”, que indica lo siguiente:

ACUERDO SEGUNDO

*“Se aprueba la propuesta del cronograma y tolerancias del Programa Plan de Innovación, de modo que pueda continuar desarrollando las actividades **con el objetivo de que la salida en vivo se realice en enero de 2025**”.*

*Siendo que el alcance de los objetivos de este grupo de trabajo es prioritario dado el impacto estratégico que el mismo tiene en la gestión de la Caja, se comunica la declaratoria de interés institucional del “Proyecto Plan de Innovación” **y se instruye a todas las unidades para que atiendan en tiempo y forma lo requerido por este programa**” (El subrayado no es parte del texto original).*

4.2. Diagnósticos de infraestructura

Esta Auditoría determinó que se carece de un control que determine el estado de avance en la implementación de la “Herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063)”, para las unidades locales adscritas a la región Brunca.

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del servicio de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, ante la consulta de esta Auditoría de conocer la estrategia de implementación de la herramienta y el estado de avance en la implementación en las áreas de salud, informó lo siguiente mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero de 2024:

“Dentro de las funciones a desarrollar por esta ARIM para el período 2024 se encuentra la implementación de la Herramienta de Evaluación DMI-DR063. Acorde con lo especificado en el apartado 6.3.2 de la guía de uso y aplicación, esta herramienta es aplicable por el personal dedicado a la función mantenimiento. Por ello, las Áreas de Salud de Buenos Aires, Coto Brus, Golfito y Corredores las pueden aplicar con personal propio. Restando para revisión por parte de esta ARIM las Áreas de Salud de Pérez Zeledón y Osa. Se dispone de fecha máxima de entrega, según el oficio GIT-DMI-0073-2024, el día 30 de abril de los corrientes.

Por lo anterior, se programará para el mes de marzo la aplicación de la herramienta en el Área de Salud de Pérez Zeledón y para el mes de abril en el Área de Salud de Osa”.

Llama la atención a esta Auditoría que la instrucción de las gerencias de iniciar con el proceso de implementación fue emitida desde el 11 de septiembre de 2023 y, al 12 de febrero de 2024 (5 meses después), no se disponga de un control o una estrategia de implementación para la aplicación de dicha herramienta.

En ese sentido, mediante informe AGO-099-2021, del 8 de noviembre de 2021, denominado “Auditoría de carácter especial sobre la gestión de mantenimiento en el Área de Salud de Corredores”, este Órgano de Control y Fiscalización evidenció un deterioro en la infraestructura adscrita a esa área de salud y emitió una recomendación dirigida a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud con el objetivo de realizar las valoraciones técnicas que presenta la planta física de los puestos de visita periódica que no pertenecen a la institución a nivel de la región, de tal manera que se mejoren las condiciones de infraestructura.

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

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

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

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

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

La Ing. Zhurelly Carmona Sandoval, funcionaria del Área de Investigación y Desarrollo de Mantenimiento Institucional, mediante el oficio GIT-DMI-AIDMI-0002-2023, del 11 de enero 2023, informó al Ing. Luis Fonseca Valerio, Jefe a.i. Área Investigación y Desarrollo de Mantenimiento Institucional, el avance del segundo informe anual sobre la implementación del Procedimiento del Reconocimiento del Universo de Trabajo (PRUT) en las unidades locales correspondiente a diciembre 2022, indicando en lo que interesa:

“Se elaboró el presente informe como parte del proceso de verificación del avance de la implementación de los planes de implementación del PRUT. Este informe corresponde al segundo seguimiento del año 2022, sin embargo, se presenta en esta fecha debido a hackeos y la posterior inhabilitación del Sistema de Operación Control y Mantenimiento (SOCO). El primer informe del año 2022, GIT-DMI-AIDMI-0215-2022, se presentó el 10 de octubre posterior a la puesta en línea del SOCO, mientras que el presente informe complementa con datos a diciembre de 2022. A continuación, se presentan los datos más relevantes obtenidos por medio de los informes que brinda el SOCO y del consolidado de datos del equipo de trabajo: (...) b) Es importante destacar que las siguientes Unidades cuentan con exoneración del PRUT, y se encuentran realizando el llenado de Layouts 1 como parte del proyecto complementario P1.08 Plan de Innovación” (El subrayado no corresponde al original)

El Ing. Ronald Ávila Jiménez, director a.i. de Mantenimiento Institucional, mediante oficio GIT-DMI-0095-2023, del 14 de febrero de 2023, informó a todas las unidades de la institución, que:

“Como es de su conocimiento mediante el Proyecto de la Dirección del Plan de Innovación se implementará el Software SAP en todas las unidades de la institución, el cual es una herramienta para la administración de recursos empresariales (ERP2, por sus siglas en inglés) con la que se pretende mejorar la gestión financiera, administrativa y de los servicios de apoyo para la institución. El módulo de Mantenimiento (PM) de SAP utilizará como insumo los datos que las unidades han ingresado al módulo correspondiente al PRUT del SOCO (...).”

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

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

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

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

¹ Traducido del inglés significa: Diseños.

² Es una herramienta para la administración de recursos empresariales (ERP, por sus siglas en inglés) con la que se pretende mejorar la gestión financiera, administrativa y de los servicios de apoyo para la institución.

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

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

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

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

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

El Procedimiento Reconocimiento del Universo de Trabajo de Mantenimiento DMI-P-GM-001 señala lo siguiente, referente al alcance de ese cuerpo normativo:

*“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**”.* (El subrayado no corresponde al original)

La Guía de uso y aplicación de la herramienta de evaluación de infraestructura GIT-DMI-GT013 versión 01, establece lo siguiente referente al alcance de ese cuerpo normativo:

“La aplicación de la herramienta es obligatoria, en tanto se cuente con los profesionales y técnicos competentes en cada una de las áreas técnicas, ya sea a nivel local o bien considerando el apoyo del nivel regional.

El resultado de la evaluación puede servir como insumo para la identificación, justificación y priorización de proyectos. Lo cual tiene sustento en los artículos 43 y 61 del Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional”.

La Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, gerente de Infraestructura y Tecnologías a.i., el Dr. Esteban Vega De la O, gerente de Logística, el Dr. Wilburg Díaz Cruz, gerente médico a.i. y la Licda. Gabriela Artavia Monge, gerente financiera a.i., mediante oficio GIT-1505-2023/GL-1568-2023/GM-13196-2023/GF-3424-2023, del 11 de septiembre de 2023, instruyeron que la herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063) debe estar implementada en los EBÁIS desconcentrados el 29 de marzo de 2024, señalando:



“Considerando lo indicado se instruye a todas las unidades para que realicen la aplicación de la Herramienta de Evaluación de Infraestructura; de forma obligatoria; durante el período de tiempo establecido según tipo de edificación. Una vez aplicada la herramienta, los resultados de esta deberá ser remitidos a la Dirección de Mantenimiento Institucional dentro del plazo establecido a efecto de que se realice la consolidación de la información a nivel institucional (...).”

El Dr. Díaz Cruz, mediante oficio GM-1551-2024, del 23 febrero de 2024, informó lo siguiente a las dependencias de la institución:

“En atención a la misiva GIT-DMI-0073-2024, de fecha 30 de enero de 2024, en cual la Dirección de Mantenimiento Institucional, menciona la situación sobre la remisión del instrumento de evaluación de infraestructura en la Fase I que el pasado 11 de septiembre se instruyó el llenado de esta con carácter obligatorio mediante los oficios GIT-1505-2023/GL-1568-2023/GM-13196-2023/GF-3424- 2023 y la remisión de la información tenía como plazo límite, para la primera etapa el 12 de enero del 2024.

Dado esta situación y a las solicitudes de ampliación de plazo, debido a diversos factores, desde esa dirección y su función técnica y como gestores del proceso de evaluación de la infraestructura institucional, se avala la extensión del plazo en la entrega de la primera etapa de las evaluaciones, hasta el 15 de marzo 2024. A la vez se traslada la fecha de entrega de los resultados del segundo tracto que corresponde a los puestos de visita periódica y EBÁIS hasta el 30 de abril 2024.

Por lo tanto, se realiza recordatorio de lo instruido, con el fin de cumplir con el objetivo de este instrumento, el cual pretende conocer el estado general de conservación del recurso físico institucional, y con esto poder contribuir para la toma de decisiones y las asignaciones presupuestarias de forma estratégica”.

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta, si se cumplió con lo solicitado por la Dirección de Mantenimiento Institucional para que, a más a tardar el 30 de abril de 2024, estuviera aplicada la herramienta de evaluación de infraestructura DMI-FR063, indicó: *“La herramienta que esta ARIM aplicó fue para el Área de Salud de Pérez Zeledón”.*

Llama la atención que el Ing. Josué Ureña Trigueros, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero 2024, indicó a esta Auditoría que las Áreas de Salud de Buenos Aires, Coto Brus, Golfito y Corredores las pueden aplicar con personal propio, estando pendiente para revisión por parte del ARIM las áreas de Salud de Pérez Zeledón y Osa, no obstante, en el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, mencionó que la ARIM Brunca únicamente participó en la elaboración de la herramienta del área de Salud de Pérez Zeledón, en este sentido, no se tiene certeza del cumplimiento de este requerimiento en las cinco áreas restante de la región Brunca.

La situación descrita obedece a una omisión de los niveles locales para el cumplimiento de ese aspecto normativo, aunado a la una débil fiscalización del nivel regional sobre la gestión del mantenimiento de las unidades locales.

Es criterio de esta Auditoría que la no implementación de la “*Herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063)*” se origina por la ausencia de una estrategia a nivel local; en ese sentido, no se tiene certeza de que las áreas de salud de Buenos Aires, Corredores, Coto Brus y Golfito cumplan con la fecha instruida, más aún, considerando que esta última ni siquiera la conoce.

La ausencia de programas de mantenimiento limita la planeación estratégica, táctica y operativa del mantenimiento, generando el deterioro de las instalaciones y equipos, tal y como lo ha evidenciado esta Auditoría a través de diversos productos emitidos y comunicados a la Administración Activa. Además, podría afectar económicamente a la institución, al aumentar los costos de reparación por no atender preventivamente el recurso físico.

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

5. SOBRE LOS RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS ALQUILERES

De conformidad con la revisión efectuada se evidencian oportunidades de mejora en la redacción de especificaciones técnicas para el alquiler de inmuebles dirigidas al mantenimiento preventivo y correctivo del recurso físico, debido a que las especificaciones no son claras para regular las actividades de mantenimiento, ni detalla las obligaciones del proveedor; asimismo, se evidencian incumplimientos contractuales sin que se observe la aplicación de cláusulas penales, por último, no se tiene certeza de la oportunidad en la atención del mantenimiento correctivo de la infraestructura debido a que no se deja documentado y las solicitudes se realizan de manera verbal.

Esta Auditoría revisó 5 contratos de alquiler de inmuebles en la región Brunca: Sede administrativa en el área de salud de Pérez Zeledón **2019LA-000003-2760**; Bodega de Farmacia en el área de salud de Pérez Zeledón; **2019CD-000006-2760**; Sede administrativa del área de salud de Coto Brus San Vito **2010CD-000001-2762**; Laboratorio y Bodega de Farmacia del área de salud de Osa **2023LE-000001-0001102799** y EBÁIS La Piñera en el área de salud Buenos Aires **2021CD-000004-2732**, los resultados se muestran en los siguientes apartados:

5.1. Sede administrativa en el área de salud de Pérez Zeledón

Las especificaciones técnicas en temas relacionados con el mantenimiento establecen que el inmueble debe cumplir la Ley 7600, el propietario deberá aportar los equipos de aire acondicionado necesarios para mantener en óptima climatización cada uno de los espacios, asimismo, comprometerse a brindarle mantenimiento, además, solicita que el mantenimiento, conservación, reparaciones mayores y mejoras de la edificación correrán, exclusivamente, por cuenta del propietario.

Esta Auditoría realizó una inspección el 1° de febrero de 2024, a la sede administrativa del área de salud de Pérez Zeledón, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requerimientos solicitados, para lo anterior, se coordinó con la Licda. Sonia Fernández Benamburg y con el Sr. Michael Cerdas Rodríguez, administradora y asistente administrativo del área de salud, **indicando que los reportes se realizan mediante llamada telefónica al propietario y que, de manera oportuna, atiende las solicitudes, sin embargo, el procedimiento para el trabajo correctivo no se deja documentado y el mantenimiento preventivo no se realiza. En ese sentido, es importante señalar que las especificaciones técnicas no establecen la periodicidad para el mantenimiento preventivo ni cuáles son los instrumentos que se debe utilizar para los reportes del mantenimiento correctivo ni el plazo en que deben ser atendidos.**

Referente al **cumplimiento de la Ley 7600** en los servicios sanitarios se evidenció que los accesorios como papeleras y jaboneras están ubicados a 1,37 m y 1,20 m respectivamente, siendo la altura máxima de 90 cm, se carece de espejo con inclinación (se colocó un espejo de tocador redondo), las dimensiones son de 2,25 x 1,46 m y lo mínimo es 2,25 x 1,55 m, no están rotulados los espacios de vehículos para personas con discapacidad, no obstante, el inmueble se observa en buen estado de conservación. (**Anexo 3**. Fotografías 57 a 62)

5.2. Bodega de Farmacia en el área de salud de Pérez Zeledón

Las especificaciones técnicas en temas relacionados con el mantenimiento establecen que el inmueble debe cumplir la Ley 7600, además, que el propietario del edificio deberá comprometerse a brindar mantenimiento correctivo a todo el edificio durante el período de arrendamiento, incluyendo: instalaciones eléctricas, mecánicas, pintura, cielo raso, paredes, piso y cubierta de techo. La solicitud de mantenimiento será planteada por el administrador del contrato ante el propietario del inmueble y este último dispondrá de un plazo no superior a 5 días hábiles para lo requerido. De todo lo actuado el administrador del contrato deberá dejar constancia en el expediente.

El propietario del edificio deberá comprometerse a brindar mantenimiento correctivo durante todo el período de arrendamiento del edificio a la instalación eléctrica y las unidades de aire acondicionado suministradas por este. En caso de avería, el propietario deberá resolver el problema, además de realizar mantenimiento preventivo de los aires acondicionados con una frecuencia trimestral.

Las especificaciones agregan que una vez iniciado el arrendamiento y cada vez que este se prorrogue, el administrador del contrato deberá entregar al arrendador, un cronograma de visitas para la ejecución del mantenimiento preventivo de los aires acondicionados.

Esta Auditoría realizó una inspección el 1° de febrero de 2024, a la bodega de Farmacia del área de salud de Pérez Zeledón, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requerimientos solicitados, para lo anterior, se coordinó con la Licda. Sonia Fernández Benamburg y con la Dra. Beatriz Elizondo León, administradora y encargada de la Bodega de Farmacia del área de salud, indicando que los reportes se realizan mediante llamada telefónica al propietario y que, de manera oportuna, atiende las solicitudes, sin embargo, el procedimiento para el trabajo correctivo no se deja documentado, mientras que el mantenimiento preventivo de los aires acondicionados sí, pero se realiza semestralmente y no trimestral, como lo establecen las especificaciones técnicas.

En ese sentido, al no dejarse documentado el mantenimiento correctivo, se imposibilita verificar el cumplimiento del plazo por parte del arrendatario, debilitando el sistema de control interno. (Anexo 3. Fotografías 63 a 68)

5.3. Sede administrativa del área de salud de Coto Brus San Vito

Las especificaciones técnicas en temas relacionados con el mantenimiento establecen que el inmueble debe cumplir la Ley 7600, además, que el propietario del edificio deberá comprometerse a realizar el mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura en el momento que se requiera (paredes externas, techos, luminarias, sanitaria, potable, cielos, cielorrasos y mampostería).

Esta Auditoría realizó una inspección el 22 de febrero de 2024, a la sede administrativa del área de salud Coto Brus San Vito, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requerimientos solicitados en la inspección, para lo anterior, se coordinó con la Licda. María Granados Salazar, administradora del área de salud, indicando que los reportes se realizan mediante llamada telefónica al propietario y que, de manera oportuna, atiende las solicitudes, sin embargo, el procedimiento para el trabajo correctivo no se deja documentado y el mantenimiento preventivo no se realiza. En ese sentido, es importante señalar que las especificaciones técnicas no establecen la periodicidad para el mantenimiento preventivo ni cuáles son los instrumentos que se debe utilizar para los reportes del mantenimiento correctivo ni el plazo en que deben ser atendidos. (Anexo 3. Fotografías 69 a 74).

5.4. Laboratorio y Bodega de Farmacia del área de salud de Osa

Las especificaciones técnicas en temas relacionados con el mantenimiento establecen que el oferente deberá comprometerse a darle mantenimiento a la propiedad en aspectos tales como: la infraestructura, pintura interior y exterior una vez al año, mantenimiento de los sistemas eléctricos, de cielos rasos y techos en el momento que sea necesario. En caso de mantenimiento debido a desgaste normal del inmueble o vicios ocultos se hará el reporte por parte de la Administración para que el propietario del inmueble realice la correspondiente reparación, para lo cual se les concede un plazo no mayor a 48 horas a partir del comunicado para iniciar las labores. Transcurrido ese tiempo, si no se tiene respuesta, la Administración realiza las reparaciones y el costo se deducirá del pago de la siguiente factura. Además, los inmuebles deben de cumplir la Ley 7600.

Esta Auditoría realizó una inspección el 1° de marzo de 2024, en el edificio donde se brindan los servicios de Laboratorio Clínico y la Bodega de Farmacia, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requerimientos solicitados en las especificaciones técnicas y las condiciones de conservación de los inmuebles, lo anterior, se coordinó con el Lic. Luis Alberto González Montes y la Dra. María José Ramírez Vargas, administrador y encargada de Laboratorio Clínico del área de salud.

5.5. Laboratorio Clínico

Se evidenció un deterioro en el inmueble en cuanto a la pintura de las paredes externas e internas, pisos, aleros, canoas, puertas, aceras, además, se presenta un hacinamiento en las instalaciones, ausencia de privacidad para procedimientos y el servicio sanitario destinado para el cumplimiento de la Ley 7600 no es accesible, por cuanto, se utiliza para bodega de limpieza, la puerta está cerrada con candado, no tiene los cerrojos de palanca, por otra parte, los anchos de las puertas de los servicios sanitarios de los funcionarios son menores de 90 cm. (Anexo 3. Fotografías 75 a 86)

5.6. Bodega de Farmacia

Se evidenció un deterioro en el inmueble en cuanto a la pintura de las paredes externas e internas, pisos, portones, asimismo, se observaron trabajos correctivos efectuados por el propietario que están sin acabados (sin pasta ni pintura), no se dispone de un contenedor para sustancias inflamables. (Anexo 4 Fotografías 87 a 98)

La Dra. Ramírez Vargas indicó que se desconoce cómo el administrador del contrato (Lic. Luis Alberto González Montes) realiza la solicitud de trabajos correctivos. Menciona que no existe oportunidad en la atención y, como evidencia, aporta una solicitud enviada el 7 de febrero de 2024 a la administración para atender un problema con la pila que se ubica en la sección de Uroanálisis, debido a que desprende un mal olor, sin embargo, a la fecha de inspección de esta Auditoría (1° de marzo de 2024), el trabajo no había sido atendido, cuando las especificaciones técnicas indican que deben ser atendidas en un plazo máximo de 48 horas. (Anexo 3. Imágenes 1 y 2).

5.7. EBÁIS La Piñera en el área de salud Buenos Aires

Las especificaciones técnicas en temas relacionados con el mantenimiento establecen que el inmueble debe cumplir la Ley 7600, el propietario se compromete a realizar el mantenimiento preventivo y correctivo, sin influir de ninguna manera en la prestación de servicios de salud (paredes externas, techos, luminarias, sanitaria, potable, cielos, cielorraso, mampostería), las solicitudes de mantenimiento preventivo y correctivo debe tramitarse a petición del administrador del contrato (Dra. Nancy Fernández Umaña).

Esta Auditoría realizó una inspección el 7 de marzo de 2024, al inmueble del Ebáis La Piñera, adscrita al área de salud de Buenos Aires, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requerimientos solicitados, para lo anterior, se coordinó con la Téc. Solange Carmona Villegas; y la Licda. Lucrecia Durán Murillo, encargada de Activos y Caja Chica y encargada de Registros Médicos del área de salud, y la Dra. Liana Fallas Madrigal, médico general del Ebáis La Piñera, indicando que los reportes se realizan mediante llamada telefónica al propietario y son atendidos, sin embargo, el procedimiento para el trabajo correctivo no se deja documentado y el mantenimiento preventivo no se realiza. En ese sentido, es importante señalar que las especificaciones técnicas no establecen la periodicidad para el mantenimiento preventivo ni cuáles son los instrumentos que se deben utilizar para los reportes del mantenimiento correctivo ni el plazo en que deben ser atendidos.

En la inspección se evidenció una pila de concreto en mal estado, el pasillo no dispone de luminarias, el servicio sanitario de hombres está en mal estado y los lavatorios desprenden un mal olor, una lámina de fibrolit del cielorraso esta quebrada (**Anexo 3**. Fotografías 99 a 110)

El Reglamento a la Ley General de Contratación Pública establece:

“Artículo 59 Obligación de verificación de la Administración: La Administración deberá disponer de mecanismos de verificación, seguimiento y fiscalización de los criterios de contratación estratégica incorporados al pliego de condiciones, para lo cual deberá contar con los recursos y el personal propio o de otra institución con el conocimiento técnico necesario para verificar el cumplimiento durante las fases de selección, adjudicación, formalización y ejecución contractual (...).”

Artículo 88. Pliego de condiciones. El pliego de condiciones constituye el reglamento específico de la contratación que se promueve y se entienden incorporadas a su clausulado todas las normas jurídicas y principios constitucionales aplicables al respectivo procedimiento. Deberá constituir un cuerpo de especificaciones técnicas, claras, suficientes, concretas, objetivas y amplias (...).”

Artículo 283. Fiscalización y control. La Administración fiscalizará todo el proceso de ejecución del contrato, para eso el contratista deberá ofrecer las facilidades necesarias. En virtud de esta obligación de fiscalización, la Administración tiene la potestad de aplicar los términos contractuales para que el contratista corrija cualquier desajuste respecto del cumplimiento exacto de las obligaciones pactadas. El contratista igualmente tendrá la obligación de cumplir cabalmente con lo ofrecido en su propuesta y en cualquier manifestación formal documentada, que hayan aportado adicionalmente en el curso del procedimiento o en la formalización del contrato. Los funcionarios encargados de los contratos deberán fiscalizar en la ejecución contractual al menos los siguientes aspectos: a) Realizar un control objetivo de la ejecución contractual, aplicando las medidas de control de forma eficiente en los procesos involucrados a fin de que el objeto contractual se cumpla a cabalidad”.



Las debilidades evidenciadas en las especificaciones técnicas para el arrendamiento de edificios obedecen a que no existen criterios estandarizados sobre las actividades y aspectos de mantenimiento a solicitar al arrendador, por lo cual, cada unidad los gestiona y establece por aparte.

Sobre este tema, esta Auditoría emitió el informe AOPER-0085-2023, del 15 de noviembre de 2023, donde recomendó a la Gerencia Médica *“Ordenar a las unidades a su cargo incluir en los contratos de arrendamiento de edificios un apartado sobre el tema de conservación y mantenimiento, donde se establezcan las responsabilidades del arrendador en cuanto a las actividades de mantenimiento, alcance, periodicidad y multas, entre otros que se consideren pertinentes, de manera que se estandarice, institucionalmente, ese tema en dichos contratos (...)”*, por tal motivo, no se emitirá ninguna recomendación sobre ese tema.

De igual manera, existe una debilidad en la supervisión de las actividades de mantenimiento establecidas en esos contratos, que se evidencia en los aspectos observados por esta Auditoría.

El no establecer, con claridad, cuáles actividades de mantenimiento preventivo y correctivo corresponden, ni su periodicidad, podría generar que el arrendador evada la responsabilidad sobre ese tema y, con ello, se presente el deterioro de la edificación en la cual la institución brinda los servicios médicos a la población adscrita. De igual manera, esas debilidades generan que la CCSS invierta recursos en edificaciones que no son propias, por acciones correctivas que se deben subsanar para no afectar la calidad en la prestación de los servicios de salud, asimismo, ocasiona un debilitamiento del sistema de control interno en operación.

6. SOBRE EL CONTROL INTERNO EN EL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO BRUNCA

De conformidad con la revisión efectuada se evidencian oportunidades de mejora en el registro de los controles establecidos por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca para las actividades que se valora mediante la herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno.

Esta Auditoría revisó la Autoevaluación de la Gestión del Control Interno AE-2022 2022 del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca (2023 no se revisó porque justificaron la no entrega ante el Área de Gestión de Control Interno, sin embargo, posteriormente se remitió a esta Auditoría la AE-2023, evidenciando los mismos resultados), con el objetivo de identificar los controles aplicados para la revisión de los 19 apartados enumerados en la herramienta (los resultados se muestran en el **anexo 4**).

En resumen, se observa la definición de controles que no son actividades de control o no tienen relación con la actividad a controlar, por ejemplo, la administración definió como control el “boletín Nuevos Horizontes de la Auditoría”, sin embargo, ese documento informativo no está relacionado con aspectos de ética, que fue la actividad con la que se vinculó; en relación con la asignación de labores de recurso humano, se estableció como control el “perfil del puesto”, sin embargo, no se observa, cuál es la herramienta a utilizar para el control de la asignación de labores y cumplimiento de asignaciones o los controles implementados para los puestos en teletrabajo; otro ejemplo es la gestión documental, donde se establece como control el “Archivo físico único ARIM, en oficina (10 años), no se cuenta con bodega”, sin embargo, no se observan los controles de SAYC, o la oportunidad en la atención de solicitudes de las unidades usuarias (por ejemplo, en asesorías).

Por otra parte, se evidenció que en los resultados de la Autoevaluación de la Gestión del Control Interno AE-2023, el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca estableció un nivel **alto medio** en el riesgo **RH-03-Ausentismo de los funcionarios**, actividad relacionada con el apartado 19 Clima Organizacional de la herramienta AE-2023, sin embargo, **ese riesgo no está identificado ni priorizado en la herramienta de Valoración de Riesgos VR-2023, siendo el lineamiento el que debe estar vinculado.**

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen:

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

“6.3.2. Autoevaluación periódica del SCI: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer la realización, por lo menos una vez al año, de una autoevaluación del SCI, que permita identificar oportunidades de mejora del sistema, así como detectar cualquier desvío que aleje a la institución del cumplimiento de sus objetivos.

Las estrategias y los mecanismos para la autoevaluación periódica deben estar definidos como parte de las orientaciones a que se refiere la norma 6.2. En todo caso, se debe procurar que sea ejecutada sistemáticamente y que sus resultados se comuniquen a las instancias idóneas para la correspondiente toma de acciones y seguimiento de implementación.

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure”.

El Ing. Berny Montoya Fonseca, jefe del Área de Gestión de Control Interno, mediante oficio DSA-AGCI-0090-2023, del 10 de agosto de 2023, dirigido a Presidencia Ejecutiva, gerentes, directores, administradores y jefes de la institución, en relación con los lineamientos para la aplicación de la Autoevaluación de la Gestión 2023, indicó:

“Dentro de las estrategias para el fortalecimiento y mejora continua del control interno en la gestión, se inicia la aplicación anual de la Autoevaluación de la Gestión 2023, vinculada a la actualización de los mapas de riesgos operativos, permitiendo la identificación de oportunidades de mejora y la detección de desvíos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante las oportunidades de mejora que se identifiquen en el proceso de la Autoevaluación de la Gestión 2023, se pretende que los titulares subordinados cuenten con información de calidad (confiable, oportuna, útil) para la actualización de sus mapas de riesgos, ajustando su contenido y permitiendo la mejora continua de su gestión mediante una efectiva administración de los riesgos.

Es relevante recalcar que la Autoevaluación debe ser realizada por el Jerarca y los titulares subordinados al menos una vez al año, según lo indicado en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno N° 8292 y las Normas de Control Interno para el Sector Público en el apartado 6.3.2. (...).”

El Lineamiento para la vinculación de la Autoevaluación de la Gestión con la Valoración de Riesgos-2023 dispone, en el segundo lineamiento, lo siguiente:

“El enunciado priorizado se debe asociar a un riesgo que podría afectar la Unidad de trabajo en la gestión que se desarrolla, en el ámbito del enunciado. Se debe analizar qué riesgo se puede materializar al no contar con controles (atención alta); o por debilidades en los controles (atención media). Para lo anterior, en el Área Gestión de Control Interno, realizó un análisis para vincular los riesgos del Catálogo Institucional de Riesgos con cada uno de los enunciados de la Autoevaluación de la Gestión (...)”.

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta si se solicitó y se realizaron, para el 2023, capacitaciones relacionadas con ingeniería, indicó que “la capacitación laboral se solicitó el 19 de octubre del 2020, con una validez de dos años. No obstante, de las capacitaciones solicitadas, ninguna fue otorgada”.

De conformidad con lo anterior, llama la atención que se indique en la herramienta autoevaluación de la gestión del control interno 2022-2023, que la actividad de control establecida para el punto 6 Recurso Humano (gestión del conocimiento) sea la implementación de capacitaciones y que la misma ARIM mencione que se solicitaron capacitaciones desde el 2020 y ninguna fue otorgada

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta qué mecanismos se han diseñado para evaluar y perfeccionar las actividades de control interno que permitan garantizar el uso eficiente y eficaz de la gestión que realizan los colaboradores del ARIM, indicó:

“Los colaboradores del ARIM son evaluados con el programa de trabajo inicial. A este se le da seguimiento periódicamente a fin de valorar el cumplimiento de las metas. Por lo consolidado del equipo y la ubicación (en la misma oficina) se hacen reuniones presenciales en las cuales se consultan y analizan el desarrollo de los proyectos en todas sus etapas (diseño, licitación y ejecución). Este diseño de control garantiza la interacción inmediata con los diferentes profesionales y un mejor control en las actividades conforme su avance”.

Aunado a lo anterior, se le consultó al Ing. Ureña Trigueros, qué mecanismo o herramienta se utiliza para la asignación de actividades a los colaboradores del ARIM, indicando: “Se presenta al equipo de trabajo el plan de trabajo anual”.

En este sentido, llama la atención que la ARIM indique que el control establecido para la actividad 5. Recurso Humano (asignación de labores) sea el Perfil de Puestos Institucional, cuando mediante entrevista estableció que la fiscalización y control de las actividades que realizan los colaboradores de dicha área regional sea el programa de trabajo, las reuniones presenciales y el análisis de los proyectos, aunado a la presentación al equipo del plan de trabajo anual indicando una serie de controles que no están establecidos en la herramienta institucional

Es criterio de esta Auditoría que la situación descrita también obedece a debilidades en los conceptos para el registro de la información en la herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno.

El Ing. Josué Ureña Trejos, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero de 2024, ante consulta planteada por esta Auditoría sobre la omisión en la presentación de la herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno para el período 2023, señaló:

“Por error involuntario la herramienta de autoevaluación no se envió al encargado de planificación institucional. La herramienta se confeccionó en fecha del 6 de noviembre del 2023, lo cual se puede verificar en el documento que se anexa (...). Cabe destacar, que esta ARIM históricamente ha presentado consecutivamente la herramienta de Autoevaluación al encargado de planificación.”

Lo anterior, ocasiona que las actividades de control no proporcionen una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos de control interno establecidos en la Ley General de Control Interno: a) Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal; b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información; c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones; y d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico, aspectos que debilitan el Sistema de Control Interno.

7. SOBRE LA GESTIÓN DE PROYECTOS DEL ARIM BRUNCA 2023-2024

Esta Auditoría determinó oportunidades de mejora en las actividades que realiza el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento BRUNCA (ARIM RB), relacionadas con la gestión de proyectos, según se detalla a continuación:

- a) **Priorización:** se evidenció que la ARIM RB tiene implementada una priorización basada en los criterios de impacto y urgencia, que permite efectuar una evaluación de la gestión del riesgo, sin embargo, no se observó la implementación de los criterios de priorización para la construcción de áreas de salud y Ebáis establecidos por la Dirección de Planificación Institucional, para el orden en la programación y elaboración de estudios de preinversión de las iniciativas incluidas en el Portafolio de Inversión y la ejecución de proyectos, instruida su aplicación a todas las gerencias mediante oficio PE-DPI-1127-2023, del 19 de diciembre de 2023.
- b) **Banco de Iniciativas:** no se observó la implementación de la metodología del Manual del Banco de Iniciativas instruida su aplicación a todas las gerencias mediante oficio PE-3206-2022, del 8 de diciembre de 2022.
- c) **Planificación de Proyectos de Baja Complejidad:** no se observó la implementación de la “Guía de trabajo para la planificación y ejecución de proyectos de obra pública de baja complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud”, instruida su aplicación a todas las direcciones de red integradas mediante oficio GIT-0629-2023/GM-5871-2023, del 2 de mayo de 2023.
- d) **Cumplimiento y Trazabilidad de Proyectos:** en el período 2023, en relación con la planificación, se priorizaron 33 proyectos con calificaciones porcentuales entre 98 y 27, de los cuales 18 están en proceso o finalizados, lo que representa un 55 %. Por otra parte, no se ejecutaron 15 proyectos, siendo que no se ejecutó el 45 % de lo planificado y priorizado. Asimismo, en lo relativo a la ejecución, 24 proyectos se finalizaron y 8 estaban en proceso, sin embargo, de la totalidad de 32 proyectos definidos en la etapa de ejecución, 11 (34 %), corresponden a proyectos que no fueron planificados ni priorizados para el período 2023 y 2 (6 %) proyectos fueron planificados, pero no estaban priorizados. Por último, en cuanto a la trazabilidad, de los 15 proyectos que fueron planificados y priorizados en el 2023, 9 (60 %) no continuaron en el 2024, en ese sentido, en la matriz no se observa justificación alguna o razón por la cual no existe una continuidad en el 2024.

La Ley General de Control Interno establece:

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

En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes: Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requerido para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.

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

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

Las Normas de Control Interno para el Sector Público estipulan:

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

4.5.2 Gestión de proyectos

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

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

Asimismo, la definición de las consecuencias de eventuales desviaciones, y la ejecución de las acciones pertinentes.

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

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

La Ing. Susan Peraza Solano, directora de Planificación Institucional, mediante oficio PE-DPI-1127-2023, del 19 de diciembre de 2023, comunicó a las siete Gerencias³ y Presidencia Ejecutiva de la CCSS, la definición de criterios técnicos de priorización estratégica para establecer el orden en la programación y elaboración de estudios de preinversión de las iniciativas incluidas en el Portafolio Estratégico de Inversión y la ejecución de proyectos, señalando:

“(...) Por lo anterior, se procede a adjuntar el oficio PE-DPI-956-2023, relacionado con la actualización propuesta Criterios de Priorización de Proyectos.

A manera de resumen, es importante indicar que los criterios aquí reflejados se aplicarán a los proyectos incluidos en el Portafolio Estratégico de Inversión 2023-2032 y se está trabajando en un “transitorio” con el fin de identificar aquellas iniciativas que se encuentran en igual condición que las incluidas en el portafolio y de esta manera establecer dos aspectos:

1- Condiciones de desarrollo de estudios Preinversión, de manera que se establezca un período previo a implementar de manera total el Manual del Banco de Iniciativas de Portafolio V2 y a cuáles les aplicaría esta normativa.

2- Incluir dentro de la priorización las iniciativas del Banco de iniciativas Estratégico, que se encuentran en iguales condiciones a las incluidas en el Portafolio Estratégico de Inversión.”

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, en cuanto a la implementación de los criterios de priorización para la construcción de áreas de salud y Ebáis definidos por la DPI para establecer el orden de la programación y elaboración de estudios de preinversión de las iniciativas del portafolio, indicó:

“Del portafolio de inversiones institucional se ha delegado a esta ARIM el proceso de ejecución técnica de los proyectos de construcción de EBAIS de la Región Brunca, no ha así su priorización. Por lo tanto, la programación y priorización ya estaba definida previamente. Si bien es cierto, existe una nueva metodología (finales 2023), esta no se ha aplicado, dado que el portafolio de inversiones no ha sufrido modificaciones, salvo la última actualización solicitada por la Gerencia de infraestructura, mediante la herramienta SPLIT.”

³ Gerencias: General, Infraestructura y Tecnologías, Médica, Financiera, Administrativa, Logística y Pensiones.

Asimismo, en el citado documento el Ing. Ureña Trigueros señaló lo referente al acuerdo de Junta Directiva de la CCSS en cuanto al artículo 1º de la sesión N°9318, del 09 de marzo del 2023, que versa sobre la revisión y suspensión temporal del Portafolio Estratégico de Proyectos 2023-2032.

Es criterio de esta Auditoría que lo señalado por el Ing. Ureña Trigueros se circunscribe a una situación particular sobre el portafolio 2023-2032, priorización estratégica realizada por el nivel central, sin embargo, ello no exime al ARIM Brunca excluir del proceso de priorización lo referente a los criterios definidos por la DPI para los periodos subsiguientes, por cuanto, según lo observado en ítem 2 el infograma del proceso de esa área técnica no está considerado, por lo que no está formando parte de la metodología de gestión de proyectos.

Mediante el oficio GIT-0629-2023/GM-5871-2023, del 2 de mayo de 2023, el Dr. Randal Álvarez Juárez, gerente médico en esa fecha, y el Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, remitieron a la Dirección de Red de Servicios de Salud y a las respectivas siete Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, la “Guía de trabajo para la planificación y ejecución de proyectos de obra pública de baja complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Versión 01, febrero 2023”, señalando:

“La presente Guía de trabajo, debe ser utilizada obligatoriamente con el propósito de homologar la gestión de proyectos en el nivel local, propiamente en los procesos que las Áreas de Ingeniería Regional realizan.”

(...) Así las cosas, en aras de estandarizar la gestión de los proyectos y brindar un aprovechamiento racional de los recursos institucionales, se solicita socializar con sus unidades la Guía- GM-GITDRIPSS-ARIM-GT001, la cual debe ser comunicada para su aplicación inmediata.”

La M.Sc. Marta Esquivel Rodríguez, presidenta ejecutiva, mediante oficio PE-3206-2022, del 8 de diciembre de 2022, remitió a las gerencias⁴ de la institución, lo referente a la aplicación del “Manual del Banco de Iniciativas y Portafolio de Proyectos Institucional”, indicando:

“(...) se le instruye a la implementación de dicho manual, según se habiliten las etapas definidas en las hoja de ruta supra, asimismo, para que se adopten las acciones administrativas necesarias a efectos de garantizar la continuidad de los procesos institucionales en esta materia.”

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, en cuanto a la implementación de la “La guía de trabajo para la planificación y ejecución de proyectos de obra pública de baja complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud”, indicó:

“No se ha logrado implementar la guía de trabajo. No se ha aplicado, en vista de la carga de trabajo y la necesidad de ejecutar y fiscalizar los proyectos a nivel Regional, se priorizaron las actividades operativas en atención directa de la salud pública de la Región Brunca, por lo anterior, esta ARIM se vio en la necesidad de aplazar la implementación de la guía de trabajo para la planificación y ejecución de proyectos de obra pública de baja complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.”

⁴ Gerencias: Infraestructura y Tecnologías, Médica, Financiera, Administrativa, Logística y Pensiones.

La situación descrita obedece a que la administración activa no consideró dentro de la gestión de los proyectos, los lineamientos definidos en la institución para tales efectos, lo cual podría generar que los procesos no estén en apego a la regulación de la CCSS,

Lo señalado genera que los procesos realizados por la administración activa no estén en apego a los lineamientos definidos en la institución, lo cual podría comprometer la toma de decisiones debido a criterios técnicos desactualizados y no homologados por la CCSS, en detrimento de la consecución de los objetivos globales para los que fueron concebidos dichos documentos, limitando una gestión eficaz y eficiente.

8. SOBRE EL ESTADO DE LA INFRAESTRUCTURA

De conformidad con el resultado del recorrido efectuado por esta Auditoría entre el 22 de febrero y el 17 de marzo de 2024, a 39 sedes de Ebáis y 118 sedes de Puestos de Visita Periódica, se evidenciaron oportunidades de mejora en el estado de las edificaciones de la región en los siguientes aspectos:

- **Obras Exteriores:** componentes constructivos en el exterior de las edificaciones oxidados (estructuras metálicas para tanques de almacenamiento de agua potable, malla ciclón perimetral, portones, alambre navaja, verjas, cubiertas, precintas, botaguas, canoas, cerchas y clavadores), ausencia parcial o total de elementos de hojalatería (canoas, bajantes) y tapas de cajas de registro, falta de cunetas para encausar el agua pluvial, acumulación de basura o crecimiento de capa vegetal en canoas, cajas de registro, canoas en mal estado
- **Instalaciones Eléctricas:** cableado eléctrico expuesto sin entubar, plaquearía oxidada o ausente, faltan luminarias o difusores, ausencia de bombillos o no funciona la luminaria o el interruptor, tomacorrientes sin sujeción adecuada o quebrados.
- **Instalaciones Mecánicas:** grifería sin funcionar correctamente, con fugas y oxidadas, filtraciones de tuberías de aires acondicionados, lavatorios parcialmente desprendidos, inodoros sin tapa.
- **Mobiliario Médico:** oxidación en camas, banqueta de altura para acceso a camillas y mesas instrumentales.
- **Arquitectónico:** paredes agrietadas o fisuradas, deterioro de cielorrasos y aleros (por acción de humedad -filtraciones-, percutidos, quebrados, faltantes), desprendimiento o deterioro de pintura en paredes de áreas internas y externas, componentes de madera deteriorados por acción de termitas (puertas, marcos de puertas y ventanas, paredes livianas, cielorrasos), dispensadores de jabón oxidados, llavines de puertas desajustadas y oxidadas, puertas con acabado final deteriorado y desplomadas que dificultan el correcto funcionamiento, aristas de paredes quebradas y sin esquineros, asientos (bancas) y escritorios de madera en mal estado, ventanas quebradas, barras para la aplicación de la Ley 7600 oxidadas.
- **Ley 7600 y Guía Práctica de Accesibilidad para todos de la CCSS:** limitaciones en las condiciones del recurso físico que no favorecen la accesibilidad de personas con capacidades especiales, ni cumplen -a cabalidad- con esa normativa (características y dimensiones del mobiliario de atención -mostradores-, accesos, rampas, barandas, sanitarios, puertas, barras).

- **Seguridad Humana:** ausencia de salidas de emergencia y rutas de evacuación o con elementos que obstruyen el libre tránsito en su recorrido, puertas sin llavines antipánico y presencia de brazos de cierre lento, extintores con rotulación deficiente, fecha de recarga vencida o sin indicar y sin demarcación de la zona de seguridad.
- **Otros:** recintos subutilizados, activos sin uso o en mal estado sin el acta de declaración de bajo, mala señal del internet, aspecto que limita el uso del EDUS (PVP Convento, PVP Colinas), recintos en mal estado o que fueron diseñados con requerimientos especiales utilizados para otros fines, por ejemplo, sala de operaciones, siendo usada como bodega (área de salud de Buenos Aires).

Al respecto, y de conformidad con las inspecciones realizadas, las edificaciones adscritas al área de salud de Golfito son las que presentan un mayor deterioro.

Se detalla lo evidenciado por área de salud:

8.1. Área de Salud de Pérez Zeledón





De conformidad con la inspección ocular efectuada a 51 infraestructuras adscritas al área de salud de Pérez Zeledón⁵ se determinaron condiciones aceptables en la mayoría de los establecimientos. No obstante, hay oportunidades de mejora en el mantenimiento de las sedes de Ebáis de Pavones y La Palma y en los Puestos de Visita Periódica de Cedral de Cajón, San Ramón Norte y Herradura, según se detalla:

8.1.1. Ebáis de Pavones, área de salud de Pérez Zeledón

Es una estructura antigua, pequeña, con hacinamiento, el techo con exceso de herrumbre, precinta con desprendimiento de pintura, canoas con hoyos y herrumbre, paredes externas con pintura desgastada, en el consultorio de Enfermería utilizan cortinas como paredes, servicios sanitarios y el recinto en general no cumple con la Ley 7600, la sala de espera se ubica en la parte externa del edificio y cuando llueve el techo existente no cubre esa área. En el cielo raso del alero se evidenciaron láminas destruidas producto del intento del vandalismo por ingresar a la edificación. La malla perimetral que rodea la propiedad tiene áreas sin cubrir, lo que deja el espacio libre para el ingreso de las personas en cualquier momento.

De conformidad con lo indagado, ese inmueble se ubica en la provincia San José, cantón Pérez Zeledón, distrito San Isidro del General, con un área de 1 710 m² y, según consta en el plano de catastrado SJ-168495-2017, pertenece a la Municipalidad de Pérez Zeledón, además, se encuentra en trámite de donación desde el 2022, según oficio GM-DPSS-0335-2022, del 25 de agosto de 2022, sin embargo, a la fecha del presente estudio - mayo de 2024- no se había concretado ese trámite:

⁵ **Área de Salud de Pérez Zeledón:** 01. EBÁIS Cajón, 02. PVP Cedral, 03.PVP Las Brisas, 04. PVP San Francisco, 05. PVP Santa Marta, 06. PVP Santa María, 07. EBÁIS General Viejo, 08. PVP Montecarlo, 09. PVP Peñas Blancas, 10. PVP Quizarrá, 11. EBÁIS La Palma, 12. EBÁIS Páramo, 13. PVP Los Ángeles, 14. PVP California, 15. PVP San Ramón Norte, 16. PVP Santo Tomás, 17. EBÁIS Pavones, 18. PVP Cocorí, 19. PVP La Angostura, 20. PVP La Esperanza, 21. PVP San Agustín, 22. PVP San Luis de Morete, 23. EBÁIS de Pejibaye, 24. PVP Concepción de Pilas, 25. PVP San Miguel, 26. PVP El Águila, 27. PVP Guajjaral, 28. PVP Las Mesas, 29. EBÁIS Río nuevo, 30. PVP Llano Savegre, 31. PVP Savegre, 32. EBÁIS Rivas, 33. PVP Chimirol, 34. PVP Herradura, 35. PVP San Gerardo, 36. EBÁIS San Pablo. 37. PVP China Kichá, 38. EBÁIS San Pedro. 39. PVP Santa Cecilia, 40. PVP Tambor, 41. EBÁIS de Platanares, 42. PVP Concepción, 43. PVP San Juan Bosco, 44. PVP Villa Argentina, 45. PVP Bajo Las Bonitas, 46. PVP Bolivia, 47. PVP El Socorro, 48. PVP La Suiza, 49. PVP Los Reyes, 50. PVP Oratorio y 51. PVP San Gerardo.

<p>Imagen 1 Ebáis de Pavones</p> 	<p>Imagen 2 Sala de espera</p> 	<p>Imagen 3 Paredes internas con cortinas</p> 
<p>Imagen 4 Hacinamiento interno</p> 	<p>Imagen 5 Orificios, intento de vandalismo</p> 	<p>Imagen 6 Malla perimetral abierta</p> 
<p>Fuente: Inspección ocular</p>		

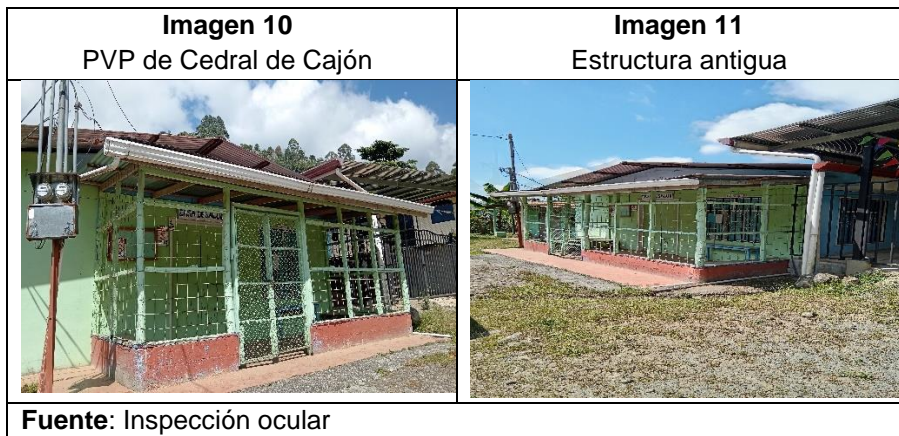
8.1.2. Ebáis de la Palma, área de salud de Pérez Zeledón

El edificio pertenece a la institución y evidencia ausencia de actividades de mantenimiento, específicamente, deterioro en la pintura de las paredes internas y externas, los aleros con ausencia de láminas de cielo, estructura de techo con corrosión, presencia de comején, piso con material desprendido, entre otros aspectos:

<p>Imagen 7 Corrosión</p> 	<p>Imagen 8 Aleros con ausencia de láminas</p> 	<p>Imagen 9 Deterioro en cielo raso</p> 
<p>Fuente: Inspección ocular</p>		

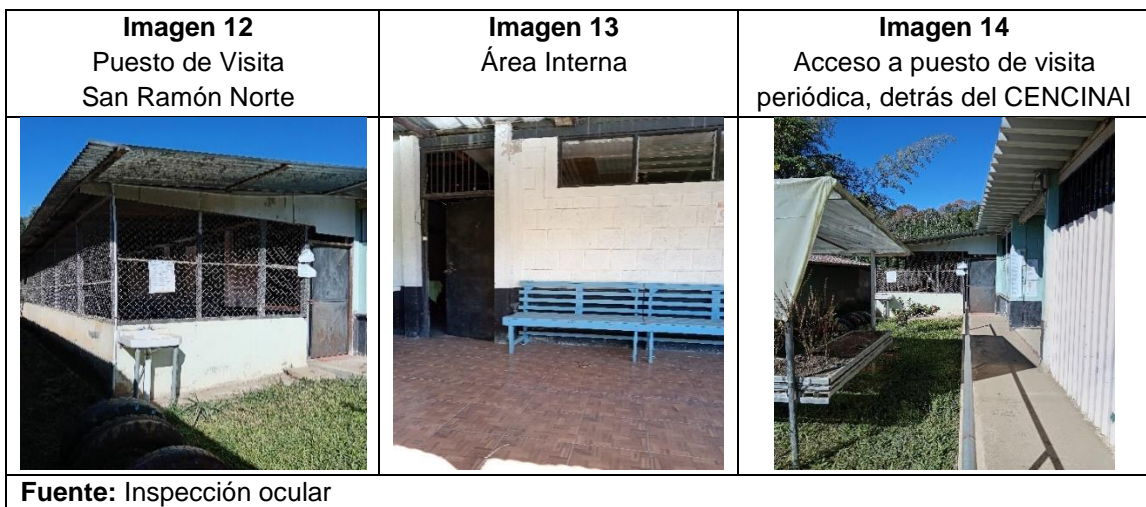
8.1.3. Puesto de Visita Periódica de Cedral

Es una estructura de madera antigua perteneciente a la Asociación de Desarrollo. Se evidencia bastante deteriorada, con las láminas de cielo raso con exceso de herrumbre, sala de espera sin cielo raso, ausencia de celosías, entre otros aspectos:






8.1.4. Puesto de Visita Periódica de San Ramón Norte

Estructura deteriorada que pertenece al Ministerio de Salud. Se ubica detrás del CEN CINAI de San Ramón Norte, sala de espera sin cielo raso, cubierta de techo con herrumbre, incumplimiento de Ley 7600, presencia de herrumbre en estructura de malla, ausencia de celosías y de pintura en la edificación:



8.1.5. Puesto de Visita Periódica de Herradura

Es una edificación antigua de paredes livianas perteneciente a la comunidad. Se evidencia con falta de pintura en las paredes internas y externas, canoas con herrumbre, ventanas sin verjas, columnas, paredes y puertas con estructura deteriorada por el comején:




<p>Imagen 15 Fachada principal</p>	<p>Imagen 16 Paredes con comején</p>	<p>Imagen 17 Fachada lateral</p>
		
<p>Fuente: Inspección Ocular</p>		

8.2. Área de Salud de Osa

De conformidad con la inspección ocular efectuada a 21 infraestructuras adscritas al área de salud de Osa⁶, se evidenciaron inmuebles de reciente edificación, no obstante, se determinaron oportunidades de mejora en el mantenimiento de las sedes de Ebáis Piedras Blancas y los Puestos de Visita Periódica de Cajón y Sinaí.

8.2.1. Sede de Ebáis de Piedras Blancas




Es una edificación que pertenece a la institución, con desprendimiento de pintura en las paredes internas y externas, la cubierta de techo evidencia exceso de suciedad, presencia de vegetación en paredes y canoas, orificios en el cielo raso del área interna, ausencia de luminarias, entre otros aspectos:

<p>Imagen 18 Sede de Ebáis de Piedras Blancas</p>	<p>Imagen 19 Desprendimientos de pintura en paredes</p>	<p>Imagen 20 Cubierta de techo exceso de suciedad</p>
		
<p>Fuente: Inspección ocular</p>		

8.2.2. Puesto de Visita Periódica de Cajón




⁶ 01. EBÁIS Uvita, 02. EBÁIS Coronado, 03. EBÁIS Ojo de Agua, 04. EBÁIS Palmar Sur, 05. EBÁIS Sierpe, 06. EBÁIS Palmar Norte, 07. PVP Cajón, 08. PVP Bahía Chal, 09. EBÁIS Piedras Blancas, 10. EBÁIS Tinoco, 11. EBÁIS Los Mogos, 12. PVP Los Ángeles, 13. PVP Ajuntaderas, 14. PVP Finca Guanacaste, 15. PVP Olla Cero y 16. PVP Sinaí.

Es una edificación antigua, de zócalo, perteneciente a la comunidad, con paredes y pintura desgastada, con canoas desprendidas y agrietadas, cielo raso del alero ausente, presencia de corrosión en verjas, sistema eléctrico sin entubar, cubierta de techo oxidada, entre otros aspectos. Se destalla lo evidenciado:

Imagen 21 PVP- Cajón Área de Salud de Osa	Imagen 22 Canoa desprendida y quebrada	Imagen 23 Alero sin cielo raso
		
Fuente: Inspección ocular		

8.2.3. Puesto de Visita Periódica de Sinaí

Es una edificación prestada perteneciente a la comunidad. Es una estructura con hacinamiento, con áreas internas pequeñas, incumplimientos a la Ley 7600, área interna sin cielo raso, paredes internas livianas sin terminar, con presencia de comején, instalación eléctrica sin entubar, paredes internas de cemento con partes sin terminar, la cama de exploración dada de baja pero se reutiliza y está muy deteriorada, con blocks improvisados como gradas, la banca de la sala de espera quebrada, paredes externas con ausencia de pintura:

Imagen 24 PVP Cajón.	Imagen 25 Paredes Internas sin terminar	Imagen 26 Paredes Internas sin terminar
		
Imagen 27 Instalación eléctrica sin entubar, área sin cielo raso	Imagen 28 Improvisación de block como gradas	Imagen 29 Área externa sin pintura



Fuente: Inspección ocular.

8.3. Área de Salud de Golfito

De conformidad con la inspección ocular efectuada a 17 infraestructuras adscritas al área de salud de Golfito⁷ se determinaron oportunidades de mejora en el mantenimiento de las sedes de Ebáis de Villa Briceño y los Puestos de Visita Periódica de Viquillas, La Gamba, Florida, Pueblo Nuevo, Guadalupe, Llano Bonito y San Miguel. Al respecto, es importante indicar que solo la sede de Ebáis de Villa Briceño pertenece a la institución, los Puestos de Visita Periódica citados son propiedad de las comunidades. Se detalla lo evidenciado:

8.3.1. Sede de Ebáis de Villa Briceño

Las condiciones encontradas en esta edificación perteneciente a la institución refieren que la cubierta de techo está con herrumbre, sin pintura, las precintas y tapicheles desprendidos, canoas con pintura deteriorada, la cerrajería de las puertas en mal estado, presencia de hongos y suciedad en paredes externas y precintas, la pintura de las paredes internas y externas deteriorada, accesos con incumplimientos a la Ley 7600, ausencia de luminarias y de cielo raso en aleros:

Imagen 30 Ebáis de Villa Briceño	Imagen 31 Aleros sin cielo raso	Imagen 32 Incumplimientos Ley 7600
		
<p>Fuente: Inspección ocular</p>		

8.3.2. Puestos de Visita Periódica de Viquillas, La Gamba, Florida, Pueblo Nuevo, Guadalupe, Llano Bonito, San Miguel

⁷ 01. PVP Viquillas, 02. PVP Gambas, 03. EBÁIS Villa Briceño, 04. PVP Florida, 05. PVP Pueblo Nuevo, 06. PVP El Progreso, 07. EBÁIS Comte, 08. PVP La Virgen, 09. PVP Zancudo, 10. PVP Cañaza, 11. PVP Guadalupe, 12. PVP Llano Bonito, 13. PVP Palo Seco, 14. PVP Rancho Quemado, 15. PVP Rincón, 16. PVP San Miguel, 17. PVP Vanejas .

Todas estas edificaciones pertenecen a las comunidades. Evidencian condiciones limitadas en su estructura, tales como paredes agrietadas o fisuradas, deterioro de cielorrasos y aleros, desprendimiento o deterioro de pintura en paredes de áreas internas y externas, componentes de madera deteriorados por acción de termitas en puertas, marcos y ventanas, llavines de puertas desajustadas y oxidadas, puertas con acabado final deteriorado y desplomadas que dificultan el correcto funcionamiento, asientos (banacas) y escritorios de madera en mal estado, ventanas quebradas, incumplimiento de la Ley 7600, entre otros aspectos. Es importante resaltar las condiciones deterioradas de los Puestos de Visita Periódica de Guadalupe y La Florida, cuyos servicios se brindan en salones comunales en mal estado:

<p>Imagen 33 PVP Viquillas</p>	<p>Imagen 34 PVP La Gamba</p>	<p>Imagen 35 PVP-Pueblo Nuevo</p>
		
<p>Imágenes 36-37 PVP La Florida en salón comunal</p>		<p>Imagen 38 PVP-Llano Bonito</p>
		
<p>Imágenes 39-40 Puesto de Visita de Guadalupe en salón comunal</p>		<p>Imagen 41 PVP- San Miguel</p>
		
<p>Fuente: Inspección ocular</p>		

8.4. Área de Salud de Coto Brus

De conformidad con la inspección ocular efectuada a 38 infraestructuras adscritas al área de salud de Coto Brus (9 sedes de Ebáis y 29 Puestos de Visita Periódica⁸), se determinaron infraestructuras de sedes de PVP no habilitadas, aun cuando las edificaciones se evidencian en condiciones de uso. Sobre lo anterior y según el Compendio Estadístico de Áreas de Salud, Sedes de EBÁIS y Puestos de Visita Periódica de la Caja Costarricense del Seguro Social, elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, al 31 de diciembre de 2022, el área de salud de Coto Brus disponía de 33 PVP habilitados, sin embargo, un año después -31 de diciembre de 2023- solo se habilitaron 13 edificaciones de ese tipo. Este tema es abordado por la Auditoría interna en oficio de advertencia paralelo a este informe.

En cuanto a los 13 PVP que están habilitados⁹, se determinaron oportunidades de mejora en el mantenimiento de los PVP de Porto Llano y San Miguel, que evidencian estructuras antiguas y deterioradas:



Con respecto a las 9 Sedes de Ebáis inspeccionadas, se determinaron construcciones recientes o remodeladas, sin embargo, es importante implementar acciones de mantenimiento preventivo y correctivo para que no se deterioren. Asimismo, se comprobaron oportunidades de mejora en el mantenimiento de las sedes de los Ebáis de Gutiérrez Brown y Sabalito, las cuales, entre otros aspectos, evidencian hacinamiento, estructuras deterioradas, paredes agrietadas o fisuradas, deterioro de cielorrasos y aleros, desprendimiento o deterioro de pintura en paredes de áreas internas y externas, desprendimiento de cerámica, incumplimientos a la Ley 7600, entre otros aspectos:

⁸ 01. PVP Pueblo Nuevo, 02. PVP San Ramón, 03. PVP Porto Llano, 04. PVP San Miguel, 05. PVP San Luis, 06. EBÁIS La Lucha, 07. PVP San Antonio, 08. PVP Valle Azul, 09. EBÁIS Agua Buena, 10. PVP Danto, 11 PVP Los Reyes, 12. PVP Maravillas, 13. Santa Teresa, 14. PVP Brasilia, 15. PVP Sereno, 16. PVP Santa Rosa, 17. EBÁIS Sabalito, 18. EBÁIS San Vito, 19. EBÁIS Sabanillas, 20. EBÁIS Fila Guinea, 21. EBÁIS Gutiérrez Brown, 22. EBÁIS La Casona, 23. EBÁIS Santa Elena, 24. PVP Fila Méndez, 25. PVP Kamakiri, 26. PVP Bello Oriente, 27. PVP Brumalis, 28. PVP El Roble, 29. PVP Fila Naranja, 30. PVP Flor del Roble, 31. PVP Parcelas Alpha, 32. PVP Siete Colinas, 33. PVP Aguas Calientes, 34. PVP Fila Pinar, 35. PVP Paraíso de Changuena, 36. PVP San Rafael de Limoncito, 37. PVP Sansi y 38. EBÁIS Sabalito.

⁹ PVP. Pueblo Nuevo, San Ramón, Porto Llano, San Miguel, San Antonio, Fila Méndez, Brusmalis, El Roble, Fila Naranja, Parcelas Alpha, Siete Colinas, Fila Pinar, Sansi.



8.5. Área de Salud de Buenos Aires

De conformidad con la inspección ocular efectuada a 35 infraestructuras adscritas al área de salud de Buenos Aires¹⁰, se determinaron condiciones aceptables para el funcionamiento de los centros de salud y oportunidades de mejora en la sede del Ebáis de Boruca y en el Puesto de Visita Periódica de San Antonio.

8.5.1. Ebáis de Boruca

La estructura pertenece a la Asociación de Desarrollo Indígena y evidencia la ausencia de labores de mantenimiento preventivo, lo que genera el deterioro de los componentes de la edificación. Entre otros aspectos, la cubierta de techo evidencia herrumbre y suciedad, la pintura de las paredes internas y externas deterioradas, las columnas y vigas con exceso de oxidación, aceras con el repello desprendido, ausencia de luminarias, cableado eléctrico sin entubar.

8.5.2. Sede Puesto de Visita Periódica de San Antonio.

Es una edificación perteneciente a la comunidad, presenta la pintura de las paredes internas y externas desgastada, vegetación en canoas, ausencia y desprendimientos de canoas y bajantes, precintas quebradas, ausencia de cielo raso y luminarias, aceras con repello desprendido, cubierta de techo con herrumbre, entre otros aspectos:

¹⁰ 01. PVP Convento, 02. PVP Altamira, 03. PVP Cordoncillo, 04. EBÁIS Volcán, 05. PVP Peje, 06. EBÁIS Santa Marta, 07. EBÁIS Central, 08. PVP Térraba, 9. PVP Pilas, 10. PVP Ceibón, 11. PVP Bijagual, 12. PVP Chamba, 13. PVP Santa Teresita, 14. PVP Colinas, 15. PVP Maíz, 16. EBÁIS Boruca, 17. PVP San Antonio, 18. EBÁIS Salitre, 19. PVP Ujarrás, 20. EBÁIS Santa Cruz y 21. PVP Guácimo, 22. EBÁIS Biolley, 23. PVP La Puna, 24. PVP La Lucha, 25. EBÁIS Potrero Grande, 26. PVP Brujo, 27. PVP San Rafael, 28. PVP San Juan, 29. PVP Bolas, 30. EBÁIS Las Brisas, 31. PVP Cajón, 32. PVP Curré, 33. PVP Santa Lucía, 34. PVP La Bonita, 35. PVP Chánguena.



Para este hallazgo es importante resaltar que esta Auditoría Interna emitió el informe ASALUD-RL-99-2021 (anterior nomenclatura AGO-99-2021), del 8 de noviembre del 2021, denominado *“Auditoría de carácter especial sobre la gestión de mantenimiento en el Área de Salud de Corredores”*, el cual estableció la recomendación 1 orientada a realizar las valoraciones técnicas de la planta física de los puestos de visita periódica que no pertenecen a la institución a nivel de la región Brunca con la finalidad de que se mejore la infraestructura.

Sin embargo, a) como la administración no ha atendido esa recomendación 1 del informe del 2021, se le otorgó una primera prórroga de atención de la recomendación con vencimiento al 30 de agosto del 2024 y ha solicitado recientemente la segunda prórroga para su cumplimiento y b) la recomendación 11 del presente informe tiene el mismo espíritu, pero incluye a todas las Áreas de Salud de la Región Brunca, todos los establecimientos de salud pertenecientes o no a la CCSS, así como las valoraciones técnicas o diagnósticos de la infraestructura; motivo por el cual esta Auditoría Interna considera pertinente que la recomendación 1 del informe AGO-99-2021 sería abordada en el presente informe por la recomendación 11 (relacionado con este hallazgo 9), en el entendido de que tiene una connotación más integral, siendo que resulta más eficiente para la administración.

No obstante, la Subárea de Seguimiento de esta Auditoría Interna, mediante informe de seguimiento establecerá el estado de atención de la recomendación 1 del informe ASALUD-RL-99-2021 (anterior nomenclatura AGO-0099-2021), correlacionando su análisis en razón de la recomendación 11 del presente informe.

El Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional, aprobado por Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en la sesión 8602, artículo 22, celebrada el 27 de setiembre de 2012, establece, en el capítulo 7, artículo 33, incisos a, b, e y g, sobre los deberes y responsabilidades del superior jerárquico del establecimiento en el Nivel Local:

“El Superior del establecimiento en el Nivel Local, como máxima autoridad, asume los siguientes deberes y responsabilidades respecto al SIGMI:

- a) *Debe conocer el recurso físico asignado a la Unidad Ejecutora y el estado de su funcionamiento.*
- b) *Es el responsable de coordinar con el encargado administrativo o administrador de la unidad y el funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento del establecimiento en el Nivel Local, la implementación del programa de mantenimiento en la Unidad Ejecutora a su cargo, de acuerdo con lo previsto en este Reglamento (...)*
- e) *Debe instruir y supervisar a la Jefatura o funcionario responsable del mantenimiento, sobre la implementación de las decisiones administrativas relacionadas con los Programas y Planes Anuales Operativos en materia de mantenimiento (...)*
- g) *Gestionar la evaluación de la gestión del manteamiento y el estado del recurso físico de la unidad”.*

Ese mismo Reglamento, en el artículo 34 dispone lo siguiente, sobre los deberes y responsabilidades del administrador del establecimiento en el Nivel Local:

“El administrador del establecimiento tendrá los siguientes deberes y responsabilidades respecto al SIGMI:

- a) *Debe conocer el recurso físico asignado a la Unidad Ejecutora y el estado de su funcionamiento.*
- b) *Debe conocer la estructura organizacional y funcional de la unidad o actividad de mantenimiento, así como la capacidad resolutive con que cuenta.*
- c) *Debe conocer con profundidad los planes anuales operativos de la unidad de mantenimiento y en caso de no contar con esa unidad, debe participar directamente en la formulación de los planes, en coordinación con el profesional del Nivel Regional o de la instancia superior responsable de mantenimiento a la cual refiera, según corresponda.*
- d) *En relación con las actividades de mantenimiento que no se puedan ejecutar, por falta de competencia o recursos, deberá gestionar ante los niveles respectivos lo que corresponda.*
- e) *Debe asignar los recursos presupuestarios requeridos, en coordinación con el encargado de presupuesto y la jefatura o responsable del mantenimiento, para el cumplimiento del programa y plan anual de mantenimiento.*
- f) *Es su responsabilidad básica velar por la disponibilidad y funcionalidad del recurso físico del establecimiento en todo momento, y que funcione dentro de los parámetros de calidad, eficiencia y seguridad (...)*
- h) *Debe disponer de los mecanismos de información que le permitan supervisar y controlar el desempeño de los programas de mantenimiento en todos sus aspectos una vez establecidos.*
- i) *Debe conocer los programas y las funciones de la unidad o actividad de mantenimiento para una adecuada toma de decisiones (...)*

k) Gestionar la evaluación de la gestión del mantenimiento y el estado del recurso físico de la unidad.”

Así mismo, el artículo 40 señala los deberes del funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento en el ámbito regional:

“El funcionario responsable de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento en el ámbito Regional, tendrá los siguientes deberes y responsabilidades:

“a) Implementar los principios éticos y técnicos de este reglamento para la administración de la unidad o actividad del mantenimiento regional, utilizando en forma efectiva los recursos asignados para la gestión del mantenimiento.

b) Planificar, ejecutar, evaluar y controlar los programas de mantenimiento del recurso físico de la región.

c) Aplicar las normas, los manuales de procedimientos y establecer los métodos de trabajo para asegurar la disponibilidad y confiabilidad del recurso físico en la región.

d) Establecer los mecanismos de coordinación permanente con el nivel jerárquico superior y con los funcionarios responsables de coordinar y dirigir las actividades de mantenimiento en los distintos establecimientos de la región.

e) Mantener actualizado el inventario técnico del recurso físico de la región.

f) Elaborar los términos de referencia para la contratación de bienes y servicios para el mantenimiento del recurso físico regional, que no puedan asumir las Unidades Ejecutoras locales (establecimientos de salud, sucursales u otros). Así mismo, deberá verificar que los contratos de mantenimiento contengan las condiciones técnicas de cómo se brindará el servicio contratado.

g) Controlar y verificar el cumplimiento de la ejecución de los contratos a terceros, en lo que respecta a los aspectos técnicos de mantenimiento del recurso físico, y dar visto bueno cuando corresponda, a las facturas de cobro para el trámite de pago, para aquellas Unidades Ejecutoras que no cuentan con una unidad de mantenimiento.

h) Realizar con la orientación del Nivel Central Rector-Regulador, la evaluación de la gestión del mantenimiento y del estado del recurso físico del Nivel Local en su ámbito de competencia.

i) Consolidar los informes semestrales y anuales sobre la ejecución y control de la gestión de mantenimiento y del estado del recurso físico de la región.

j) Coadyuvar en la consolidación de los informes sobre la evaluación de la gestión de mantenimiento y del estado del recurso físico.

k) Formular el Plan Anual Operativo y el presupuesto de la unidad o actividad de mantenimiento Regional, para su posterior discusión con el director regional.

l) Gestionar las necesidades de capacitación y formación del personal de la unidad o actividad de mantenimiento regional, y del personal de mantenimiento de los establecimientos de la región, de acuerdo con el requerimiento de conocimiento, destrezas y habilidades.

m) Cuando participe en la etapa de recomendación relacionada con la adquisición de equipos médicos, industriales o administrativos, al igual que en la recepción de los equipos que se adquieran, debe indicar formalmente si los mismos cumplen con las especificaciones establecidas en la contratación respecto al mantenimiento.

n) Asesorar a los funcionarios responsables de coordinar y dirigir o ejecutar las actividades de mantenimiento locales, sobre la implementación de normas y/o directrices relacionadas con el mantenimiento y estado del recurso físico.

o) Implementar indicadores de desempeño en la gestión de mantenimiento”.

Esta Auditoría considera, entre otras, las siguientes causas que intervienen en el estado y condiciones que presentan las edificaciones citadas, entre ellas, la disponibilidad de recurso técnico en mantenimiento, la gestión propia de la dirección y administración de las áreas de salud, la gestión del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento como coordinador en este tema, e incluso, las organizaciones comunales encargadas de mantener en condiciones óptimas de funcionamiento los recintos facilitados a la institución para brindar el servicio.

Al respecto, esta Auditoría determinó que la región, en general, carece de recurso humano técnico que brinde apoyo en el tema del mantenimiento. Por ejemplo, el área de salud de Pérez Zeledón tiene adscritos 63 Puestos de Visita Periódica y 17 Sedes de Ebáis, sin embargo, esa unidad no dispone del servicio de Ingeniería y Mantenimiento para realizar las reparaciones necesarias. Igual sucede con las áreas de salud de Golfito y Osa, que no disponen de personal de mantenimiento, por lo que deben acudir al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento para gestionar lo necesario en este tema, o bien, a los hospitales regionales para que se les facilite personal de mantenimiento para atender situaciones de emergencia que surgen.

Por otra parte, las áreas de salud que sí disponen de este recurso (Buenos Aires y Coto Brus), encuentran una serie de limitaciones para desarrollar esas labores, como la disponibilidad de transporte para el desplazamiento a las edificaciones, de material para realizar las reparaciones e, incluso, las distancias existentes a esos recintos, debido a que algunas de ellas se encuentran a 3 horas o más de la sede del área de salud. No obstante, disponer de ese recurso beneficia a esas áreas de salud, que pueden atender, de alguna forma, este tema.

Por otra parte, las unidades que no disponen de personal en mantenimiento recurren a contrataciones por terceros, sin embargo, esa gestión ocupa el apoyo del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, que se encarga de realizar los diagnósticos y las especificaciones técnicas correspondientes, no obstante, las múltiples responsabilidades de ARIM genera que este trámite demore en atenderse.

Otro aspecto para considerar en el tema del mantenimiento de las edificaciones es el compromiso de la Administración Activa para brindar seguimiento y exigir condiciones adecuadas a las Asociaciones de Desarrollo o Comités de Salud para cada una de las edificaciones en la que la institución brinda los servicios médicos. Este seguimiento servirá para atender, de manera oportuna, las debilidades evidenciadas y forzar a las comunidades a mantener, en condiciones adecuadas, esas edificaciones.

Lo evidenciado en el presente hallazgo genera que los servicios médicos se brinden en estructuras que no cumplen estándares de calidad convenientes y que, por necesidad, los usuarios institucionales reciban los servicios médicos en edificaciones en condiciones deficitarias. Aunado a lo anterior, los funcionarios deben realizar sus labores con condiciones paupérrimas. En general, estas condiciones impactan la imagen institucional, aun cuando los servicios médicos se brindan en locales prestados por las comunidades, de ahí la importancia de un control y seguimiento para mejorar las condiciones de esas edificaciones.

De conformidad con la revisión efectuada se concluye que las unidades ejecutoras adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, tienen un porcentaje promedio de ejecución del 96 % para las subpartidas 2156 y 2550 en los periodos comprendidos entre el 2019 y 2023, porcentaje que se considera razonable.

No obstante, lo anterior, el incremento promedio de la subpartida 2156 en el rubro de asignación original se estima en un 2 % entre el periodo 2019-2023, sin embargo, el crecimiento aproximado de construcción en la región Brunca entre el 2016-2023, se aproxima al 26 %, por lo tanto, existe un aumento en la cantidad de metros cuadrados a nivel regional, sin que se observe un incremento en las subpartidas destinadas a brindar mantenimiento a esas nuevas edificaciones.

CONCLUSIONES

La evaluación efectuada permitió identificar oportunidades de mejora en los procesos de la gestión administrativa y operativa que se efectúa en el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, referente a las funciones que desarrolla, según lo establecido en el acuerdo de Junta Directiva adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, celebrada el 20 de octubre de 2005, en temas relacionados, principalmente, con la promoción de la gestión del mantenimiento en el nivel local.

Se observó que las actividades sustantivas del ARIM Brunca están orientadas a la gestión de proyectos y equipamiento, en función de la cantidad de proyectos que se realice en un determinado período, dejando por fuera la fiscalización y control de la gestión del mantenimiento a nivel local. En ese sentido, los programas y rutinas de mantenimiento para el recurso físico son fundamentales para la conservación de la infraestructura y representan una parte fundamental del proceso de atención al usuario, de ahí la importancia de acatar las políticas y lineamientos para su conservación y renovación, así como el desarrollo y fortalecimiento de sistemas de mantenimiento que permitan maximizar la vida útil de las instalaciones y del equipamiento, garantizando disponibilidad y funcionamiento adecuados para proporcionar un entorno seguro a los pacientes.

Las condiciones de conservación y mantenimiento del recurso físico de la infraestructura de la región Brunca es un aspecto que impacta directamente la imagen institucional y en la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios, independientemente de si estas edificaciones son propiedad de la CCSS o prestadas por las comunidades para brindar el servicio.

No obstante, preocupa a esta Auditoría el estado de las edificaciones prestadas por las comunidades, por cuanto evidencian condiciones deficitarias, tal es el caso de las facilitadas en el área de salud de Golfito, que -incluso- utilizan salones comunales para brindar la atención.

Sobre lo anterior, la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca debe fortalecer las medidas de control en relación con la planificación de las labores del ARIM, por cuanto valora su gestión basada únicamente en el avance de proyectos de infraestructura que realiza. Al respecto, esa planificación debe ser

congruente con los recursos presupuestarios solicitados por medio del Plan-Presupuesto, el cual se expresa por medio de metas, proyectos y actividades de innovación, investigación y dirección a desarrollar.

Por otra parte, es necesario fortalecer los controles en cuanto a la fiscalización de contratos de alquiler de inmuebles, por cuanto no son robustos y se evidencia una débil supervisión por parte de los administradores de estos, situación que no garantiza el cumplimiento de los requerimientos que debe cumplir el proveedor. Al respecto, la institución -en esos 5 alquileres- desembolsa un promedio mensual de 12,5 millones de colones, lo que significa más de 150 millones de colones por año; por tal motivo, debe exigir el cumplimiento total de los compromisos adquiridos en la contratación por terceros.

En lo referente a la planificación y ejecución de proyectos, se evidencia la necesidad de que la administración activa, además de adoptar aspectos de gestión que promuevan el desarrollo de la aplicación de sanas prácticas enfocadas al cumplimiento de los objetivos, implemente los procedimientos propios de la gestión de proyectos en apego a la normativa institucional, de manera que se robustezca y se alineen los procesos respectivos.

Por lo anterior, resulta de importancia que las direcciones y administraciones de las áreas de salud, así como del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento, brinden adecuado seguimiento a ese tema, y se realicen las acciones que sean viables para disponer de instalaciones en condiciones adecuadas para brindar el servicio al usuario.

RECOMENDACIONES

A LA DRA. PAMELA AGUILAR CALDERÓN, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA A.I. DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BRUNCA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Vincular las actividades sustantivas del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca con los objetivos establecidos en el acuerdo de la Junta Directiva de la institución adoptado en el artículo 9 de la sesión 8002, del 20 de octubre de 2005, con el propósito de garantizar su cumplimiento, de conformidad con los resultados de la vinculación y de ser necesario actualizar esas funciones sustantivas. Lo anterior, según lo expuesto en el **hallazgo 1** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentados los resultados de la vinculación, **en el plazo de 6 meses** posterior al recibo del presente informe.

2. Elaborar e instruir la implementación de un mecanismo de control para la revisión de la calidad de la información contenida en el Plan-Presupuesto de la DRIPSS- Brunca, con el objetivo de garantizar que esté libre de errores, defectos, que sea clara, veraz, consistente y que cumpla los lineamientos establecidos a nivel institucional en esa materia. Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el **hallazgo 2** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado el mecanismo de control y el oficio de instrucción correspondiente, **en el plazo de 6 meses** posterior al recibo del presente informe.

3. Gestionar una capacitación continua sobre la aplicación de la herramienta de Gestión de Riesgos Institucional, con el objetivo de transmitir el conocimiento a las unidades adscritas a dicha región. Para los contenidos se pueden consultar instrumentos como la Guía Institucional de Valoración de Riesgo, la Política Institucional de Riesgos, las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de

Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), entre otros. Lo anterior, de conformidad con el hallazgo 3 del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la evidencia documental de las gestiones respectivas (oficios de solicitud y de respuesta, los documentos de coordinación, las listas de asistencia con la información de la capacitación -horario, tema, fecha-, entre otros) que se generen con las unidades correspondientes de brindar las capacitaciones, **en el plazo de 6 meses** posterior al recibo del presente informe.

4. Instruir a los equipos gestores de riesgos de esa dirección de red, que para completar la herramienta institucional de Gestión de Riesgos es necesario utilizar diferentes técnicas para su identificación, como lo establece la Guía de Valoración de Riesgos en el apartado 4.2 y las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) en el apartado 4.2; en ese sentido, también es importante considerar los relacionados con las funciones sustantivas de cada unidad. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 3** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la instrucción solicitada, **en el plazo de 1 mes** posterior al recibo del presente informe.

5. Definir una estrategia de implementación de la metodología para elaborar los programas de mantenimiento del recurso físico de las unidades adscritas a esa dirección de red, considerando la "Guía para la elaboración del programa de mantenimiento del recurso físico en las unidades de las CCSS". Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 4** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la estrategia aprobada por la unidad competente para cumplir con lo solicitado, que contenga al menos un cronograma con las actividades a desarrollar, matriz de responsabilidades y otros que consideren pertinentes, **en el plazo de 12 meses** posterior al recibo del presente informe.

6. Elaborar un instrumento de control para verificar la aplicación de la "Herramienta de Evaluación de infraestructura (DMI-DR063), utilizada para conocer el estado general de las condiciones de la infraestructura física de los edificios pertenecientes a la CCSS. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 4** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado el instrumento de control solicitado, **en el plazo de 3 meses**.

7. Solicitar a las unidades adscritas a esa Dirección de Red, la certificación del cumplimiento de lo instruido por la Gerencia General en el oficio GG-1058-2023, del 6 de septiembre 2023, relacionado con el registro oportuno del recurso físico para la salida en vivo del proyecto del ERP que estará para enero de 2025. Lo anterior, de conformidad con lo señalado en el **hallazgo 4** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación se deberá remitir -a esta Auditoría- las certificaciones emitidas por cada una de las unidades (haciendo constar el cumplimiento de lo establecido en el oficio GG-1058-2023, del 6 de septiembre 2023), **en el plazo de 4 meses** posterior al recibo del presente informe.

8. Instruir a las unidades a su cargo, la revisión de los contratos de arrendamiento de edificios con la finalidad de fortalecer las actividades de control, garantizar la supervisión en lo referente a las cláusulas relacionadas con el tema de mantenimiento y cumplir con los compromisos pactados en el pliego cartelario. Lo anterior, de conformidad con lo evidenciado en el **hallazgo 5** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, remitir a esta Auditoría la instrucción emitida para cumplir con lo solicitado, **en el plazo de 3 meses** posterior al recibo del presente informe.

9. Instruir a los titulares subordinados adscritos a esa dirección de red, que para completar la herramienta Autoevaluación de la Gestión de Control Interno, es necesario utilizar los insumos emitidos por la Dirección de Sistemas Administrativos por medio del Área de Gestión de Control Interno, considerando: los lineamientos para la vinculación de la autoevaluación de la gestión con la Valoración de Riesgos, los instructivos para la descarga y llenado de la herramienta de Autoevaluación de la Gestión y/o los videotutoriales del uso de la herramienta, entre otros. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 6** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la instrucción solicitada, **en el plazo de 1 mes** posterior al recibo del presente informe.

AL ING. JOSUÉ UREÑA TRIGUEROS, EN SU CALIDAD DE JEFE DEL ÁREA REGIONAL DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO BRUNCA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

10. Establecer un plan de acción para subsanar las debilidades evidenciadas en cuanto a la gestión de proyectos que realiza el ARIM Brunca, con el objetivo de determinar los aspectos necesarios para fortalecer la metodología aplicada por esa área técnica, de manera que esté en apego a los lineamientos institucionales (PE-DPI-1127-2023, PE-3206-2022, GIT-0629-2023/GM-5871-2023) y cumplir con lo relativo a la administración del portafolio de proyectos. Lo anterior, de conformidad con lo evidenciado en el **hallazgo 7** de este informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir -a esta Auditoría- el plan de acción aprobado por la Dirección de Red Integrada para la Prestación de Servicios de Salud Brunca (como unidad competente) para cumplir con lo solicitado, que contenga al menos un cronograma con las actividades a desarrollar, matriz de responsabilidades y otros que consideren pertinentes, **en el plazo de 8 meses** posterior al recibo del presente informe.

11. Elaborar en coordinación con los directores y administradores de las áreas de salud de Pérez Zeledón, Buenos Aires, Golfito, Coto Brus, Corredores y Osa, una estrategia basada en diagnósticos de infraestructura con el fin de atender el tema del mantenimiento correctivo del recurso físico en el que se presta los servicios de salud, tanto los pertenecientes o no a la institución. Lo anterior de conformidad con el **hallazgo 8** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir a esta Auditoría la estrategia aprobada por la unidad competente para cumplir con lo solicitado, que contenga al menos un cronograma con las actividades a desarrollar, matriz de responsabilidades, recursos financieros y otros que consideren pertinentes, **en el plazo de 8 meses** posteriores al recibo del presente informe.

AL LIC. LUIS ALBERTO GONZÁLEZ MONTES, EN SU CALIDAD DE ADMINISTRADOR DEL ÁREA DE SALUD DE OSA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

12. Efectuar, en coordinación con el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, una revisión técnica de las condiciones de conservación del Laboratorio Clínico y Bodega de Farmacia del área de salud de Osa, con el objetivo de evidenciar el cumplimiento mínimo normativo para el funcionamiento y confort de los usuarios. Una vez se disponga de los resultados, esa administración debe solicitar al arrendatario las mejoras correspondientes. Lo anterior, de conformidad con lo evidenciado en el **hallazgo 5** del presente informe.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, presentar -a esta Auditoría- los resultados de la revisión técnica, el oficio de solicitud de mejoras al arrendatario, así como el oficio de respuesta que incluya el cronograma de trabajo donde se observe, como mínimo, actividades a efectuar, fechas de inicio y finalización, y responsables, en el **plazo de 4 meses** posteriores al recibo del presente informe.

En relación con las recomendaciones expuestas en el presente informe, en el plazo de 10 días hábiles¹¹ se deberá remitir a esta Auditoría el "cronograma" ¹² 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, 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 lo establecido en los artículos 62 y 65 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los alcances del presente informe se comentaron con la Dra. Pamela Aguilar Calderón, directora a.i., el Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe de la ARIM, ambos de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, el Lic. Luis Alberto González Montes, administrador y el Dr. Mario Alfredo Lara Villalobos, director, ambos del Área de Salud de Osa.

Referente a los **hallazgos**, se emitieron los siguientes comentarios y se valoraron las observaciones de la administración según se detalla a continuación:

El Ing. Josué Ureña Trigueros mencionó:

"En primera instancia agradecer a la Auditoría por el estudio debido a que permite conocer las oportunidades de mejora que tiene la Región Brunca en tema de gestión de proyectos y mantenimiento.

¹¹ 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.

¹² Requerido en el Art. 68 del Reglamento Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, el cual hemos denominado en el SIGA: "Cronograma de acciones para el cumplimiento de recomendaciones"

Con los resultados de la evaluación se tiene a conocimiento las deficiencias y debilidades en la región Brunca, lo cual es importante para poder realizar el abordaje respectivo.

De lo expuesto por la Auditoría Interna, existen aspectos que son del conocimiento de la ARIM Brunca, sin embargo, existen factores que limitan la atención oportuna, no obstante, se realizan esfuerzos para cumplir con todo lo que demanda la Región. Asimismo, otros aspectos que no son del conocimiento del ARIM Brunca, pero a partir del informe serán un insumo para atender las diferentes problemáticas.

Reitero mi agradecimiento porque si es importante este tipo de oportunidades, las cuales son de recibo de buena forma por el ARIM Brunca y ayudará para la consecución de los objetivos en materia de ingeniería y mantenimiento.”

La Dra. Pamela Aguilar Calderón indicó:

“Me uno a las palabras del Ing. Ureña Trigueros, en cuanto a externar mi agradecimiento por las oportunidades de mejora identificadas por la Auditoría Interna mediante los hallazgos comentados, lo cual es de recibo por esta Dirección.

Me parece importante resaltar la gran labor que realiza el ARIM Brunca, por cuanto la región tiene la particularidad del distanciamiento entre los establecimientos de salud, lo que limita la visitas a los diferentes centros médicos y dificulta la atención oportuna en los diferentes aspectos del quehacer del mantenimiento e ingeniería, impactando negativamente la eficiencia en las labores, por los tiempos en los que se incurre para el traslado respectivo.

De mi parte, reitero mi agradecimiento por esta interacción de los resultados obtenidos y a la espera de las recomendaciones para la atención correspondiente.

Por otro lado, creo que el tema de los alquileres es super importante, más aún, cuando no se le brinda el seguimiento que se desearía o se debería”

El Dr. Mario Alfredo Lara Villalobos señaló:

“De mi parte siempre recibo de la mejor manera lo señalado por la Auditoría con el afán de mejor con el tiempo lo que corresponda. Me parece que el equipo de trabajo que se ha logrado con el ARIM Brunca, liderado por el Ing. Josué Ureña Trigueros en los últimos 7 años han sido muy buenos.

Es importante mencionar que el actual Laboratorio que se ubica en un inmueble antiguo, se adaptó en su momento para los fines de la prestación de los servicios de salud, sin embargo, siempre es difícil ubicar edificaciones que cumplan los requerimientos de la CCSS, no obstante, se está a meses para que nos entreguen la nueva edificación del laboratorio conforme a los requerimientos institucionales, lo cual viene a atender la exigente demanda que se nos presenta en esta unidad, referente a la población de Palmar Norte y Palmar Sur.”

Existen algunas mejoras que se realizan en la parte de infraestructura, pero a pesar del esfuerzo que se realice se tiene la dificultad de que los inmuebles no reúnan las condiciones mínimas para el funcionamiento óptimo, como es el caso del Laboratorio, el cual se adoptó en su momento con los lineamientos del Ministerio de Salud según corresponde.

Es importante mencionar que en ocasiones se presentan limitaciones para lograr la atención de los diferentes aspectos, como es lo referente a los recursos, pero se coordina con el ARIM Brunca para solventar de la mejor forma los requerimientos de esta Área.

Muchas gracias por las observaciones y la idea es ir mejorando y construyendo recurso físico adecuado para el servicio de la población.”

El Lic. Luis Alberto González Montes indicó:

“Me gustaría mencionar que en Osa hace años existe como un híbrido.

En la Comunidad de SINAI de Osa se utiliza un inmueble que pertenece a la comunidad quien se encarga del mantenimiento de la infraestructura, siendo que por parte de la CCSS lo que se facilita es el recurso humano de Odontología.

Asimismo, el Puesto de Visita Periódica del Valle de Cajón pertenece al Área de Salud de Buenos Aires, pero periódicamente vamos a visitar dicho establecimiento para brindar los servicios de salud a la población de las comunidades que colindan con el cantón de Buenos Aires.

Además es importante aclarar que los Puestos de Visita Periódica de Porto Llano y de San Miguel no son del Área de Salud de Osa”

El Ing. Róger Fernández León, Auditoría Interna, señala:

“Sobre los Puestos de Visita Periódica de Porto Llano y de San Miguel, es importante mencionar que la información se extrajo de la base de datos del Compendio Estadístico de las edificaciones de la CCSS donde se registra esa información a nivel institucional.”

El Lic. Geiner Arce Peñaranda, Auditoría Interna, señala lo siguiente sobre la misma situación del Compendio Estadístico:

“Sería relevante que institucionalmente se verifique a que se debe la incongruencia en los datos, si corresponde al envío de la información de manera incorrecta por el nivel local o a la tabulación inadecuada por el nivel central.”

La Auditoría Interna considera importante dejar consignadas en el informe las manifestaciones de la administración, por cuanto, responde a comentarios que no inciden o alteran de forma o fondo los resultados del producto.

Referente a las **recomendaciones**, se emitieron los siguientes comentarios y se valoraron las observaciones de la administración según se detalla a continuación:

Recomendaciones 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9

La Dra. Pamela Aguilar Calderón indicó:

“Estoy de acuerdo con la recomendación, incluyendo el plazo de cumplimiento.”

La Auditoría Interna no tiene comentarios al respecto debido a que las recomendaciones fueron aceptadas en forma, fondo y plazo de cumplimiento.

Recomendación 3

La Dra. Pamela Aguilar Calderón indicó:

“Esta recomendación me genera duda debido a que la semana pasada recibimos una capacitación a nivel nacional sobre el uso de esta herramienta por el Área Gestión de Control Interno, por lo que formaría parte de las capacitaciones. Valorar modificar lo referente a elaborar por “gestionar una capacitación continua”. El entregable que atendería la recomendación sería el o los documentos relacionados con las gestiones respectivas (solicitudes, coordinaciones, entre otros) que se generen con las unidades correspondientes de brindar las capacitaciones, sea que estas se otorguen o no. Asimismo, como parte de los entregables para el cumplimiento de la recomendación podría incluirse las listas de asistencia con la información de la capacitación (horario, tema, fecha, entre otros)

En cuanto al plazo estoy de acuerdo.”

La Auditoría Interna considera viable ajustar la recomendación en cuanto a que se considere en la redacción lo referente a gestionar una capacitación continua.

Recomendación 5

El Ing. Josué Ureña Trigueros mencionó:

“En síntesis, se analizará la propuesta o recomendación, de manera que se realice el desgaste en lo que se puede llevar a cabo, pero en el entendido de que no necesariamente se tendrá la ejecución del mantenimiento preventivo en las unidades, debido a que se solicita una estrategia y no una implementación de la estrategia. Si se tiene alguna duda o consulta sobre la forma o fondo del entregable, según lo indica la Auditoría, no habría inconveniente en contactarlos para aclararla y unificar criterios de lo que se realmente se requiere.

Por lo anterior estaría de acuerdo con la recomendación, incluyendo el plazo señalado”.

La Auditoría Interna considera importante dejar consignadas en el informe las manifestaciones de la administración, por cuanto, responde a comentarios que no inciden o alteran de forma o fondo la recomendación.

Recomendación 7

La Dra. Pamela Aguilar Calderón indicó:

“En virtud de lo señalado por la Auditoría en cuanto a que la información debe estar finalizada para enero del 2025 y ser consecuente con esta fecha, se acepta la recomendación planteada, incluyendo la disminución del plazo de cumplimiento en 2 meses, quedando en 4 meses para la atención de la recomendación. Asimismo, si eventualmente se requiriera mayor plazo debido a que las unidades no dispusieran de la información por diferentes factores, se procederá a solicitar la prórroga respectiva, aspecto que estará supeditado al ritmo de las unidades y según el comportamiento de la aplicación”

La Auditoría Interna considera pertinente ajustar el plazo de cumplimiento de la recomendación a 4 meses, de manera que sea consecuente con lo definido en la directriz institucional, aspecto que es avalado por la administración.

Recomendación 10

La Dra. Pamela Aguilar Calderón indicó:

“Siendo que la unidad competente en este caso es la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca, según lo señala la Auditoría, entonces se acepta la recomendación planteada con la modificación de que sea dirigida al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca para que sea atendida por esa área técnica y el entregable que se remita a la Auditoría lleve el visto bueno o aprobación de esta Dirección como unidad competente.”

El Ing. Josué Ureña Trigueros mencionó:

“Por las cargas de trabajo de la ARIM Brunca y otros factores propios de esta área, se considera pertinente ampliar el plazo en 2 meses, siendo en total 8 meses. Estoy de acuerdo con el fondo de la recomendación y que sea dirigida al ARIM, así como el plazo de cumplimiento de 8 meses.”

La Auditoría Interna considera viable dirigir la recomendación 10 al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento y que la aprobación del entregable sea otorgada por la Dirección de Red Integrada para la Prestación de Servicios de Salud Brunca como unidad competente. Asimismo, es viable ampliar el plazo de cumplimiento en 2 meses para un total de 8.

Recomendación 11

El Ing. Josué Ureña Trigueros señaló:

“Estoy de acuerdo con la recomendación, únicamente solicitaría ampliar el plazo en 2 meses, siendo en total 8 meses. Si se tiene alguna duda o consulta sobre la forma o fondo del entregable, según lo indica la Auditoría, no habría inconveniente en contactarlos para aclararla y unificar criterios de lo que se realmente se requiere”

El Ing. Juan Gabriel Barahona Chaves, Auditoría, señaló:

“Para efectos de esta recomendación es importante traer a colación y resaltar que esta Auditoría Interna emitió el informe AGO-99-2021, del 8 de noviembre del 2021, denominado “Auditoría de carácter especial sobre la gestión de mantenimiento en el Área de Salud de Corredores”, el cual estableció la recomendación 1 orientada a realizar las valoraciones técnicas de la planta física de los puestos de visita periódica que no pertenecen a la institución a nivel de la región Brunca con la finalidad de que se mejore la infraestructura, sin embargo, a) como la administración no ha atendido esa recomendación 1 del informe del 2021, se le otorgó una prórroga de atención de la recomendación con vencimiento al 30 de agosto del 2024 y ha solicitado recientemente otra prórroga para su cumplimiento y b) la recomendación 11 del presente informe incluye a todas las Áreas de Salud de la Región Brunca y todos los establecimientos pertenecientes o no a la CCSS, así como las valoraciones técnicas o diagnósticos de la infraestructura; es que esta Auditoría Interna considera pertinente que la recomendación 1 del informe AGO-99-2021 sea abordada en el presente informe en el entendido de que esta recomendación 11 es integral, incluyendo el aspecto solicitado desde noviembre del 2021 en la recomendación 1 del informe AGO-99-2021 por lo que resulta más eficiente y pragmático.

Este aspecto se incluirá dentro del presente informe.”

La Auditoría Interna considera viable ampliar el plazo de cumplimiento en 2 meses para un total de 8. En cuanto a la recomendación 1 del informe AGO-99-2021, se considerará abordada con la presente recomendación, lo cual se consignará en el presente informe.

Recomendación 12

El Lic. Luis Alberto González Montes indicó:



“Estoy de acuerdo con la recomendación, incluyendo el plazo de cumplimiento.”

El Ing. Josué Ureña Trigueros señaló:

“Estoy de acuerdo con la recomendación, incluyendo el plazo de cumplimiento.”

La Auditoría Interna no tiene comentarios al respecto debido a que las recomendaciones fueron aceptadas en forma, fondo y plazo de cumplimiento.

Comentarios Generales

La Ing. Alejandra Jara Sanabria, representante de la Subárea de Seguimientos de la Auditoría Interna, expone lo referente al Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna (ROFAI) en torno al monitoreo, seguimiento y atención de las recomendaciones, riesgos u observaciones emitidas a la administración.

Específicamente, la Subárea de Seguimientos expone en esa sesión de trabajo, lo relacionado a los artículos 67, 68, 91, 92, 93, 94 y 95 sobre la gestión de los seguimientos del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, además, se informó a la unidad evaluada, sobre la elaboración y remisión del cronograma para el cumplimiento de las recomendaciones.

Se clarifica que, en cuanto a la inclusión del cronograma con las actividades a realizar para el seguimiento de las 12 recomendaciones, la administración dispone de 10 días hábiles, por lo que es importante que se tome en consideración este aspecto.

A manera de resumen, es importante resaltar que se planteó el cambio en el plazo de cumplimiento de tres recomendaciones, a saber: la recomendación 7 (reducir el plazo para un total de 4 meses), así como las recomendaciones 10 y 11 (ampliar el plazo para un total de 8 meses).

ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL

Ing. Róger Fernández León
Asistente de Auditoría

Ing. Paul Arroyo Agüero, MGR
Asistente de Auditoría

Ing. Juan Gabriel Barahona Chaves
Asistente de Auditoría

Mag. Alexander Nájera Prado
Jefe de Área

RJS/ANP/GAP/PAA/RFL/JGBC/ams

ANEXO 1

Se realizó un recorrido entre el 29 de enero y el 8 de marzo de 2024 por las siguientes áreas de salud de la región Brunca, con la finalidad de corroborar las condiciones del recurso físico:

- Golfito (01. Puesto de Visita Periódica (PVP) Viquillas, 02. PVP Gambas, 03. EBÁIS Villa Briceño, 04. PVP Florida, 05. PVP Pueblo Nuevo, 06. PVP El Progreso, 07. EBÁIS Comte, 08. PVP La Virgen, 09. PVP Zancudo, 10. Sucursal Golfito, 11. Sede de área de salud Golfito, 12. PVP Cañaza, 13. PVP Guadalupe, 14. PVP Llano Bonito, 15. PVP Palo Seco, 16. PVP Rancho Quemado, 17. PVP Rincón, 18. PVP San Miguel, 19. PVP Vanejas).
- Corredores (20. EBÁIS Abrojo Norte, 21. PVP Los Planes, 22. PVP Coto 54, 23. sede del área de salud Corredores (servicio de Urgencias), 24. Hospital de Ciudad Neilly (servicio de Terapia Física).
- Pérez Zeledón (25. EBÁIS Cajón, 26. PVP Cedral, 27. PVP Las Brisas, 28. PVP San Francisco, 29. PVP Santa Marta, 30. PVP Santa María, 31. EBÁIS General Viejo, 32. PVP Montecarlo, 33. PVP Peñas Blancas, 34. PVP Quizarrá, 35. EBÁIS La Palma, 36. EBÁIS Páramo, 37. PVP Los Ángeles, 38. PVP California, 39. PVP San Ramón Norte, 40. PVP Santo Tomás, 41. EBÁIS Pavones, 42. PVP Cocorí, 43. PVP La Angostura, 44. PVP La Esperanza, 45. PVP San Agustín, 46. PVP San Luis de Morete, 47. EBÁIS de Pejibaye, 48. PVP Concepción de Pilas, 49. PVP San Miguel, 50. PVP El Águila, 51. PVP Guajará, 52. PVP Las Mesas, 53. EBÁIS Río nuevo, 54. PVP Llano Savegre, 55. PVP Savegre, 56. EBÁIS Rivas, 57. PVP Chimirol, 58. PVP Herradura, 59. PVP San Gerardo, 60. PVP China Kichá, 61. PVP Santa Cecilia, 62. PVP Tambor, 63. EBÁIS de Platanares, 64. PVP Concepción, 65. PVP San Juan Bosco, 66. PVP Villa Argentina, 67. PVP Bajo Las Bonitas, 68. PVP Bolivia, 69. PVP El Socorro, 70. PVP La Suiza, 71. PVP Los Reyes, 72. PVP Oratorio y 73. PVP San Gerardo).
- Coto Brus (74. PVP Pueblo Nuevo, 75. PVP San Ramón, 76. PVP Porto Llano, 77. PVP San Miguel, 78. PVP San Luis, 79. EBÁIS La Lucha, 80. PVP San Antonio, 81. PVP Valle Azul, 82. EBÁIS Agua Buena, 83. PVP Danto, 84. PVP Los Reyes, 85. PVP Maravillas, 86. Santa Teresa, 87. PVP Brasilia, 88. PVP Sereno, 89. PVP Santa Rosa, 90. EBÁIS Sabalito, 91. Sede de área de salud San Vito, 92. EBÁIS San Vito, 93. Hospital San Vito, 94. Sucursal de San Vito, 95. EBÁIS Sabanillas, 96. EBÁIS Fila Guinea, 97. EBÁIS Gutiérrez Brown, 98. EBÁIS La Casona, 99. EBÁIS Santa Elena, 100. PVP Fila Méndez, 101. PVP Kamakiri, 102. PVP Bello Oriente, 103. PVP Brumalis, 104. PVP El Roble, 105. PVP Fila Naranja, 106. PVP Flor del Roble, 107. PVP Parcelas Alpha, 108. PVP Siete Colinas, 109. PVP Aguas Calientes, 110. PVP Fila Pinar, 111. PVP Paraíso de Changuena, 112. PVP San Rafael de Limoncito, 113. PVP Sandi y 114. EBÁIS Sabanilla.).
- Osa (115. EBÁIS Uvita, 116. EBÁIS Coronado, 117. EBÁIS Ojo de Agua, 118. EBÁIS Palmar Sur, 119. EBÁIS Sierpe, 120. Sucursal de Osa, 121. PVP Cajón, 122. Laboratorio Clínico, 123. Farmacia-Proveeduría, 124. Sede de área de salud Osa, 125. Hospital Tomás Casas Casajús, 126. PVP Bahía Chal, 127. EBÁIS Piedras Blancas, 128. EBÁIS Tinoco, 129. EBÁIS Los Mogos, 130. PVP Los Ángeles, 131. PVP Ajuntaderas, 132. PVP Finca Guanacaste, 133. PVP Olla Cero y 134. PVP Sinaí.).
- Buenos Aires (135. PVP Convento, 136. PVP Altamira, 137. PVP Cordoncillo, 138. EBÁIS Volcán, 139. PVP Peje, 140. EBÁIS Santa Marta, 141. EBÁIS Central, 142. Sucursal, 143. PVP Térraba, 144. PVP Pilas, 145. PVP Ceibón, 146. PVP Bijagual, 147. PVP Chamba, 148. PVP Santa Teresita, 149. PVP Colinas, 150. PVP Maíz, 151. EBÁIS Boruca, 152. PVP San Antonio, 153. EBÁIS Salitre, 154. PVP Ujarrás, 155. EBÁIS Santa Cruz, 156. PVP Guácimo, 157. EBÁIS Biolley, 158. PVP La Puna, 159. PVP La Lucha, 160. EBÁIS Potrero Grande, 161. PVP Brujo, 162. PVP San Rafael, 163. PVP San Juan, 164. PVP Bolas, 165. EBÁIS Las Brisas, 166. PVP Cajón, 167. PVP Curré, 168. PVP Santa Lucía, 169. PVP La Bonita, 170. PVP Changuena y 171. Sede de área de salud Buenos Aires.)

ANEXO 2.1

El Ing. Josué Ureña Trigueros, mediante oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, del 12 de febrero 2024, remitió a esta Auditoría información ante la consulta si las actividades sustantivas designadas en el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento están designadas formalmente y donde se establecen, indicando:

“Las actividades sustantivas desarrolladas al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento son:

Planear, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar la programación y desarrollo de las actividades de ingeniería de infraestructura, equipamiento y mantenimiento, a nivel regional.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de proyectos de obra nueva, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento o a unidades de trabajo adscrita a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de proyectos de remodelación y/o ampliación, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento o a unidades de trabajo adscrita a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de proyectos de mantenimiento, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento o a las Áreas de Salud adscritas a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de proyectos de adquisición de terrenos, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento o a las Áreas de Salud adscritas a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de proyectos de alquiler de edificaciones, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento o a las Áreas de Salud y Sucursales adscritas a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Investigar, dirigir, coordinar y supervisar actividades en el desarrollo de proyectos complejos. Asignar, supervisar y controlar las labores del personal profesional, técnico y otros, en la ejecución de actividades administrativas.

Hacer recomendaciones técnicas para la compra de servicios y repuestos a las autoridades superiores.

Brindar asesoría y apoyo profesional a grupos de profesionales y a superiores en el campo de su especialidad.

Hacer recomendaciones técnicas de los procesos de licitación de obra de mediana y baja complejidad desarrollados por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de contratos de mantenimiento de equipo industrial, encomendados al Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento de las Áreas de Salud adscritas a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

Planear, dirigir, coordinar y supervisar el desarrollo de contratos de mantenimiento de equipo médico, encomendados Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento de las Áreas de Salud adscritas a dicha Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

ANEXO 2.2

El Ing. Josué Ureña Trigueros, jefe del Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca, mediante el oficio DRSS-DRIPSSB-1693-2024, del 19 de junio 2024, remitió entrevista donde ante la consulta ¿si actividades sustantivas que desarrolla la ARIM establecidas en el oficio DRSS-DRIPSSB-0286-2024, están vinculadas con los objetivos del acuerdo de Junta Directiva, artículo 8 de la sesión 8002, del 20 de octubre de 2005, para la creación de esas unidades?, indicó: “Para síntesis y análisis de la presentación de la aprobación de los Departamentos Regionales de Ingeniería y Mantenimiento, se presenta el siguiente cuadro:

	Vinculación	Observaciones del ARIM
Infraestructura		
<i>Responsabilidad directa en el desarrollo de Proyectos de baja complejidad.</i>	<i>Si</i>	<i>El desarrollo de proyectos de baja complejidad para las Área de Salud y Hospitales (en caso de requerirse) recae en esta ARIM</i>
<i>Inventario regional de infraestructura (asesorar y consolidar) y reportar al nivel central de cambios.</i>	<i>Si</i>	<i>Esta ARIM participa en el inventario de EBAIS a nivel nacional, el cual es desarrollado por el Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud</i>
<i>Custodia, actualización y reporte al nivel central del archivo gráfico regional.</i>	<i>Si</i>	<i>Esta ARIM tienen el levantamiento arquitectónico de la mayoría de los EBAIS adscritos a la Región. Se mantiene en constante actualización debido a los distintos proyectos y trabajos de mantenimiento implementados</i>
<i>Aplicación y evaluación en el nivel regional y reportar al nivel central.</i>	<i>Si</i>	<i>Cuando ha sido requerido, esta ARIM ha realizado evaluación y valoración de la infraestructura, como ejemplo los solicitados por la Contraloría General de la República, Auditoría o la Dirección de Mantenimiento Institucional</i>
<i>Gestión de la adquisición de terrenos para el desarrollo de obras para el primer nivel</i>	<i>Si</i>	<i>La adquisición de terrenos puede dividirse en dos procesos. El primero es la adquisición de terrenos mediante donación y la segunda mediante un proceso de compra. En ambos, se ha participado activamente.</i>
<i>Evaluación y control de la gestión realizada por el nivel local.</i>	<i>No</i>	<i>Dado que las Áreas de Salud no cuentan con servicios de mantenimiento, no es posible llevar esta actividad.</i>
<i>Gestión de la capacitación del personal asignado a su cargo y de las Áreas de Salud de la Región, en desarrollo de infraestructura.</i>	<i>Parcialmente</i>	<i>Para el personal a cargo, se gestiona cursos que se imparten a nivel central. Para el personal de las áreas de Salud no se gestiona capacitación</i>

Gestión de Mantenimiento		
<i>Aplicación y evaluación en el nivel regional y reportar al nivel central</i>	No	<i>Dado que las Áreas de Salud no cuentan con servicios de mantenimiento, no es posible llevar esta actividad.</i>
<i>Evaluación y control de la gestión realizada por el nivel local.</i>	No	<i>Dado que las Áreas de Salud no cuentan con servicios de mantenimiento, no es posible llevar esta actividad.</i>
<i>Responsabilidad directa de la gestión oportuna de servicios de mantenimiento de infraestructura y equipos.</i>	No	<i>Esta ARIM colabora en la gestión de mantenimiento, desarrollado proyectos de reparaciones y carteles de mantenimiento de equipo industrial y médico.</i>
<i>Asesorar y formular contratos de servicios de mantenimiento de alcance regional.</i>	Si	<i>Esta ARIM colabora en el desarrollo de carteles de mantenimiento de equipo industrial y médico. Esto de detalle en el apartado 12 del oficio DRSSDRIPSSB-0286-2024</i>
<i>Gestión de la capacitación del personal asignado a su cargo y de las Áreas de Salud de la Región, en el desarrollo de la gestión del mantenimiento.</i>	No	<i>Para el personal a cargo, se gestiona cursos que se imparten a nivel central. Para el personal de las áreas de Salud no se gestiona capacitación</i>
Tecnologías		
<i>Aplicación y evaluación en el nivel regional y reportar al nivel central.</i>	No	<i>No se han solicitado por parte de nivel central</i>
<i>Adquirir tecnología de media y baja complejidad.</i>	Si	<i>Para equipo médico se adquieren equipos de mediana y baja complejidad. Para equipo industrial se adquieren equipos de mediana y baja complejidad. Para equipos de tecnologías de información los adquiere el CGI de esta DRIPSSB.</i>
<i>Asesorar al nivel local en la compra de equipos de baja complejidad tecnológica.</i>	Si	<i>Para equipo médico se asesora en materia de equipos de mediana y baja complejidad. Para equipo industrial se asesora en equipos de mediana y baja complejidad. Para equipos de tecnologías de información los asesora el CGI de esta DRIPSSB.</i>
<i>Inventario total regional del equipamiento (asesorar y consolidar).</i>	Parcialmente	<i>Para el equipamiento médico se tienen el inventario de equipo regional. Para el equipo industrial no se lleva</i>
<i>Reportar al nivel central de cambios.</i>	Si	<i>Se ha participado de la mano del nivel central en el Reconocimiento del Universo de Trabajo.</i>



<i>Evaluación y control de la gestión realizada por el nivel local.</i>	No	<i>Dado que las Áreas de Salud no cuentan con servicios de mantenimiento, no es posible llevar esta actividad.</i>
<i>Planificación de la inversión en equipamiento mediana complejidad.</i>	No	<i>La planificación e identificación de las necesidades es realizada por cada Área de Salud</i>
<i>Asesoría al nivel regional en la planificación de la inversión.</i>	Si	<i>Se participa en las compras Regionales de equipamiento médico e industrial.</i>
<i>Gestión de la capacitación del personal asignado a su cargo y de las Áreas de Salud de la Región, en desarrollo de la gestión tecnológica.</i>	No	<i>Para el personal a cargo, se gestiona cursos que se imparten a nivel central. Para el personal de las áreas de Salud no se gestiona capacitación</i>

ANEXO 3

Los principales resultados se observan en los siguientes apartados:

1. Sede administrativa en el área de salud de Pérez Zeledón

El alquiler del inmueble para la sede administrativa del área de salud de Pérez Zeledón se tramitó bajo el expediente 2019LA-000003-2760, con un costo promedio mensual de ₡7 200 000,00 (siete millones doscientos mil colones con 00/100).

Fotografía 57



Fotografía 58



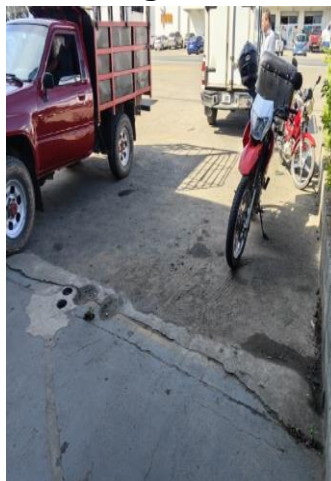
Fotografía 59



Fotografía 60



Fotografía 61



Fotografía 62



2. Bodega de Farmacia en el área de salud de Pérez Zeledón

El alquiler del inmueble para la bodega de Farmacia del área de salud de Pérez Zeledón se tramitó bajo el expediente 2019CD-000006-2760, con un costo promedio mensual de ₡1 860 000,00 (un millón ochocientos sesenta colones con 00/100).

Fotografía 63



Fotografía 64



Fotografía 65



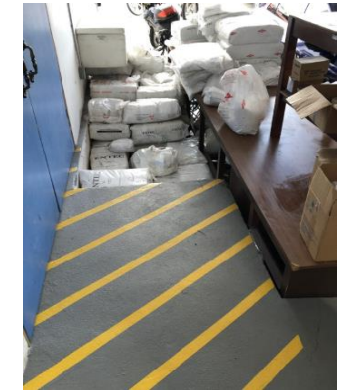
Fotografía 66



Fotografía 67



Fotografía 68



3. Sede administrativa del área de salud de Coto Brus San Vito

El alquiler del inmueble para la sede administrativa del área de salud de Coto Brus San Vito, se tramitó bajo el expediente 2010CD-000001-2762, con un costo promedio mensual de ₡1 455 000,00 (un millón cuatrocientos cincuenta y cinco mil colones con 00/100).

Fotografía 69



Fotografía 70



Fotografía 71



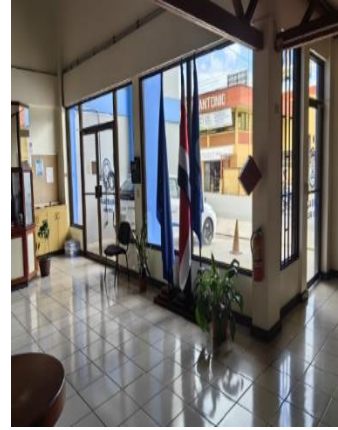
Fotografía 72



Fotografía 73



Fotografía 74



4. Laboratorio y bodega de Farmacia del área de salud de Osa

El alquiler del inmueble para la instalación de Laboratorio Clínico y bodega de Farmacia del área de salud de Osa se tramitó bajo el expediente 2023LE-000001-0001102799, con un costo promedio mensual de ₡1 390 000,00 (un millón trescientos noventa mil colones con 00/100).

4.1. Laboratorio Clínico

Fotografía 75



Fotografía 76



Fotografía 77



Fotografía 78



Fotografía 79



Fotografía 80



Fotografía 81



Fotografía 82



Fotografía 83



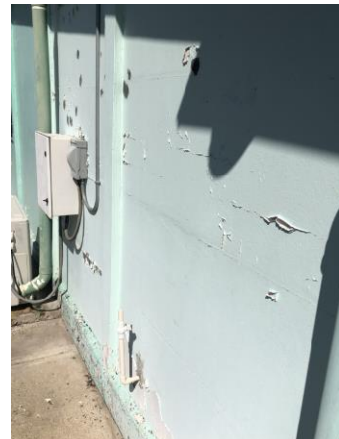
Fotografía 84



Fotografía 85



Fotografía 86



4.2. Bodega de Farmacia

Fotografía 87



Fotografía 88



Fotografía 89



Fotografía 90



Fotografía 91



Fotografía 92



Fotografía 93



Fotografía 94



Fotografía 95



Fotografía 96



Fotografía 97



Fotografía 98



Imagen 1

Problemas pila de laboratorio

MJ María José Ramírez Vargas
Para Luis Alberto González Montes

Responder Responder a todos Reenviar miércoles 07/02/2024 10:15 AM

Buenos días, Alberto, espero se encuentre muy bien.

El motivo del correo es para solicitar de su valiosa colaboración para el envío de algún técnico en mantenimiento que nos ayude a resolver problemas de olores en la pila que se encuentra contiguo a la sección de uroanálisis. La pila desprende un olor muy fuerte y es molesto tanto para los pacientes que se atienden como para los funcionarios de laboratorio.

Quedo atenta, espero su pronta respuesta.
Saludos



Dra. María José Ramírez Vargas
Área Salud de Osa
Laboratorio Clínico
Teléfono: 2786-6704 | Central: 27591000 Ext. 1031
Correo: mjramirezv@ccss.sa.cr

Imagen 2

De: María José Ramírez Vargas
Enviado el: miércoles, 28 de febrero de 2024 12:49
Para: Luis Alberto González Montes <lagomon@ccss.sa.cr>
CC: Mario Alfredo Lara Villalobos <malavi@ccss.sa.cr>
Asunto: URGENTE

Hola Alberto, el pasado 07 de febrero te envíe el correo que le adjunte en la foto. Solicitando su colaboración para el envío de un técnico de mantenimiento que nos ayude a solucionar un problema de olores proveniente del cuarto de pilas.
El olor es sumamente fuerte y genera molestias entre los pacientes por el olor tan desagradable y entre nosotras como funcionarias.

¿Podría indicarme que se logró resolver con respecto a eso?

Gracias.

5. EBÁIS La Piñera en el área de salud Buenos Aires

El alquiler del inmueble para el EBÁIS de la Piñera, adscrito al área de salud de Buenos Aires, se tramitó bajo el expediente 2021CD-000004-2732, con un costo promedio mensual de ₡640 000,00 (seiscientos cuarenta mil colones con 00/100):

Fotografía 99



Fotografía 100



Fotografía 101



Fotografía 102



Fotografía 103



Fotografía 104



Fotografía 105



Fotografía 106



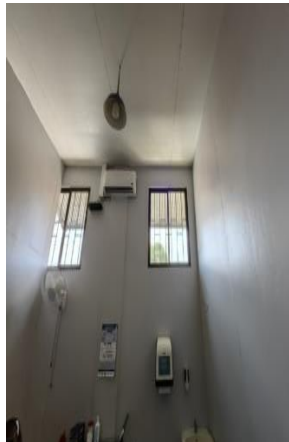
Fotografía 107



Fotografía 108



Fotografía 109



Fotografía 110



ANEXO 4

Resumen de los controles implementados por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca período 2022

Actividad	Descripción	Lista de controles	Responsable	Observaciones de la Auditoría
1. Compromiso superior	Atención de las recomendaciones, disposiciones u observaciones de la Órganos de Fiscalización	- Oficios de informe de gestión	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores	
2. Ética	Promoción de actividades y elementos para la divulgación de la ética	- Web Master - Boletín informativo Dirección Jurídica - Boletín Nuevos Horizontes Auditoría Interna	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores	El boletín Nuevos Horizontes de la Auditoría no está relacionado con aspectos de ética
3. Planificación	Desarrolla un proceso formal de planificación para el cumplimiento de los objetivos planteados mediante el establecimiento de metas	- Informe de Gestión - Cuadros de seguimiento, control y monitoreo de proyectos (Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnología (PPIIT), Fondo de Recuperación de Infraestructura FRI, Fondo de Recuperación de Equipo Médico FREM) - Instructivo para la Planificación y Ejecución de Proyectos de Obra Pública de Baja Complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud (DRSS) (Código de Documento GM-PR-IN-001, abril-2016)	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores	
4. Presupuesto	Gestión del presupuesto	- Cuadros de seguimiento, control y monitoreo de	Jefe Regional de Ingeniería y	

ANEXO 4

Resumen de los controles implementados por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca período 2022

Actividad	Descripción	Lista de controles	Responsable	Observaciones de la Auditoría
	mediante la solicitud de necesidades y distribución del recurso económico	proyectos (Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnología (PPIIT), Fondo de Recuperación de Infraestructura FRI, Fondo de Recuperación de Equipo Médico FREM) - Instructivo para la Planificación y Ejecución de Proyectos de Obra Pública de Baja Complejidad a cargo de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento adscritas a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud (DRSS) (Código de Documento GM-PR-IN-001, abril-2016)	Mantenimiento y Colaboradores	
5. Recurso Humano (asignación de labores)	Asignación formal de labores para la prestación de los servicios, que deben ser realizadas por los funcionarios considerando la segregación de las actividades.	- Perfil de Puestos Institucional.	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores	Ausencia de controles para puestos en teletrabajo, no se observa el control de la asignación de labores y cumplimiento de asignaciones
6. Recurso Humano (gestión del conocimiento)	Gestión del conocimiento mediante capacitaciones y otras actividades	- Capacitaciones	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores	
7. Recurso Humano (reclutamiento y selección)	Solicitud, selección y contratación del	- Portal de Recursos Humanos - RH en línea -Expediente personal físico	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento	No se observa el control sobre los registros de

ANEXO 4

Resumen de los controles implementados por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca período 2022

Actividad	Descripción	Lista de controles	Responsable	Observaciones de la Auditoría
	recurso humano		y Colaboradores y UGRH	elegibles, necesidad de recurso humano
8. Recurso Humano (Administración de personal)	Acciones de personal, movimiento de personal, vacaciones, planillas, permisos	- Sistema Operativo Digital de Gestión de Recursos Humanos -Expediente personal físico	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento y Colaboradores y UGRH	
9. Organización	No aplica	No aplica	No aplica	
10. Adquisiciones	Gestión de abastecimiento de bienes y servicios en las etapas de planificación, formalización y ejecución contractual	- Procedimiento Integral de Ejecución Contractual en Materia de Contratación Administrativa en la Caja Costarricense de Seguro Social-SICOP	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento, Colaboradores, Servicio de Contratación Administrativa	
11. Patrimonio (Gestión de suministros y materiales)	Protección, custodia, inventario	- Inventario Anual de Activos.	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento, Colaboradores, Encargado de Activos	
12. Patrimonio (Gestión de medicamentos)	No aplica	No aplica	No aplica	
13. Patrimonio gestión del mobiliario y equipo	Protección, custodia, inventario, correcto uso y mantenimiento	- Inventario Anual de Activos. -Lista de activos contenidos	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento, Colaboradores, Encargado de Activos	No se observa el control de la designación formal del personal que se encarga de la custodia.
14. Patrimonio (Gestión del equipo médico)	No aplica	No aplica	No aplica	
15. Patrimonio (Gestión del equipo industrial)	No aplica	No aplica	No aplica	

ANEXO 4

Resumen de los controles implementados por el Área Regional de Ingeniería y Mantenimiento Brunca período 2022

Actividad	Descripción	Lista de controles	Responsable	Observaciones de la Auditoría
16. Patrimonio (Gestión de vehículos)	No aplica	No aplica	No aplica	
17. Gestión documental	Gestión de la información física, resguardo de la información	- Archivo físico único ARIM, en oficina (10 años), no se cuenta con bodega	Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento, Colaboradores.	No se observa los controles de SAYC, no se observa la oportunidad en la atención de las asesorías a las unidades usuarias
18. Sistemas de información	Gestión de informática digital, resguardo de la información, acceso a la información	- Procedimiento para el respaldo de información, mediante copia de la información de los servidores informáticos -Se cuenta con disco duro externo para hacer copias del servidos	Centro de Gestión Informática y Jefe Regional de Ingeniería y Mantenimiento, Colaboradores.	
19. Clima Organizacional	Diseña acciones de mejora del clima organizacional	- Llenado de Encuestas de Clima Organizacional	Equipo GAT	No se observan los controles de capacitaciones o charlas referente al clima organizacional

Fuente: Herramienta de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno de la DRIPSS-RB, período 2022