

**ASF-27-2021**

16 de abril de 2021

**RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio se realizó en cumplimiento del plan anual operativo del Área Servicios Financieros de la Auditoría Interna, para el período 2021, con el fin de evaluar el costo de estancias hospitalarias para los centros médicos del tercer nivel.

Como resultado de la evaluación se determinó la necesidad de fortalecer acciones para la elaboración de indicadores generales de estancias hospitalarias promedio según nivel de complejidad para la evaluación de estancias hospitalarias. Lo anterior debido a que se constató que la Institución no ha definido una instancia que diseñe e implemente parámetros o valores de referencia que permitan evaluar objetivamente la Estancia Promedio de los Servicios, siempre en búsqueda de la máxima eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

De conformidad con la anterior, llama la atención que, aun cuando la Institución dispone de instancias técnicas como la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y la Dirección de Compras de Servicios de Salud, no se les encomendara efectuar el diseño e implementación de dichos parámetros.

Asimismo, que el marco normativo que regula las estancias hospitalarias en la Institución deber ser actualizado, debido a que data del año 2013 y no considera los Sistemas de Información que se están utilizando actualmente. Es importante que una vez emitida y actualizada la normativa, deben mantenerse y estar en constante revisión, convirtiéndose en una herramienta esencial en la gestión de la estancia hospitalaria en los centros de salud.

Al respecto, la institución requiere establecer políticas, procedimientos, lineamientos, guías y mecanismos que aseguren razonablemente el uso de indicadores de producción, así como la estandarización de procesos y el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles.

Por otra parte, se evidenció que la metodología para establecer el costo de las tarifas por concepto de estancias hospitalarias, presenta oportunidades de mejora que garanticen la confiabilidad de la información, por cuanto se determinaron inconsistencias en el monto de la tarifa relacionadas con la integridad de la información contable, la distribución adecuada de los costos directos e indirectos, la identificación de las proporciones que deben contabilizarse por Servicios, duplicación de montos, diferencias de saldos con el Sistema de Información Financiero, así como, la desactualización de esta herramienta establecida aproximadamente hace 40 años, en un sistema de información obsoleto que actualmente no permite mejoras por el lenguaje de programación en el que fue desarrollado y la ausencia del código fuente.

De acuerdo con lo evidenciado, se emiten una serie de recomendaciones a la Gerencia Médica y el Área Contabilidad Costos que surgen con el propósito de mejorar la gestión, así como, la revisión de la metodología actual de costo con la finalidad de determinar la procedencia de continuar utilizando la metodología actual, o bien, buscar una oportunidad de mejora para determinar los costos por estancias hospitalarias del Tercer Nivel de Atención en Salud.

---

**ASF-27-2021**  
16 de abril de 2021

**ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS**

**AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL RELACIONADO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y EL ESTABLECIMIENTO DEL COSTO DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD  
GERENCIA MÉDICA U.P.2901  
DIRECCIÓN FINANCIERO CONTABLE U.P. 1121**

**ORIGEN DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2021, del Área Servicios Financieros.

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la gestión administrativa y el establecimiento del costo de las estancias hospitalarias en el tercer nivel de atención.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar los datos estadísticos del Sistema ARCA para los centros de salud del tercer nivel de atención respecto a los plazos de estancias.
2. Verificar el cumplimiento de las actividades de los equipos gestores de cama en los centros médicos de los Hospitales Nacionales.
3. Evaluar la metodología de costos aplicada por la Institución, en cuanto al monto por estancia hospitalaria para los centros de salud del tercer nivel de atención.

**ALCANCE**

El estudio contempló la evaluación de los datos estadísticos en el sistema ARCA de los Hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia y el Hospital México para los años 2019 y 2020; en lo relacionado con los equipos gestores de cama; se verificó la conformación y funcionamiento para los años 2019 y 2020, siendo que en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, por la estructura organizacional adoptada por dicho nosocomio y el tiempo disponible para efectuar el procedimiento únicamente permitió entrevistar a la Gestora de Camas del Departamento de Cirugía, por lo que no fue posible la obtención de los datos del Departamento de Medicina; y en relación con tema de costos, se analizó la metodología utilizada por la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios para establecer la tarifa de la estancia hospitalaria con el análisis de datos 2019 y 2020; ampliándose en aquellos aspectos que se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y Normas para el Ejercicio de la Auditoría Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015 y demás normativa aplicable.

---

## METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Solicitud de información a la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios, Área Estadísticas en Salud, Hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia y México.
- Reuniones con funcionarios de los Hospitales Nacionales Hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia y México y Área de Costos.
- Revisión y análisis de los datos incluidos en el archivo denominado Estados Mensual de Gastos a diciembre 2019 y 2020.
- Revisión de los reportes de costos SIH-051, SIH-052, SIH-101 y SIH-102 a diciembre 2019 y 2020.
- Revisión de los siguientes documentos, archivos digitales y/o sistemas de información:
  - Manual de Programas 2000 de Costos, Julio 2010.
  - Lineamientos para la gestión de cama conceptos básicos relativos a estadísticas de salud, 2013.
  - Anuario de Costos de los Servicios Médicos 2019.
  - Sistema de Información Hospitalaria ARCA.

### Entrevistas:

- Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Jefe, Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.
- Licda. Ana Guiselle Chavarría Serrano, funcionaria de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.
- Licda. Mariana Fallas Solís, funcionaria de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.
- Lic. Anthony Hernández Zuñiga, funcionario de Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.
- Lic. Farlen Jiménez Cascante, funcionario de Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.
- Dr. Douglas Montero Chacón Director Médico, Hospital México.
- Dra. Olga Lorena Loría Granados; Gestora de camas del Hospital México.
- Dra. Laura Patricia Arroyo Martínez, Gestora de camas del Hospital San Juan de Dios.
- Dra. Cynthia Cordero Castro, Gestora de camas de Cirugía Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Benavides, directora; Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

## MARCO NORMATIVO

- Ley 8292: Ley General de Control Interno, del 04 de setiembre de 2002.
- Reglamento del Seguro de Salud, del 01 de enero de 1997.
- Manual de Normas Generales de control Interno para la Contraloría General de la República y las Entidades y Órganos sujetos a su Fiscalización. Publicada en la Gaceta 107 del 05 de junio 2002.
- Principios de Contabilidad Aplicables al Sector Público Costarricense.
- Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público.
- Manual Descriptivo de Cuentas, octubre 2019.
- Manual de Programas de Costos, Julio 2010.
- Lineamientos para la gestión de cama conceptos básicos relativos a estadísticas de salud, 2013.

## ASPECTOS A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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

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

## ANTECEDENTES

La Institución desde 1998, en el documento denominado: “Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud”, en ese entonces la Gerencia de Modernización de la CCSS, estableció que la oferta de servicios se brindaría en tres niveles de atención.

El Primer Nivel de Atención corresponde a los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad; estas acciones se realizan ambulatoriamente en la consulta externa de clínicas, puestos de visita periódica, centros de salud; en los domicilios, centros comunales y unidades móviles.

El Segundo Nivel de Atención, tiene como finalidad apoyar al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, con un alto grado de complejidad y especialidad. Los establecimientos en este nivel son: clínicas 3 y 4 y hospitales generales (periféricos 1, 2, 3 y los regionales).

En el Tercer Nivel de Atención, se ubican los servicios curativos y de rehabilitación más complejos que se ofrecen en el territorio nacional; su área de atracción puede abarcar varias provincias. Está compuesto por 9 Hospitales 3 Nacionales Generales (México, San Juan y Calderón Guardia) y los 6 Especializados (Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Herrera Saéiz, Hospital Nacional de las Mujeres, Dr. Adolfo Carit Eva, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes, Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital Nacional de Psiquiatría y, Hospital Roberto Chacón Paut).

Entre los servicios brindados a la población en el Tercer Nivel de Atención, se encuentra la hospitalización; que es un servicio del centro de salud, cuyo objetivo es proporcionar al asegurado, cuidados básicos y especializados de manera segura en un ambiente hospitalario confortable, que genere la satisfacción del paciente y sus familiares, además, debe propiciar la participación en el proceso de atención con respeto de la autonomía y dignidad humana; así como, el derecho a la intimidad y confidencialidad, garantizando la prestación de servicios asistenciales con altos estándares de calidad para la atención integral.

En hospitalización se observa el concepto de estancias hospitalarias que se define como<sup>1</sup> el tiempo promedio - en días y fracción de días- que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama: el tiempo promedio que utiliza un servicio o un hospital para ingresar, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar a sus pacientes (el promedio de días que permanece un grupo de pacientes, en general o específico por edad, por servicio, por tipo de enfermedad, etc.)

<sup>1</sup> Concepto establecido en el documento denominado “Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación) de la Gerencia Médica; Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; Área de Atención Integral a las Personas -2017.

Según los datos suministrados en el documento “Memoria Institucional 2019”, la institución dispuso de 5574 camas hospitalarias de dotación normal, de las cuales el 51,1% están concentradas en los servicios de los Hospitales nacionales y especializados y, por consiguiente, el 38% de los egresos hospitalarios, con una estancia promedio de 8,85 días, en un total de nueve hospitales.

Los hospitales de tercer nivel son los que presentan una mayor cantidad de egresos hospitalarios: Rafael A. Calderón Guardia con 33 715 (9,18%). San Juan de Dios con 34 198 (9,31%) y México con 25 188 (6,86%) egresos; además, estos nosocomios son los que alcanzan los porcentajes más altos de intervenciones quirúrgicas, con porcentajes que oscilan entre 57% y 65% de intervenciones respecto a los egresos totales.

Los hospitales psiquiátricos y geriátricos tienen menos egresos al año, acompañados de las estancias medias más altas del país. Estos hospitales tienen solamente el 2,26% del total de los egresos, con estancias medias que van desde 16,47 días en el Nacional de Geriátrica y Gerontología, 32,88 días en el Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapuí) y 185,0 días en el Hospital Roberto Chacón Paut.

Con la finalidad de que las estancias hospitalarias muestren una adecuada gestión de camas, la Gerencia Médica creó desde el año 2013, “Lineamiento de Gestión de camas”, mediante el cual propone la conformación grupos denominados: “Gestores de cama”, con el objetivo de establecer estrategias orientadas a mejorar la utilización eficiente del recurso cama por parte de los centros médicos.

Además, es importante establecer el costo por concepto de estancias hospitalarias, el cual se determina de forma mensual en una aplicación diseñada para la captura de los datos estadísticos llamado “DATA”; desarrollada en “Fox-Pro”, lenguaje COBOL que únicamente se puede desarrollar en Windows 98, este sistema requiere como suministro de información el “Estado Mensual de Gastos” que es traslado por la Subárea Contabilidad Operativa y la información estadística de 39 centros médicos; a saber; 29 Hospitales y 10 Clínicas mayores.

El sistema distribuye los gastos entre las estadísticas en cada unidad ejecutora y lo hace a través de un prorrateo preliminar y un prorrateo final. El número a la izquierda corresponde al tipo de servicio:

- 400 Hospitalización.
- 500 Consulta Externa.
- 600 Otros Servicios, donde se incluye el servicio “605” Odontología y “610” Prótesis Dental.

Los cuales reciben apoyo de todos los demás centros de costos entre los que destacan:

- 700 “Diagnóstico y Tratamiento” como 710 Farmacia, 715 Laboratorio, 725 Rayos X, entre otros.
- 800 “Servicios de Apoyo como Dirección y Administración” que se encuentran 850 Dietética, 860 Lavandería, entre otros.

Los costos son clasificados como directos e indirectos; los costos directos se definen como aquellos costos que se asigna directamente a una unidad de producción. Estos costos en la mayoría de los casos son variables:

- Servicios Personales
- Servicios No Personales
- Materiales y Suministros
- Aportes y Contribuciones, entre otros.

Por otra parte, los costos indirectos son aquellos que no se pueden asignar directamente a un producto o servicio, sino que se distribuyen entre las diversas unidades productivas mediante algún criterio de reparto. Estos costos por lo general son hijos.

Servicios de diagnóstico y tratamiento como:

- Farmacia
- Laboratorio
- Rayos X, entre otros.

Servicios de Apoyo General:

- Dirección y Administración
- Servicios Domésticos
- Servicios Generales
- Dietética
- Lavandería y Costurería
- Transportes y Tránsito

El sistema realiza un prorrateo preliminar donde toma los gastos directos de cada uno de los “Servicios de Diagnóstico – Tratamiento” y “Servicios de Apoyo General” y los divide por la producción total de los mismos para determinar un costo unitario o factor, el cual va a ir multiplicando por la estadística parcial de cada centro de costo que utilizó esos servicios, convirtiéndose este gasto en indirecto.

Posteriormente, un prorrateo final donde los gastos indirectos de cada uno de los “Servicios de Apoyo General”, los divide por la suma de la producción total de los mismos, para obtener un costo unitario o factor, el cual va a ir multiplicando por la estadística de cada uno de los servicios, convirtiéndose este gasto en indirecto.

En el caso de los “Servicios de Diagnóstico – Tratamiento”, el gasto a distribuir es el gasto total (directo más indirecto) se divide por la producción total para determinar el costo unitario o factor, el cual multiplica por la estadística de los servicios Finales, convirtiéndose este gasto en indirecto.

El gasto directo más el indirecto en cada uno de los centros de costo, da como resultado el gasto total, que, dividido por la producción total, da como resultado el costo unitario.

A continuación, se detalla las tarifas mensuales de los hospitales del tercer nivel de atención 2019-2020:

**Cuadro # 1. Costo hospitalización del tercer nivel por mes, año 2019. Cifras en colones**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UE	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
H. Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz	2103	741 367,43	862 911,20	882 299,87	862 471,85	837 032,29	842 017,89
H. México	2104	985 364,47	862 173,81	886 892,57	840 001,93	799 957,60	662 792,99
H. de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	2105	774 731,80	707 878,87	742 861,39	706 190,74	678 400,92	682 814,35
H. Dr. Calderón Guardia	2101	669 144,30	634 676,60	631 693,17	596 351,96	575 764,73	576 770,97
H. San Juan de Dios	2102	642 662,74	581 271,19	586 248,75	562 765,05	542 806,21	538 253,07
C.E.N.A.R.E	2203	691 153,98	640 290,32	566 365,59	545 861,56	510 005,55	501 303,55
H. Dr. Blanco Cervantes	2202	549 702,31	462 871,17	437 939,31	393 990,56	373 103,89	369 278,54
H. Nacional Psiquiátrico	2304	229 265,81	206 887,18	197 045,70	191 499,24	191 576,14	187 227,09
H. Dr. Chacón Paut	2305	66 163,96	80 399,05	55 663,25	112 876,77	110 907,84	95 294,33
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UE	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
H. Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz	2103	810 086,66	814 346,93	807 555,09	783 761,73	769 121,94	<b>771 282,49</b>
H. México	2104	671 902,62	695 227,73	700 378,52	702 278,42	700 844,97	<b>697 223,30</b>
H. de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	2105	679 868,72	690 838,00	689 634,92	682 346,92	685 326,67	<b>686 351,30</b>
H. Dr. Calderón Guardia	2101	567 526,57	578 963,49	577 745,07	565 078,44	563 197,07	<b>560 689,27</b>
H. San Juan de Dios	2102	533 198,95	538 607,91	539 406,59	538 867,39	535 202,43	<b>535 077,64</b>
C.E.N.A.R.E	2203	497 094,16	503 150,73	509 299,44	510 602,09	505 402,08	<b>509 603,07</b>
H. Dr. Blanco Cervantes	2202	358 386,39	367 120,76	362 998,90	358 297,43	355 425,71	<b>353 802,01</b>
H. Nacional Psiquiátrico	2304	177 537,88	184 712,20	182 404,08	174 656,66	168 908,79	<b>176 311,81</b>
H. Dr. Chacón Paut	2305	85 175,08	89 513,56	91 246,68	92 490,88	92 655,88	<b>95 683,80</b>

Fuente: Tarifas Publicadas 2019, Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.

Del cuadro anterior, se puede apreciar que, para diciembre 2019, el Hospital Chacón Paut presentó el menor costo por concepto de estancia hospitalaria por el orden de ₡95.683,80 (noventa cinco mil seiscientos ochenta y tres con ochenta céntimos) y el costo más elevado en ₡771.282,49 (setecientos setenta y un mil doscientos ochenta y dos con cuarenta nueve céntimos) correspondió al Hospital Nacional de Niños.

En el siguiente cuadro, se destaca que, a diciembre 2020, el Hospital México muestra el costo de estancia más elevado en ₡1.015.422,42 (Un millón quince mil cuatrocientos veinte dos con cuarenta y dos céntimos) y el Hospital Chacón Paut, continuó siendo el centro médico del tercer nivel con el menor costo por concepto de estancia hospitalaria, por el orden de ₡135.134,28 (Ciento treinta y cinco mil ciento treinta y cuatro con veintiocho céntimos).

**Cuadro # 2. Costo hospitalización del tercer nivel por mes, año 2020, cifras en colones. Cifras en colones**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UE	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
H. México	2104	793 082,97	946 085,77	862 603,48	890 651,00	924 323,03	937 200,00
H. Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz	2103	953 821,63	899 517,47	835 860,92	811 680,00	809 151,81	843 644,00
C.E.N.A.R.E	2203	717 757,48	642 899,38	598 347,33	599 655,00	595 853,65	726 255,00
H. de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	2105	716 200,67	815 729,65	734 379,65	754 384,00	734 250,07	724 350,00
H. Dr. Calderón Guardia	2101	618 231,59	717 814,36	687 610,85	731 092,00	752 063,79	721 467,00
H. San Juan de Dios	2102	574 526,57	670 325,44	595 507,18	609 418,00	606 210,25	616 114,00
H. Dr. Blanco Cervantes	2202	369 169,32	424 990,61	387 283,30	409 107,00	416 397,22	409 514,00
H. Nacional Psiquiátrico	2304	219 068,37	245 143,96	210 357,52	210 467,00	215 368,39	202 053,00
H. Dr. Chacón Paut	2305	108 691,06	127 747,01	116 444,91	113 526,00	109 518,87	108 519,00
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UE	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
H. México	2104	984 564,44	988 500,00	993 110,13	1 002 316,29	1 000 204,03	<b>1 015 422,42</b>
H. Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz	2103	913 180,75	935 277,00	950 781,59	952 650,13	955 417,64	<b>986 421,31</b>
C.E.N.A.R.E	2203	768 381,23	742 431,00	741 190,45	753 835,37	769 406,59	<b>900 827,34</b>
H. de las Mujeres Dr. Adolfo Carit	2105	743 092,56	739 798,00	737 687,92	743 221,12	746 750,27	<b>779 152,92</b>
H. Dr. Calderón Guardia	2101	824 198,83	813 520,00	793 763,64	785 482,43	781 886,06	<b>759 373,63</b>
H. San Juan de Dios	2102	648 678,84	653 480,00	646 385,93	645 605,74	645 715,00	<b>655 887,79</b>
H. Dr. Blanco Cervantes	2202	422 812,73	442 070,00	450 047,26	463 822,80	477 472,76	<b>483 818,09</b>
H. Nacional Psiquiátrico	2304	217 250,67	224 808,00	220 448,15	232 116,60	242 451,61	<b>248 319,61</b>
H. Dr. Chacón Paut	2305	112 083,42	110 590,00	108 390,62	116 800,20	124 036,74	<b>135 134,28</b>

**Fuente:** Tarifas Publicadas 2020, Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.

Las variaciones en el costo por concepto de estancia hospitalaria, observadas en los cuadros # 1 y # 2, son producto de la metodología aplicada, la cual se establece en función de los gastos y de la producción total mensual.

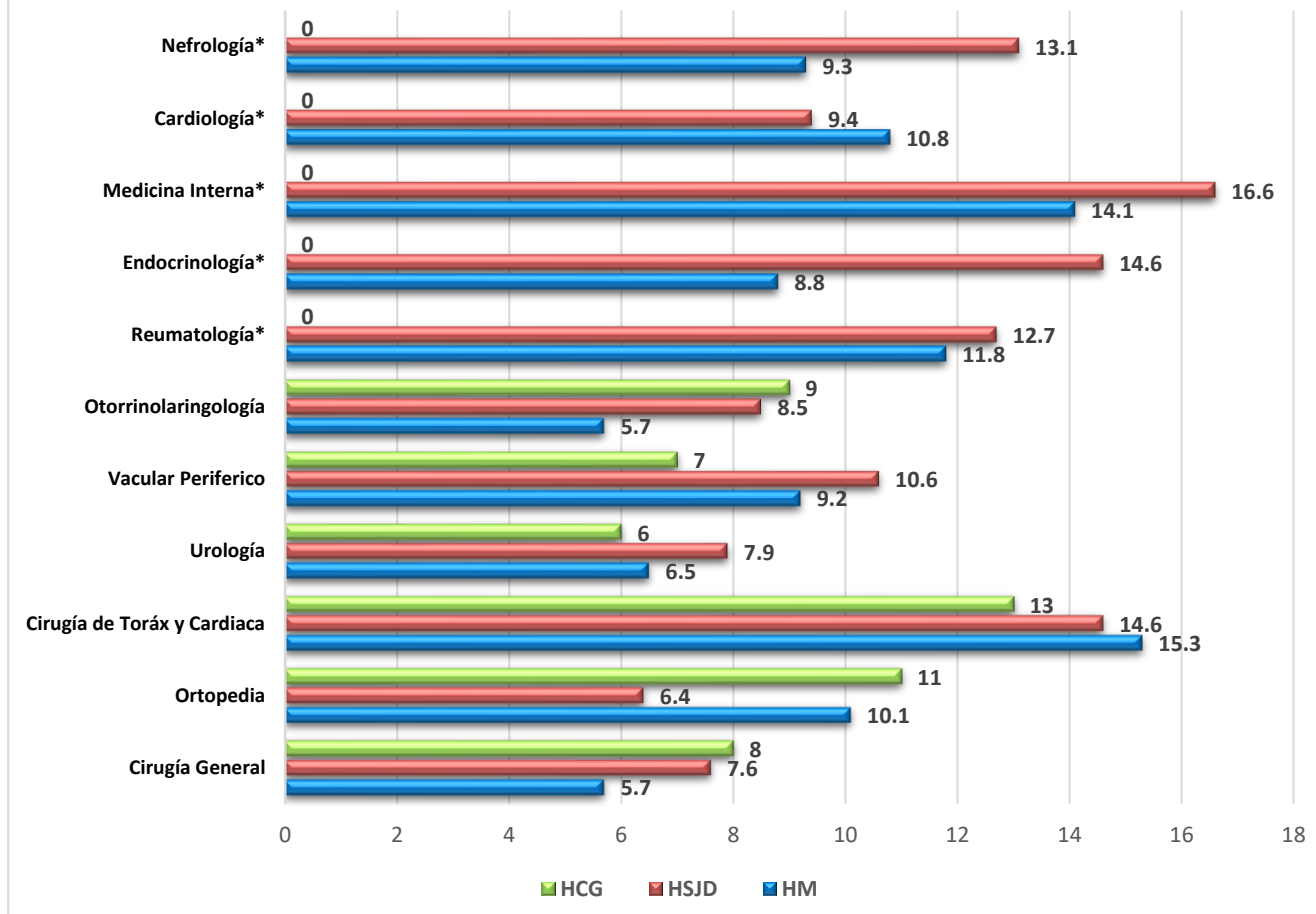
**HALLAZGOS**

**1. DE LA CONVENIENCIA DE ESTABLECER INDICADORES GENERALES DE ESTANCIAS PROMEDIO EN LOS HOSPITALES NACIONALES GENERALES.**

Se determinó que la Institución no dispone de indicadores generales de Estancias Promedios por especialidad médica en cada uno de los servicios según nivel de complejidad; lo cual permitiría a los Hospitales Nacionales disponer de un indicador de referencia objetivo para el manejo eficiente de las estancias hospitalarias.

Actualmente, cada hospital es el encargado de definir y establecer el “Indicador de Estancias Promedio”, según muestra en el siguiente gráfico:

**Grafico 1**  
**Comparativo de Estancias Promedios por sección en los Hospitales**  
**México, San Juan de Dios y Calderón Guardia.**



**Fuente:** Elaboración propia con base en la información suministrada por los equipos gestores de camas de los hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia.

**\*Nota:** En labor de campo efectuada por esta Auditoría el 10 de marzo de 2021, no se logró documentar los datos de estancias de la Sección de Medicina, por lo tanto, se le asigna el valor de 0 en el gráfico.

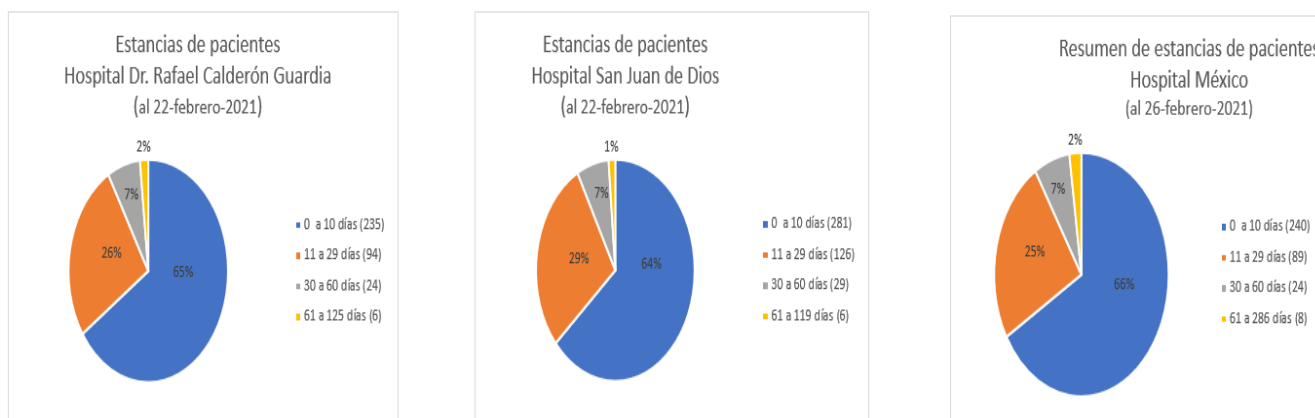
En el gráfico anterior, se puede observar que los indicadores de las distintas especialidades de los servicios médicos en los hospitales son distintos y en algunos servicios se presentan desviaciones importantes entre ellos. Al respecto, se constató que la Institución no ha definido una instancia que diseñe e implemente parámetros o valores de referencia que permitan evaluar objetivamente la Estancia Promedio de las especialidades médicas siempre en búsqueda de la máxima eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

De conformidad con la anterior, llama la atención que, aun cuando la Institución dispone de instancias técnicas como la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y la Dirección de Compras de Servicios de Salud, no se les encomendara efectuar el diseño e implementación de dichos parámetros.

De igual forma, se analizó el módulo de “movimiento de pacientes internados” en el sistema de información ARCA, lo que permitió determinar que la situación de los pacientes ingresados al servicio de hospitalización en los tres Hospitales Nacionales era la siguiente:



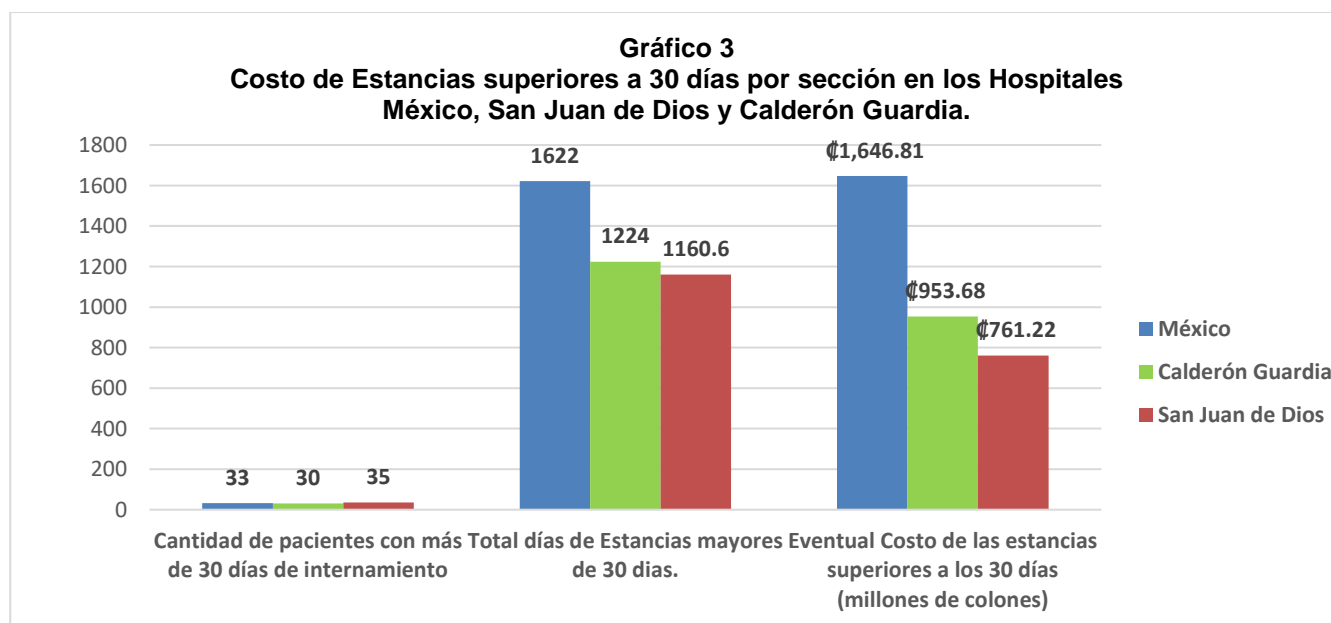
**Gráfico 2**  
Comparativo de Estancias de pacientes ingresados en los Hospitales Nacionales  
“Movimiento de pacientes internados”  
(al 22 y 26 de febrero de 2021)



**Fuente:** Elaboración propia con base en la información registrada en el Sistema ARCA, el 22 y 26 de febrero de 2021 respectivamente.

Como se observa en los gráficos anteriores, si bien el comportamiento de las estancias en los hospitales es similar, se debe prestar especial atención a las últimas 2 series (color gris y amarillo), dado que es la prevalencia de pacientes ingresados con estancias superiores a 30 días.

Al analizar los datos registrados en el módulo de “Movimiento de pacientes internados” en el sistema de información ARCA en dichos nosocomios, se constató la existencia de más de 30 pacientes por centro de salud cuyo internamiento supera los 30 días, lo que generó una erogación a la institución por estancia hospitalaria cercana a los ₡ 3 361 (tres mil trescientos sesenta y un millones aproximadamente) según se muestra en el siguiente gráfico:



**Fuente:** Elaboración propia con base en la información registrada en el Sistema ARCA, el 22 y 26 de febrero de 2021 respectivamente, así como, del anuario de costos hospitalarios Diciembre 2020.

El Reglamento del Seguro de Salud en su artículo 5, respecto a la eficiencia señala:

*(...)*

*La eficiencia se considerará como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz (...).*

Adicionalmente, las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en su apartado 5.1 “Normas sobre Sistemas de Información”; lo siguiente:

*(...)*

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otras de interés para la consecución de los objetivos institucionales (...).*

Así mismo, ese mismo marco normativo consigna en su apartado 5.2 “Flexibilidad de los sistemas de información”, lo siguiente:

*(...)*

*Los sistemas de información deben ser lo suficientemente flexibles, de modo que sean susceptibles de modificaciones que permitan dar respuesta oportuna a necesidades cambiantes de la institución (...).*

Por otra parte, en el apartado 4.5, señala:

*(...)*

*Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas (...).*

Ante la consulta de esta Auditoría respecto a si la Institución dispone de indicadores generales que permitan evaluar a la estancia hospitalaria en los hospitales con el mismo nivel de complejidad, la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Benavides, directora; Dirección de Proyección de Servicios de Salud, señaló:

*Al hacer este tipo de análisis, primeramente, se saca la estancia promedio de los tres Hospitales Nacionales Generales, posteriormente la estancia de cada Hospital, procurando que la lógica a la hora de planificar es planificar eficientemente.*

*En este momento estamos analizando el Hospital de Guápiles, que es un Hospital Periférico 3, cuando hablamos de nivel de atención se debe asociar al nivel de complejidad, es decir que, en el Hospital de Guápiles, su complejidad no puede ser superior a la de un Hospital Regional o un Nacional; si esto ocurre, algo está mal en la Red, una vez identificado esto, no puede ser posible que una estancia promedio de “X” servicio sea mayor en un Hospital Periférico que en uno Regional.*

*En el caso del Hospital de Cartago, se tomaron los 8 Hospitales Regionales y se identificó el promedio regional para Medicina, que hipotéticamente eran 8 días, ahora sí, se compara este dato, con el registro consignado en el hospital de Cartago y da 12 días, entonces esa estancia es superior, por lo tanto, no se considera, únicamente se toma el dato de menor estancia promedio.*

*Con cual lógica técnica, con la lógica de que, si tienen los mismos recursos, la misma población, como por ejemplo Heredia o Alajuela que son los más similares, porque yo voy a tener en uno 12 días y en los otros 8 días; entonces se establece el parámetro en 8 días en procura de la eficiencia del Hospital de Cartago y no llevarme a la planificación, esa ineficiencia, debido a que este cambio en la estancia significa un motón de camas más.*

*Es decir, cuando se realiza este tipo de ejercicios, no se considera de primera mano el promedio que tienen los hospitales, ya que, al no tener un parámetro de evaluación, no se dispone de una garantía razonable respecto a que los parámetros establecidos por los Hospitales busquen la máxima eficiencia de los servicios.*

*Una vez definido este parámetro, se analizan las estancias promedio de los Regionales con las estancias definidas por los hospitales, por ejemplo, digamos que para el servicio de Obstetricia, la estancia promedio regional nos da 2.5 días, pero el hospital de Cartago la definió en 2, bueno en este caso nos quedamos con la del Hospital de Cartago ya que es menor; pero si por el contrario nos encontramos que la el promedio de regional es de 2.5 y el hospital de Cartago la tiene definida en 4 días, en este caso se debe efectuar el ajuste a los 2.5 días, siempre en procura de la eficiencia de los servicios.*

*Entonces se deben analizar centros de salud homólogos para así poder definir cuál es el hospital que lo está haciendo mejor y que los demás se ajusten a este parámetro, este punto es muy importante ya que no puedo comparar hospitales que no tengan el mismo nivel de complejidad, entonces una vez identificados los homólogos, se analizan los datos desde la óptica de la gestión para definir cuál es la estancia promedio adecuada por cada uno de los servicios (...)."*

Es necesario recalcar que, lo expuesto en el presente hallazgo conserva mayor importancia, si se considera lo externado en la Valoración Actuarial del Seguro de Salud del 2017, en la cual la Dirección Actuarial y Económica, recomendó a la Gerencia Médica elaborar un plan específico donde se valoren acciones, o medidas de corto y mediano plazo, que permitan incidir en reducciones en la duración del tiempo promedio de las estancias hospitalarias. Es precisamente esa variable la que mayor impacto presenta en el gasto y en los objetivos de extensión de la sostenibilidad.

Es importante el diseño, actualización, adopción y la definición de este tipo de parámetros institucionales, que permiten evaluar en una forma objetiva las estancias hospitalarias entre hospitales con la misma complejidad buscando la máxima eficiencia de los servicios.

## **2. DE LA NECESIDAD DE ACTUALIZAR EL MARCO NORMATIVO QUE REGULA EL TEMA DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN LA INSTITUCIÓN.**

Se determinó que la normativa que regula los procesos de gestión de camas hospitalarias en la Institución debe ser ajustada a las necesidades actuales, considerando que la gestión de camas se fundamenta en el "Lineamiento para la Gestión de Camas Hospitalarias", el cual data del 2013.

De la revisión efectuada se determinó la necesidad de revisar y analizar las normas, de manera tal que se actualicen y se adecuen a los requerimientos actuales, con procedimientos y mecanismos de control que garanticen una adecuada gestión y utilización de los recursos disponibles.

La actualización de normativa debe considerar entre otras cosas las siguientes:

- Definición del gestor de camas en el que se establezcan claramente las funciones y responsabilidades.
- Definición de las responsabilidades del equipo gestor de camas.
- Establecimiento de parámetros de evaluación objetivos basados en la eficiencia de los servicios.
- Utilización del Sistema de Información ARCA, entre otros aspectos que la Administración considere oportunos.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el punto 1.4 sobre la “Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados sobre el Sistema de Control Interno”, establece:

**“Es responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados**

(...)

*La emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y procedimientos para el cumplimiento del Sistema de Control Interno, estén debidamente documentados, oficializados y actualizados y sean divulgados y puestos a disposición para su consulta (...)*”

Así mismo, ese marco normativo define en el punto 4.1 “Actividades de control”, lo siguiente:

(...)

*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 11 de marzo de 2021, mediante entrevista aplicada a la Dra. Laura Arroyo Martínez, Gestor de Camas Hospital San Juan de Dios, se le consultó respecto a si el marco normativo se ajusta a las necesidades actuales de la Institución señaló:

(...)

*No, ese lineamiento actualmente está muy muy desactualizado porque ni siquiera menciona la necesidad imperiosa de utilizar la herramienta de la institución que es el ARCA (...)*”.

Entre las causas que se pueden citar está la ausencia de acciones por parte de la Gerencia Médica que le permitan diseñar, actualizar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control, las cuales comprenden las políticas, procedimientos, lineamientos, guías y mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la gestión de camas, así como la estandarización de los procesos y el fortalecimiento en los controles de las estancias hospitalarias en la Institución.

La falta de acciones orientadas a la actualización y estandarización de la normativa vigente en materia, propician un detrimento en el funcionamiento del Sistema de Control Interno por cuanto dificultan la prevención, detección y corrección de errores y el control de calidad, así como, la estandarización e implementación de estrategias que coadyuven a mejorar la estancia hospitalaria; situación que eventualmente podría generar una afectación patrimonial.

### **3. DE LA ESTANDARIZACIÓN DE FUNCIONES DE LAS GESTORES DE CAMAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES GENERALES.**

Se evidenció que en los Hospitales Nacionales Generales (Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y México), la gestión de camas no se realiza de manera uniforme, según se detalla a continuación:

En entrevista realizada por esta auditoría a las Gestoras de Camas de los Hospitales Nacionales Generales, cuando se le preguntó respecto al manejo del tema de las estancias hospitalarias en el Hospital, las mismas señalan lo siguiente:

✓ **Hospital Calderón Guardia:**

Según la Dra. Cynthia Cordero Castro, Gestora de Camas del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; "La Subdirección emite un informe diario en el que se informa del estado general de la ocupación y de las estancias prolongadas de emergencias y de hospitalización; se solicita periódicamente el análisis ejecutivo en relación con las estancias prolongadas, este documento es remitido a los jefes de sección, los cuales lo remiten a los jefes de servicio, quienes remiten la información con las justificaciones requeridas nuevamente a la subdirección.

Otra cosa que nos ayuda bastante es que en el hospital tenemos una enfermera de alta, la cual como su nombre lo indica, es la persona que nos colabora con el tema de altas, las cuales se dividen por cada sección (Medicinas, Cirugía y Emergencias). Se llama "Programa de alta".

✓ **Hospital San Juan de Dios:**

Según la Dra. Laura Arroyo Martínez, Gestor de Camas Hospital San Juan de Dios, se utiliza la herramienta del ARCA donde se saca el movimiento de paciente diario, el cual se envía a los jefes de servicio para que conozca las estancias que tienen cada uno de los servicios en tiempo real y que ellos tomen las acciones necesarias para que no tengan estancias hospitalarias prolongadas.

Esta herramienta dispone de un indicador por colores que le permite identificar cuando un servicio está en una estancia adecuada (verde), cuando se está aproximando a cumplir el plazo de la estancia adecuada (amarillo) y cuando supero el plazo establecido para la estancia adecuada (rojo).

✓ **Hospital México:**

Según la Dra. Olga Lorena Loría Granados, Gestora de Camas, Hospital México; Dicho dato es llevado por estadística y es enviado a gestión de camas a través el cuadro 72, el cual se obtiene de los días que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama.

Es decir, la gestión de camas en cada centro de salud es diferente, mientras que en el Hospital México y San Juan de Dios, disponen de una gestora de cama, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, posee una gestora de camas por cada servicio, tanto para el departamento de Medicina, como para el de Cirugía.

Misma situación se presenta con las funciones de asignadas a las gestoras de camas en los hospitales según se detalla a continuación:

✓ **Hospital México:**

Según la Dra. Olga Lorena Loría Granados, Gestora de Camas, Hospital México; La gestión de camas implica las visiones operativas y estratégicas en la cual se valoran las siguientes actividades:

*Operativa Gestión de Camas*

- Gestión dinámica de camas (ingresos, egresos, mantenimiento, aislamientos-emergencias.
- Depuración activa de solicitudes de hospitalización
- Verificación diaria de estado de reservas (cubículos para emergencia)
- Movilización de pacientes (traslados internos)
- Comisión de Camas
- Entrega de censos a piso
- Educación al personal sobre los procesos de ingreso de pacientes
- Trabajar en conjunto con Enfermería componente EDUS, estadística local y central, la activación, desactivación o reconversión de camas en sistema EDUS.

### *Gestión de Red*

- Coordinación de traslados cama a camas
- Valoración de referencias
- Presentación de casos

### *Gestión de paciente ambulatorio*

- Valoración con Jefatura de Manejo no Hospitalizado
- Coordinación de procedimientos ambulatorio
- Manejo en red de traslados al Hospital

### *Estratégica*

- Gestionar el ingreso de pacientes de acuerdo a flujograma de priorización de los diferentes servicios clínicos con la Comisión de Camas.
- Valoración de las necesidades de los servicios para mejorar la evolución de los pacientes en hospitalización y en esto el giro cama.
- Visualización y reporte de largas estancias hospitalarias por servicio con su causalidad para realizar acciones preventivas o correctivas en conjunto con los servicios.
- Realización de informes gerenciales mensuales sobre indicadores de producción y presentación en Consejo Gestor.
- Desarrollo de estrategias para la optimización de recurso cama hospitalaria: reingeniería, flujo de ingreso, valoración de preingreso del paciente de emergencias, valoración de la evolución de acuerdo a estándares de estancia en hospitalización, verificación de egresos efectivos.
- Incentivar proyectos de infraestructura para la ejecución de proyectos por ejemplo donaciones de equipos, generación de espacios readecuados para unidades de cuidado intermedio, cuidados intensivos, zonas COVID, puestos de enfermería, bodegas, entre otros.
- Realizar en conjunto con Servicio de Enfermería e Ingeniería y mantenimiento, arreglos, mejoras estructurales, eléctricas, aires médicos, iluminación de los cubículos de hospitalización.
- Colaborar con los Servicios de hospitalización en la adquisición de equipo médico, accesorios, soporte en proyectos de compras en conjuntas.
- Coordinaciones con equipo médico para el mantenimiento preventivo- correctivo de monitores en hospitalización, así como apoyo al Servicio de Enfermería con el resguardo y mantenimiento de camas eléctricas.

### ✓ **Hospital San Juan de Dios:**

Según la Dra. Laura Arroyo Martínez, Gestor de Camas Hospital San Juan de Dios, mediante oficio DG-1356-2019, del 08 de mayo de 2019, suscrito por el Dr. Mario Sibaja Campos; Director General A.I; designó las siguientes funciones:

1. Gestión e integración de camas hospitalarias.
2. Visitas periódicas administrativas a servicios clínicos del hospital.
3. Distribución y asignación de camas hospitalarias, considerando todas las áreas de demanda de recurso:
  - A. Emergencias.
  - B. Consulta Externa.
  - C. Recuperación.
  - D. Traslados o reubicaciones.
4. Coordinación diaria con las jefaturas de Sección para la definición de ingresos electivos.
5. Enlace entre INS-CCSS.

6. Enlace entre los hospitales de la Red, para la coordinación de traslados a otros hospitales de la red.
7. Coordinar la agilización de estudio y/o procedimientos de pacientes para reducir las estancias hospitalarias.
8. Informes periódicos a la Dirección General.
9. Apoyo a la Subdirección en implementación de EDUS y otras funciones que la Subdirección designe.

De manera tal que se mantendrá la Coordinación del Grupo Gestor de Camas, Sala de Operaciones y Listas de Espera en la figura del Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez. El encargado de coordinar el componente de Gestión de Camas Hospitalarias será la Dra. Laura Arroyo. Con su incorporación como gestora Local de Camas del HSJD se podrán desarrollar estrategias de gestión de camas de acuerdo con el comportamiento de la demanda y capacidad instalada en cumplimiento a los "Lineamientos para Gestión de Camas Hospitalarias".

✓ **Hospital Calderón Guardia:**

Según la Dra. Cynthia Cordero Castro, Gestora de Camas del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; la función principal como gestor de camas consiste en que el uso de camas sea el más eficiente posible y con la mayor movilización, de manera que se obtenga el mayor grado de aprovechamiento. Además de realizar los monitoreos y controles continuos de estancias también con el fin de maximizar el recurso.

Gestión de Camas de la Sección de Cirugía:

- Recibir (vía mensaje llamada telefónica o de forma personal) y enlistar las solicitudes diarias de requerimiento de camas por parte de todos los servicios de la sección.
- Recibir y enlistar los pacientes sin cama asignada del Servicio de Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica y Médica, así como del Servicio de Emergencia.
- Digitalización y actualización de solicitudes de hospitalización enviados por la Jefatura de Cirugía General de carácter urgente, prioritario, quejas de la Contraloría de Servicios y solicitudes de adelantamiento de cirugía, para internamiento según criterio de la Jefatura del servicio.
- Digitalización y actualización de la base de oficios de pacientes considerados urgentes por el médico tratante enviado por la Jefatura de Ortopedia y llamado para citar a exámenes preoperatorios y charla educativa previa al internamiento según disponibilidad de camas.
- Asignación de cama según fecha dictada por Sala Constitucional y llamado diario para internar a los pacientes que han interpuesto Recursos de Amparo al Servicio de Ortopedia posterior a confirmar el cumplimiento de los requisitos preoperatorios.
- Asignación de cama y llamado de pacientes de Recurso de Amparo del Servicio de Cirugía General en cumplimiento de resolución y según disponibilidad de cama.
- Los otros Servicios de la Sección de Cirugía manejan el listado de sus Recursos de Amparo y solicitan cama en momento indicado por la Sala IV, según solicitud se asigna cama y se reporta al Servicio respectivo.
- Llamado diario de pacientes según lista de urgente del Servicio de Cirugía General y Cirugía de Tórax en el momento que esta cama disponible para internamiento.
- Asignación de camas según el Protocolo de Priorización de la Sección Cirugía y anotación en pizarra del puesto de Enfermería de Cirugía I y II.
- Entrega vía mensaje, vía telefónica o personal de las camas diarias asignadas a los Servicios.
- Análisis del censo diario de pacientes diarios internados en salón con el fin de realizar gestión de casos según necesidad.
- Coordinación con Enfermería y reubicación de pacientes de salón para recibir paciente de trasplantes que en su totalidad requieren aislamiento y reacomodo de pacientes en caso de requerirse aislamiento por proceso infeccioso.
- Coordinaciones y comunicación por escrito con Asesoría Legal, sobre aspectos específicos de Recursos de Amparo.

- Colaboración con enfermeras de programa del alta para aligerar salidas y en la medida de lo posible disminuir estancia.
- Comunicación y colaboración con Trabajo Social en casos de problema social.
- Entrega de informe de gestión de camas e informe semanal sobre el estado de pacientes ingresados, en el sistema oficial de la lista de espera de la Sección.
- Realización de oficios/EDUS cuando el paciente es llamado para internamiento y por diferentes motivos no acepta con el fin de tener respaldo para la institución.
- Citas y realización de exámenes preoperatorios a paciente de Recursos de Amparo del Servicios de Cirugía General, para posterior programación de cirugía con la Jefatura de Cirugía General. Una vez programado, llamo al paciente para dar aviso de fecha de internamiento e indicaciones de ingreso.
- Divulgación y solicitud de justificación en coordinación con la Jefatura de Sección de informe de estancias prolongadas.
- Coordinación de traslados de otros Hospitales y del Hospital del Trauma.
- Colaboración y promoción en programas de disminución de listas de espera, disminución de estancia preoperatorio y promedio.
- Agilización de ingresos y egresos de manera que se aproveche al máximo el Recurso Cama.
- Llamado de pacientes de Listas de Espera de Ortopedia para exámenes preoperatorios e ingreso, según disponibilidad de cama.
- Asistencia y/o presentación de informes o comisión de gestión de camas.

Si bien es cierto, en lineamiento se definen funciones para los equipos gestores de camas de los hospitales, lo cierto del caso es que, aun cuando algunas de las funciones, son parecidas, la Institución no ha definido el perfil ocupacional de “gestor de cama”, en el que se establezca claramente la funciones y responsabilidades.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el apartado 4.1., señala:

*“(…) 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 (…).”*

Así mismo, en el apartado 4.2. “requisitos de las actividades de control”, señalan:

*“(…) e. 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 (…).”*

Entre las causas que se pueden citar está, la ausencia de acciones por parte de la Gerencia Médica que le permitan disponer de un marco normativo robusto en que se establezcan las funciones y responsabilidades de los funcionarios que ejercen como gestores de camas, así como la estandarización de los procesos y el fortalecimiento en los controles de las estancias hospitalarias en la Institución.

La ausencia de un marco normativo robusto genera que las actividades realizadas por los centros médicos en la gestión de camas no sea la adecuada por cuanto dificulta la prevención, detección y corrección de procesos, así como, la estandarización e implementación de estrategias que coadyuvan a mejorar la estancia hospitalaria; situación que eventualmente podría generar una afectación patrimonial.



#### 4. SOBRE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL ESTUDIO

Según el análisis efectuado sobre la identificación de los riesgos se determinó que la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios, tiene identificado entre sus riesgos sustantivos lo relacionado con la determinación de costos por estancia hospitalaria destacándose fallas en los sistemas, falta de información y personal capacitado, sin embargo, producto del presente estudio se pudo evidenciar la aceptación del riesgo sin que se evidencie acciones de mitigación eficaces.

por otra parte, se consultó a la Gerencia Médica, respecto a la identificación de riesgos en el servicio de hospitalización específicamente en el tema de estancias hospitalarias, señalando que de momento realizaron una encuesta y trabajaron con la Dirección de Red para obtener datos respecto a hospitalización. Sin embargo, estamos en este momento trabajando en la actualización del lineamiento y aún no se han determinado todos los aspectos clave, ya que es un tema que involucra también a otras gerencias.

Se hace de conocimiento de la administración los riesgos detectados en el presente estudio, con el fin de que sean incorporados al sistema de control interno, se tomen las medidas de control a efecto de mitigar el impacto observado. En atención a las recomendaciones emitidas por este Órgano de Fiscalización y Control, así como gestionar las demás acciones que la administración considere pertinente implementar.

Los riesgos que fueron determinados por esta auditoría durante el desarrollo de la evaluación son los siguientes:

#### Informe sobre los riesgos determinados en el estudio

Descripción del riesgo	Impacto	Procedimiento de Auditoría efectuado y hallazgo	¿Mitigado en el proceso de auditoría?	Recomendación asociada al riesgo
Imposibilidad de generar costeos específicos.	<p>1. Se determinaron situaciones relacionadas a la obsolescencia del sistema, sin posibilidad de efectuarle mejoras.</p> <p>2. Desconocimiento del proceso por parte de los funcionarios.</p> <p>3. Que las unidades usuarias quienes tienen la información no la remitan oportunamente para poder atender los requerimientos o que la misma esté errónea.</p>	<p><b>Hallazgo 5:</b> "Calidad de información en la metodología de cálculo para determinar el costo de estancias hospitalarias".</p>	Pendiente de normalizar.	<p><b>Recomendación 5:</b> Dirigida a la jefatura del Área de Contabilidad de Costos.</p> <p><b>Recomendación 6:</b> Dirigida a la jefatura del Área de Contabilidad de Costos.</p> <p><b>Recomendación 7:</b> Dirigida a la jefatura del Área de Contabilidad de Costos.</p> <p><b>Recomendación 8:</b> Dirigida a la jefatura del Área de Contabilidad de Costos.</p> <p><b>Recomendación 9:</b> Dirigida a la jefatura del Área de Contabilidad de Costos.</p>

Deficiencia del Sistema de Información	Se determinó la ausencia de indicadores generales que permitan la evaluación de los Hospitales con igual nivel de complejidad	<b>Hallazgo 1:</b> “De la conveniencia de establecer los indicadores generales de estancias promedio en los hospitales nacionales generales”.	Pendiente de normalizar.	<b>Recomendación 1:</b> Dirigida a la Gerencia Médica.
Desactualización del marco normativo	Se determinó que la institución no dispone un marco normativo robusto que le permita garantizar de manera razonable la prevención, detección y corrección de errores y el control de calidad, así como, la estandarización de funciones de los gestores y equipos gestores de camas e implementación de estrategias que coadyuven a mejorar la estancia hospitalaria.	<b>Hallazgos 2 y 3:</b> “De la necesidad de actualizar el marco normativo que regula el tema de estancias hospitalarias en la institución”.	Pendiente de normalizar.	<b>Recomendación 1 y 2:</b> Dirigida a la Gerencia Médica

La Ley General de Control Interno, Artículo 14 Valoración del riesgo, señala:

*“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 en el Capítulo III: Normas sobre valoración del riesgo, indican:

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.*

3.2 *Sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI). El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer y poner en funcionamiento un sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI).*

*El SEVRI debe presentar las características e incluir los componentes y las actividades que define la normativa específica aplicable. Asimismo, debe someterse a las verificaciones y revisiones que correspondan a fin de corroborar su efectividad continua y promover su perfeccionamiento.*

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.”*

El no tener estrategias relacionada con la mitigación de los riesgos relacionados con el proceso, impide a la administración disponer de controles que le permitan minimizar la probabilidad de ocurrencia y gestionarlos adecuadamente, en caso de que ocurran.

## **5. SOBRE LA INTEGRIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE RESPALDA EL CÁLCULO PARA DETERMINAR EL COSTO DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN LA INSTITUCION.**

Se determinaron debilidades y oportunidades de mejora en la calidad de la información contable para la definición del costo de la estancia hospitalaria; según se desprende de los siguientes hallazgos:

### **5.1. Obsolescencia del Sistema DATA**

Se identificaron oportunidades de mejora en el sistema DATA (1978), utilizado en la determinación del costo por concepto de estancias hospitalarias, dado que utiliza un lenguaje de programación lanzado al mercado en 1959, aspecto relevante por cuanto se podría materializar riesgos concernientes al funcionamiento de esa herramienta tecnológica vinculados con la seguridad, confiabilidad y disponibilidad de los datos, pérdida de información sensible, así como limitaciones respecto a mejoras o requerimientos, al no disponerse del código fuente Fox 2.0.

Si bien es cierto que la Administración ha venido realizando esfuerzos con la Subárea Sistemas Financieros Administrativos para migrar el sistema, producto del Informe de la Contraloría “Informe de la Auditoría Operativa Sobre La Eficiencia Y Eficacia de la Gestión del Servicio de Consulta Externa-Medicina General en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social”, 2015, los mismos no han sido finalizados y puestos en producción, a pesar de que dicho Ente de Fiscalización y Control, estableció como atendido por medio del oficio DFOE-SD-1915, el 23 de octubre, 2020, suscrito por la Licda. Inés Patricia Mora Naranjo, Fiscalizadora, dado los avances presentados.

Es importante resaltar que a pesar de que la Administración tiene identificado el riesgo de la obsolescencia del sistema, hoy en día si se materializa alguna eventualidad a la única PC que trabaja en Windows 98, la Administración no podría generar tarifas, dado que no se cuenta con un plan de contingencia, esto fue confirmado en entrevistas realizadas a los funcionarios que integran la unidad.

Por otra parte, la rigidez del sistema ha permitido únicamente la inclusión de 39 centros médicos, 29 hospitales y 10 clínicas mayores, para determinar tarifas, las cuales a continuación se destacan:

**Cuadro # 3. Unidades incluidas en el Sistema DATA, Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios**

UE	CENTRO MÉDICO	UE	CENTRO MÉDICO	UE	CENTRO MÉDICO
1 2101	Hospital Calderón Guardia	14 2214	Área de Salud Heredia-Cubujuqui	27 2308	Hospital Dr. Max Terán Valls
2 2102	Hospital San Juan de Dios	15 2216	Área de Salud Alajuela Norte -Dr. Marcial Rodrigo	28 2311	Área de Salud Mata Redonda-Hospital
3 2103	Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz	16 2217	Área de Salud de Coronado	29 2312	Área de Salud Hatillo
4 2104	Hospital México	17 2304	Hospital Nacional Psiquiátrico	30 2314	Área de Salud Catedral
5 2105	Hospital Mujeres Dr. Adolfo Carit	18 2305	Hospital Dr. Roberto Chacón Paut	31 2315	Área de Salud Desamparados 1 y 2
6 2202	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	19 2306	Hospital Dr. Max Peralta Jimenez	32 2401	Hospital de San Carlos
7 2203	Centro Nacional de Rehabilitación	20 2402	Hospital de los Chiles	33 2601	Hospital Tony Facio
8 2205	Hospital San Rafael de Alajuela	21 2501	Hospital Monseñor Sanabria	34 2602	Hospital de Guápiles
9 2206	Hospital San Francisco de Asís	22 2502	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	35 2701	Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
10 2207	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega	23 2503	Hospital de la Anexión	36 2702	Hospital Golfito Manuel Mora Valverde
11 2208	Hospital San Vicente de Paúl	24 2504	Hospital de Upala	37 2703	Hospital Dr. Tomas Casas Casajus
12 2211	Área de Salud Goicoechea 2	25 2511	Área de Salud San Rafael - Puntarenas	38 2704	Hospital de Ciudad Neily
13 2213	Área de Salud de Tibás-Merced-Uruca	26 2307	Hospital William Allen	39 2705	Hospital San Vito de Coto Brus

Fuente: Manual de programa de costos 2000.

En otros términos, si se apertura un hospital o clínica nueva el sistema no permite la inclusión para determinar los costos del servicio 400 "Hospitalización", o bien, la Administración decide realizar cambios estructurales en el nivel de atención de un centro ya existente o establecer actividades como por ejemplo "Jornadas de Producción" en una unidad ejecutora, son aspectos que hoy en día no pueden ser costeados.

Por otra parte, otro aspecto que llamó la atención de este Ente de Fiscalización y Control es que en la creación del sistema no se visualizó cantidades de número en una cifra, por tanto, en el reporte SIH-101 las cifras se visualizan "cortadas" al compararlo con el reporte SIH-102, a continuación, se muestran imágenes de lo expuesto:

**Imagen # 1**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL				PAGINA NO
INFORME DE GASTOS ANUAL				33
FECHA DE PROCESO 25/01/2021				SIH-102I
PERIODO 2020 - DICIEMBRE				
UNIDAD PROGRAMATICA 2101 HOSP.CALDERON GUARDIA HN				
SERV-CONTRO DE COSTO 400 HOSPITALIZACION				
CUENTA	ELEMENTO DEL GASTO	GASTOS ACUMULADOS	COSTOS DIRECTOS PROMEDIO	
955 06 1	AJ PERID ANT DEPRECIACION	15,392,918.58	109.644	
955 07 0	AJ PERIOD ANT DEP REVALUA	1,646,881.32	11.731	
		610,456,435.86	4,348.290	
		<b>117,608,812,727.17</b>	<b>837,729.274</b>	

**Imagen # 2**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL				PAGINA NO
INFORME DE COSTOS ANUAL				9
FECHA DE PROCESO 25/01/2021				SIH-101I
PERIODO 2020 - DICIEMBRE				
UNIDAD PROGRAMATICA 2101 HOSP.CALDERON GUARDIA HN				
SERV-CONTRO DE COSTO 400 HOSPITALIZACION				
TOTAL DE ESTANCIAS 140,390				
SERVICIO	MONTO GLOBAL		COSTO PROMEDIO	
COSTOS DIRECTOS	<b>17,608,812,727.17</b>		<b>125,427.828</b>	

Fuente SIH-101 y SIH-102, Diciembre 2020

De las imágenes anteriores, se observa como del reporte SIH-102, para la unidad ejecutora 2101 se muestra en el servicio 400 Hospitalización un monto total de ₡117.608.812.727,17 y en el SIH-101 no aparece el primer número que define los cientos de millones.

Por otra parte, se observa como dentro de la Institución, se realizó el esfuerzo por parte de la Dirección Proyección Servicios de una herramienta en Microsoft Excel para determinar los costos, entre ellos el costo por estancia hospitalaria, en su metodología se define como: "...una plantilla que permite disponer ordenadamente las hojas de trabajo, según cada inductor de costo, las asigna de forma automática al centro de costos respectivo y en forma secuencial para ingresar los diferentes datos, producción, consumo de materiales (en términos monetarios), salarios, depreciaciones, entre otros..." actualmente se utiliza como análisis financiero de proyectos para la construcción de nuevos centros de salud.

La herramienta utiliza la metodología de estimación de costos de absorción, tiene la capacidad de no solo generar información contable y financiera, sino que detalla los diferentes productos por servicio, consolidando información en cuanto a producción, tiempo utilizado, costos directos totales, costos indirectos totales, costos totales, costos unitarios. Por tanto, la metodología considera el costo unitario igual a eficiencia.

## 5.2. Carencia de un procedimiento actualizado para determinar el costo estancias hospitalarias

Se determinó la carencia de un procedimiento que desarrolle la metodología para determinar el costo de estancias hospitalarias dado que, actualmente en la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios se dispone de un *"Manual de Programa Costos 2020 SIH"*, Julio 2010, que además de presentar una antigüedad de 11 años, no muestra el detalle de la fórmula ni cálculos aritméticos.

Asimismo, se observó que dentro de la normativa vigente de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios, el *"Manual de Programa Costos 2020 SIH"*, establece: *"es importante indicar que el presente manual debe ser revisado en forma periódica con el propósito de que el mismo sea actualizado según las condiciones y necesidades producto del entorno, ya sea técnico, legal, económico, político y social en adición a la normativa institucional correspondiente (Ley de Control Interno y las Normas de Control Interno)*, aspecto que muestra un incumplimiento por parte de la Administración.

El objetivo general de dicho documento refiere únicamente a instrucciones para generar el informe de tarifas de servicios médicos como se observa: *"Dotar a la Administración de un documento formal e impreso que describa en forma detallada, los procesos necesarios para la elaboración del Informe de tarifas de los servicios médicos, así como la herramienta que sirve de base para las Tarifas para Cobro del Programa 2000, de los 29 Hospitales y las 10 Clínicas Mayores (tipo 4) de la C.C.S.S."*, esta situación refleja la ausencia de fórmulas de cálculos, insumos entre otros para que la Administración actualice y mejore los procedimientos relacionados.

Asimismo, al analizar el manual en mención, se observa la ausencia de mecanismos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento de las etapas para la revisión, aprobación, divulgación e implementación del mismo, como, por ejemplo:

- Firma de elaboración
- Firma de revisión
- Firma de aprobación de un ente superior a la unidad
- Responsabilidades
- Instrucciones de información detallada, ordenada, sistemática e integral
- Procedimientos de la metodología para determinar el costo de estancias hospitalarias.
- Fórmulas y cálculos aritméticos.

### 5.3. Desconocimiento de la fórmula del costo para estancias hospitalarias por parte de los funcionarios de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios.

Se evidenció un desconocimiento de la fórmula en el sistema “DATA” para determinar el costo de la estancia hospitalaria, por parte de los funcionarios de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios, según se detalla en entrevistas realizadas.

Al consultarle, al total de funcionarios que conforman la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios, respecto al detalle de la fórmula para determinar el costo de las estancias hospitalaria, indicaron:

#### Cuadro # 4. Detalle entrevista funcionarios Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios

#	Fecha entrevista	¿Conoce a detalle la fórmula para determinar el costo de estancias hospitalarias?	Respuesta entrevista
1	23/2/2021	No	Se conoce en términos generales que el costo de los servicios generales y administrativos se distribuyen entre los servicios de diagnóstico y tratamiento y los servicios finales de forma proporcional al consumo mensual registrado, y posteriormente el costo total de los servicios de diagnóstico y tratamiento se redistribuyen entre los servicios finales para obtener el costo total. Pero se desconoce el detalle exacto de la fórmula.
2	26/2/2021	No	Se toma como insumos la producción mensual de las Unidades Ejecutoras y el gasto mensual generado por la Subárea Contabilidad Operativa y se realiza el cruce de la información, pero desconozco como se hace el prorrateo de los mismos.
3	26/2/2021	No	Para conocer el costo de la estancia se divide la tarifa sin Diagnóstico y Tratamiento (costos totales – administración y servicios comunes – medicamentos, prod. Químicos Inst. Médico) entre la producción, datos que se extraen del 101.
4	26/2/2021	No	Estamos actualmente en un proceso de investigación con la finalidad de poder hacerlo en Excel.
5	26/2/2021	No	A detalle no, a grandes rasgos se requieren los gastos y la producción distribuyendo los costos directos e indirectos, pero la distribución porcentual no se conoce.

**Fuente:** Elaboración propia, entrevistas

Del cuadro anterior, se destaca un deficiente empoderamiento del conocimiento de la metodología para determinar el costo de estancias hospitalarias por parte de la unidad líder del proceso por cuanto actualmente, se puede suponer que de presentarse errores en el cálculo estos serían vulnerables a materializarse por el bajo dominio del proceso.

### 5.4. Concentración de los gastos en el servicio “400” hospitalización en los establecimientos de salud.

Se evidenció que el servicio “400” hospitalización asume el 100% de los gastos en las cuentas 902 por “Servicios Personales Ciencias Médicas”, 910 “Consumo Materiales y Suministros”, 920 “Subsidios Enfermedad y Maternidad y 905 “Servicios No Personales SEM-IVM”, provocando que los otros servicios de un centro médico no registren la proporción adecuada por estos conceptos.

En estos gastos se registra lo relacionado con el pago de salarios a los médicos, materiales, suministros, incapacidades, subsidios que incurre la Caja; según derechos y beneficios que la Ley Constitutiva de la Caja y el Reglamento del Seguro de Salud les otorga a sus asegurados, así como alquileres, servicios públicos, entre otros.

Con la finalidad de demostrar la concentración total de gastos en el servicio 400 “Hospitalización”, en un centro médico del tercer nivel de atención, se analizó la unidad programática 2101, que se muestra a continuación:

**Cuadro # 5. Distribución del monto total de gastos en el servicio "400" Hospitalización. Unidad Ejecutora 2101. Diciembre 2019. Cifras en colones.**

Mayor	Descripción	Total Gasto	Total "400"	%
902	Servicios Personales Ciencias Médicas	358 661 812,85	358 661 812,85	100%
910	Consumo Materiales y Suministros	23 537 019 247,85	23 447 008 415,98	100%
920	Subsidios Enfermedad y Maternidad	8 855 254 805,31	8 687 363 503,01	98%
905	Servicios No Personales SEM-IVM	3 766 216 167,27	3 636 618 501,96	97%
925	Otras Prestaciones SEM - IVM	708 649 047,02	514 113 771,02	73%
945	Gastos Diversos	3 048 918 483,84	1 962 136 856,58	64%
948	Resultado Valuación Existencias	610 470 885,83	364 261 616,85	60%
900	Servicios Personales	79 475 984 292,07	47 153 388 178,15	59%
930	Aportes y Contribuciones	17 299 045 379,94	10 250 402 784,76	59%
955	Ajustes Periodos Anteriores	998 933 497,27	577 176 273,44	58%
950	Depreciaciones	2 608 162 283,41	1 212 953 771,39	47%
951	Depreciación Revaluación	636 116 055,27	145 987 857,61	23%
911	Consumo Materiales y Suministros (Almacén General)	24 852 111 636,47	5 459 416 644,69	22%
<b>Totales</b>		<b>166 755 543 594,40</b>	<b>103 769 489 988,29</b>	<b>62%</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Reporte SIH-102. Diciembre 2019.

Del cuadro anterior, se observa como los gastos de las cuentas de mayor 902 "Servicios Personales Ciencias Médicas" (100%), 910 "Consumo Materiales y Suministros" (100%), 920 "Subsidios Enfermedad y Maternidad" (98%) y 905 "Servicios No Personales SEM-IVM" (97%), muestran un porcentaje total o significativo de distribución en el servicios "400" Hospitalización, demostrando que solo este servicio consume el total de gastos para las cuentas de mayor resaltadas, atribuyéndose el total de estos gastos al costo de estancias hospitalarias.

Esto refleja que el 62% de gastos en la Unidad Ejecutora 2101, equivalente a un valor nominal de ¢103.769.489.988,29 (ciento tres mil setecientos sesenta y nueve millones cuatrocientos ochenta y nueve mil novecientos ochenta y ocho con veintinueve céntimos), los absorbe el servicio 400 Hospitalización, provocando que los servicios 500 Consulta Externa, 605 Odontología, 610 Prótesis Dental, así como los servicios 700 "Diagnóstico y Tratamiento" y 800 "Servicios de Apoyo como Dirección y Administración" no reporten gastos por estos conceptos.

### 5.5. Referente al servicio universal cero

Se evidenció el uso en las unidades médicas, del servicio universal "0" que corresponde a un tipo de servicio administrativo, utilizado para rubros que no pertenecen a ninguno de los servicios ya existentes. Esto por cuanto los gastos de un hospital del tercer nivel que se encuentra en el Servicio "0" en el Estado Mensual de Gastos, cuando el Sistema DATA integra el total de gastos con la producción para determinar las estancias, lo que realiza es sumar el servicio "0" al servicio "400" hospitalización, provocando que la inadecuada distribución del gasto permita suponer una sobrevaloración del costo por estancia hospitalaria.

A continuación, se detalla el total de gastos en el servicio universal cero para los hospitales del tercer nivel:

**Cuadro # 6. Detalle total gastos en el servicio "0" por unidad ejecutora en los hospitales del tercer nivel de atención, diciembre 2019-2020. Cifras en colones**

Unidad Ejecutora	2019	2020
<b>Hospitales Nacionales</b>		
2101 Hosp. Dr. Calderón Guardia	67 505 785 669,55	78 811 194 921,21
2102 Hosp. San Juan de Dios	79 837 814 341,46	77 767 841 399,85
2104 Hospital México	72 876 664 468,83	81 364 533 749,09
<b>Hospitales Especializados</b>		
2103 Hosp. Dr. Sáenz Herrera	32 796 562 971,63	34 469 276 913,79
2105 Hosp. de las Mujeres Adolfo Carit	10 483 670 000,68	9 162 398 743,58
2202 Hosp. Dr. Blanco Cervantes	4 828 330 849,25	5 035 319 010,10
2203 Centro Nal. Rehabilitación	5 509 180 163,86	11 344 919 190,19
2304 Hosp. Nacional Siquiátrico	9 339 090 665,23	10 042 697 225,42
2305 Hosp. Dr. Chacón Paut	2 360 157 333,65	2 430 191 050,20

Fuente: Elaboración propia datos del Estado Mensual de Gastos, 2019-2020.

Del cuadro anterior, se observar que para los años 2019 y 2020 se incluyeron gastos considerables en el servicio "0" por parte de los hospitales del tercer nivel, por consiguiente, se puede presumir que el 100% de estos gastos no pertenece al mismo, en vista que, de ser así, se presentó un registro incorrecto, por cuanto, estos montos debieron ser contabilizados directamente en el servicio "400" Hospitalización o de lo contrario, de no pertenecer el total del gasto a este servicio, se visualiza que no existió una adecuada distribución del gasto.

Con la finalidad de demostrar las cuentas contables que intervinieron en el gasto acumulado del servicio "0", se muestra el detalle de un centro médico a continuación:

**Cuadro # 7. Detalle por cuenta de mayor en el servicio "0", unidad ejecutora 2101. Diciembre 2019-2020. Cifras en colones**

Cuenta	Descripción	2019	2020
910	CONSUMO MATERIALES Y SIMI	23 444 621 019,93	28 182 980 781,05
900	SERVICIOS PERSONALES	24 157 697 262,63	27 035 507 637,06
920	SUBS.ENFERMEDAD Y MATERNI	8 632 691 041,02	8 028 398 144,65
930	APORTES Y CONTRIBUCIONES	5 225 842 980,69	5 857 850 691,80
905	SERVICIOS NO PERSONALES	3 533 679 600,81	4 480 544 942,57
950	DEPRECIACIONES	1 634 648,16	1 989 861 749,80
945	GASTOS DIVERSOS	1 185 144 018,79	1 408 198 843,71
902	SERV.PERSONALES C.MEDICAS	358 661 812,85	656 722 292,88
955	AJUSTES PERIODOS ANTERIOR	448 246 084,36	593 416 635,96
925	OTRAS PRESTACIONES	510 668 051,02	390 139 690,98
951	DEPRECIAC.REVAL. ACTIVOS	7 801,16	173 846 441,57
911	CONSUMO MATER.Y SUMIN.	6 891 348,13	13 727 069,18
<b>Totales</b>		<b>67 505 785 669,55</b>	<b>78 811 194 921,21</b>

Fuente: Elaboración propia datos del Estado mensual de gastos SEM 2019-2020.



Del cuadro anterior, se destaca que para el 2019 en el servicio "0" muestra un total de gasto acumulado de ¢67.505.785.669,55 (sesenta y siete mil quinientos cinco millones setecientos ochenta y cinco mil seiscientos sesenta y nueve con cincuenta y cinco céntimos), lo cual representa un 65% del total del gasto de hospitalización para la unidad ejecutora 2101.

### 5.6. Servicios públicos teléfono, agua y electricidad.

Se determinó que el total del gasto por concepto de servicios públicos de telecomunicaciones, electricidad y agua, para los hospitales del tercer nivel se registran al servicio 400 de "hospitalización", provocando que los otros servicios de un centro médico no registren la proporción adecuada de los gastos.

Si bien es cierto, se presume que un porcentaje significativo de estos servicios puede corresponder al servicio de hospitalización, la actual metodología de costos muestra que los servicios de consulta externa "500", urgencias "570", odontología "605", medicina mixta "650", así como los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento "700" y los servicios generales "800" entre otros, no consumen gastos por servicios públicos.

A continuación, se muestra como ejemplo el detalle de servicios públicos de la unidad ejecutora 2104:

### Cuadro # 8. Detalle cuentas servicios públicos por servicio según unidad ejecutora 2104, diciembre 2019-2020, cifras en colones.

UE	Cuenta	Servicio	Descripción	2019	2020
2104	905 06 8	400	TELECOMUNICACIONES	22 643 252,21	33 263 357,16
2104	905 08 4	400	ENERGIA ELECTRICA	810 240 030,00	848 914 620,00
2104	905 09 2	400	SERVICIO DE AGUA	483 050 795,05	770 634 117,71
<b>Totales</b>				<b>1 315 934 077,26</b>	<b>1 652 812 094,87</b>

Fuente: Reporte SIH-102 a diciembre 2019-2020

### 5.7. Gastos que no guardan relación con el tema de hospitalización

Se evidenciaron gastos totalizados en la fórmula para determinar el costo de la tarifa de estancia hospitalaria, que en apariencia no guardan relación con este aspecto, sin embargo, se encuentran registrados en el servicio 400 "Hospitalización". Para detallar las cuentas de gastos determinadas se consideró a modo de ejemplo la unidad ejecutora 2101.

**Cuadro # 9. Detalle cuentas que no guardan relación con el tema de hospitalización unidad ejecutora 2101, diciembre 2019. Cifras en colones.**

<b>Cuenta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Mayor</b>	<b>400</b>
900 18 3	Incentivo Económico Inspectores Ley Reglamento	900	204 996 299,03
948 01 4	Resultado Valuación Existencia Farmacias	948	183 995 711,66
948 02 2	Resultado Valuación Existencia Proveeduría	948	180 265 905,19
910 05 7	Productos de Papel y Cartón	910	118 888 320,84
910 19 7	Otros Útiles y Materiales	910	64 237 083,05
910 37 5	Útiles y Materiales de Resguardo y Seguridad	910	61 409 443,28
910 15 4	Útiles y Materiales de Oficina	910	36 151 602,25
945 21 1	Diferencia Inventario Bienes Muebles	945	16 582 087,75
910 26 0	Gasolina Equipo Transporte	910	14 824 723,00
910 06 5	Impresos y Otros	910	13 355 135,88
945 20 3	Diferencia Inventario Bodegas	945	9 828 179,18
905 25 4	Multas e Intereses Municipales	905	8 464 996,50
905 13 2	Gastos Viajes dentro del País	905	4 288 300,00
910 13 0	Repuestos para Equipo de Transporte	910	1 808 916,10
910 12 1	Llantas y Neumáticos	910	1 491 695,51
905 33 7	Mantenimiento Reparación Equipo Transporte	905	1 382 946,90
905 20 5	Comisiones y Otros Cargos	905	669 048,59
900 17 5	Asignación Cajero	900	309 218,42
900 37 0	Sobresueldo Incent Prof. Ciencias Médicas Consulta Externa	900	285 231,15
900 14 2	Asignación para Vivienda	900	76 358,35
905 16 5	Transporte dentro del País	905	2 700,00
900 52 3	Incentivo Riesgo Hospital Chacón Paut	900	- 5 069,46
<b>Total</b>			<b>923 309 233,17</b>

Fuente: Reporte SIH-102-2019

Los gastos incluidos en el cuadro anterior, en apariencia deberían ser considerados en otros servicios, lo anterior por cuanto, según la definición de la cuenta contable en el “Manual Descriptivo de Cuentas Contables, Octubre 2019, hacen suponer que no se relacionan con el tema de hospitalización.

Dado lo anterior, se destaca la cuenta contable 900-18-3 “Incentivo Económico Inspectores Ley Reglamento” se describe como el: “registra el gasto por incentivo económico que se brinda a los inspectores de Leyes y Reglamentos de la Institución en ejercicio de su profesión” documentado en el cuadro #8.

Por otra parte, respecto a las cuentas de mayor 948 “Resultado Valuación Existencias Seguro de Salud” si bien es cierto, que guardan cierta relación con el servicio de hospitalización, la situación es provocada por un aspecto administrativo dado la metodología de inventarios implementada (promedio móvil), provocando diferencias entre el monto de los bienes en el momento que ingresó al hospital y de cuando efectivamente son consumidos.

Es importante resaltar que la definición de costo y gasto son diferentes en el entendido de que el concepto costo se refiere a los desembolsos que interviene una institución para mantener un proceso de producción o servicio y los gastos por su parte corresponden a erogaciones relacionadas con la operativa de la empresa.

### 5.8. Diferencias en el total del SIH 102 vrs Estado Mensual de Gastos

Se determinaron diferencias entre el total de gastos del reporte SIH-102 del Sistema DATA de la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios y el Estado Mensual de Gastos elaborado por la Subárea Contabilidad Operativa en todas las unidades ejecutoras de los centros de salud del tercer nivel.

Al ser los datos de la Subárea Contabilidad Operativa el insumo base de los gastos, llama la atención que la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios reporte como parte de la fórmula montos diferentes al total de gastos en el reporte SIH-102, para los años 2017, 2018, 2019 y 2020.

**Cuadro # 10. Diferencias gastos reporte SIH-102 y Estado Mensual de Gastos. A diciembre de cada año. Cifras en colones**

UE	2017			2018		
	SIH-102 Datos Costos	Estado Mensual Gastos Contabilidad	Diferencia	SIH-102 Datos Costos	Estado Mensual Gastos Contabilidad	Diferencia
2101	149 773 662 651,98	144 479 287 169,80	5 294 375 482,18	160 127 692 107,59	154 754 823 687,91	5 372 868 419,68
2102	164 957 701 023,15	159 619 470 148,13	5 338 230 875,02	183 993 523 480,18	178 424 702 649,96	5 568 820 830,22
2103	79 812 630 763,64	77 911 709 818,52	1 900 920 945,12	85 298 593 523,88	83 066 407 194,24	2 232 186 329,64
2104	147 680 142 512,63	142 003 511 061,34	5 676 631 451,29	166 550 490 314,51	160 823 889 525,92	5 726 600 788,59
2105	23 324 126 658,26	23 316 363 928,35	7 762 729,91	24 497 265 542,48	24 488 895 558,55	8 369 983,93
2202	20 347 846 008,27	20 263 902 552,45	83 943 455,82	22 053 379 754,25	21 952 294 164,16	101 085 590,09
2203	17 742 996 298,07	17 696 824 583,88	46 171 714,19	17 206 351 216,54	17 188 104 313,22	18 246 903,32
2304	30 790 749 033,35	30 688 706 071,33	102 042 962,02	32 212 822 042,70	32 119 866 606,73	92 955 435,97
2305	6 758 380 944,87	6 754 091 076,16	4 289 868,71	7 244 821 555,27	7 235 670 554,23	9 151 001,04
<b>Totales</b>	<b>641 188 235 894,22</b>	<b>622 733 866 409,96</b>	<b>18 454 369 484,26</b>	<b>699 184 939 537,40</b>	<b>680 054 654 254,92</b>	<b>19 130 285 282,48</b>

UE	2019			2020		
	SIH-102 Datos Costos	Estado Mensual Gastos Contabilidad	Diferencia	SIH-102 Datos Costos	Estado Mensual Gastos Contabilidad	Diferencia
2101	166 755 543 594,40	165 366 906 793,30	1 388 636 801,10	183 399 505 885,47	186 214 789 215,23	-2 815 283 329,76
2102	189 402 205 031,62	187 917 905 917,49	1 484 299 114,13	189 304 923 260,74	193 042 571 801,97	-3 737 648 541,23
2103	89 974 819 359,54	89 041 628 161,40	933 191 198,14	92 209 285 386,05	92 331 675 301,63	-122 389 915,58
2104	173 143 333 468,42	171 924 561 648,19	1 218 771 820,23	183 173 832 529,67	186 716 246 809,61	-3 542 414 279,94
2105	25 712 579 722,11	25 707 403 282,92	5 176 439,19	27 524 892 235,13	27 527 105 132,73	-2 212 897,60
2202	22 798 609 132,07	22 762 300 470,10	36 308 661,97	23 864 273 565,86	23 864 506 216,47	-232 650,61
2203	17 754 539 847,19	17 738 530 295,26	16 009 551,93	28 430 403 469,80	28 432 356 436,99	-1 952 967,19
2304	33 322 216 968,74	33 263 638 035,43	58 578 933,31	34 350 033 988,52	34 360 068 779,10	-10 034 790,58
2305	7 627 257 720,45	7 625 875 811,31	1 381 909,14	7 940 566 807,36	7 971 866 614,24	-31 299 806,88
<b>Totales</b>	<b>726 491 104 844,54</b>	<b>721 348 750 415,40</b>	<b>5 142 354 429,14</b>	<b>770 197 717 128,60</b>	<b>780 461 186 307,97</b>	<b>-10 263 469 179,37</b>

Fuente: Elaboración propia. Reporte SIH-102 y Estado Mensual de Gastos.

Para el año 2017 se observó una diferencia de ¢18.454.369.486,26 (Dieciocho mil cuatrocientos cincuenta y cuatro millones trescientos sesenta y nueve mil cuatrocientos ochenta y cuatro con veintiséis céntimos), mientras que la diferencia del 2018 aumentó a ¢19.130.285.282,48 (Diecinueve mil ciento treinta millones doscientos ochenta y cinco mil doscientos ochenta y dos con cuarenta y ocho céntimos) y para el 2019 la diferencia decreció en ¢5.142.354.429,14 (Cinco mil ciento cuarenta y dos millones trescientos cincuenta y cuatro mil cuatrocientos veintinueve con catorce céntimos), de donde se observa un gasto mayor en la Subárea Costos Hospitalarios que en la Subárea Contabilidad Operativa, para todas las unidades ejecutoras, situación que hace suponer que en el sistema DATA se están duplicando gastos o bien considerando montos que no corresponden a los gastos de una unidad ejecutora y son considerados en la determinación de costos por estancias hospitalarias.

En relación con el año 2020, llama la atención de este Ente de Fiscalización y Control que, si la constante en 3 años consecutivos correspondía a que los datos de gastos en costos sean mayores a los datos de contabilidad se muestra una diferencia de -¢10.263.469.179,37 (Diez mil doscientos sesenta y tres millones cuatrocientos sesenta y nueve mil ciento setenta y nueve con treinta y siete céntimos), mostrando una situación contraria donde los egresos del Estado Mensual de Gastos fueron mayores que los de SIH-102, por tanto se puede presumir que no todos los gastos de una unidad ejecutora fueron considerados en la aplicación de la fórmula.

### 5.9. Utilización de servicios que no corresponden

Se determinó que el sistema DATA presenta servicios que no se encuentran en el Reporte denominado "Servicios Válidos para Unidad Ejecutora" según el Sistema Integrado Institucional de Presupuesto (SIIP), reporte emitido el 23 de febrero 2021, cuando los servicios no se encuentran autorizados en el SIIP, no aparecen movimientos en el Estado Mensual de Gastos para este servicio.

En la unidad ejecutora 2101, se determinó un total de 11 servicios que se muestran en el Sistema DATA de Costos Hospitalarios y que no se encuentran validados según el Sistema Integrado Institucional de Presupuesto.

**Cuadro # 11. Servicios que no se encuentran reportados en el SIIP. Unidad ejecutora 2101. Diciembre 2019. Cifras en colones.**

SIH-102	Monto
605 ODONTOLOGÍA	4 290 163 672,74
650 MEDICINA MIXTA	0,00
655 MEDICO DE EMPRESA	0,00
715 LABORATORIO CLINICO	8 065 187 658,08
725 RAYOS X-RADIODIAGNOSTICO	3 834 267 728,82
740 LABORAT.ANATOMIA PATOLOG.	0,00
760 RADIOTERAPIA ONCOLOGÍA	0,00
810 DIRECCIÓN Y ADM	21 557 692 915,94
850 DIETETICA	0,00
860 LAVANDERIA Y COSTURERIA	2 045 487 146,64
880 TRANSPORTES TRANSITO	1 049 281 671,82
<b>Total</b>	<b>40 842 080 794,04</b>

Fuente: Elaboración propia. SIH-102 y Estado Mensual de Gastos. Diciembre 2019.

Del cuadro anterior, se observa que 6 de estos servicios muestran un saldo por la orden de ¢40.842.080.794,04 (Cuarenta mil ochocientos cuarenta y dos millones ochenta mil setecientos noventa y cuatro con cuatro céntimos). Por consiguiente, se elaboró un análisis donde se extrajo del reporte SIH-102 los servicios que no se encuentran validados en el SIIP, que presentaron saldos a diciembre 2019 y se realizó un comparativo por descripción del nombre con el Estado Mensual de Gastos logrando identificar semejanzas que a continuación se destaca:

**Cuadro # 11. Saldo de gastos en el SIH-102 de servicios inexistentes en el Estado Mensual de Gastos. UE 2101. Diciembre 2019. Cifras en colones.**

SIH-102			Estado Mensual de Gastos			
Servicio	Descripción	Monto	Servicio	Descripción	Monto	Diferencia
605	Odontología	4 290 163 672,74	580	Consulta Odontológica	2 145 073 696,37	2 145 089 976,37
715	Laboratorio Clínico	8 065 187 658,08	714	Laboratorio Clínico	3 826 794 460,00	4 238 393 198,08
725	Rayos X Radiodiagnóstico	3 834 267 728,82	759	Rayos X	1 856 699 419,59	1 977 568 309,23
810	Dirección y Administración	21 557 692 915,94	840	Dirección Y Administrac.	10 778 846 095,47	10 778 846 820,47
860	Lavandería y Costurería	2 045 487 146,64	820	Lavandería	1 022 743 573,32	1 022 743 573,32
880	Transporte Tránsito	1 049 281 671,82	835	Transportes	524 640 835,91	524 640 835,91
<b>Totales</b>		<b>40 842 080 794,04</b>			<b>20 154 798 080,66</b>	<b>20 687 282 713,38</b>

Fuente: Elaboración propia SIH-102 y Estado Mensual de Gastos

Del análisis anterior, llama la atención de este Órgano de Fiscalización y Control, que, si bien es cierto que la descripción no es exacta, el total de diferencia entre el SIH-102 y el Estado Mensual de Gastos es por un total de ¢20.687.282.713,38 (Veinte mil seiscientos ochenta y siete millones doscientos ochenta y dos mil setecientos trece con treinta y ocho céntimos), se puede observar que las diferencias determinadas, prácticamente duplican el monto de los gastos reportados en la contabilidad de estos servicios, más aún, en el SIH-102 los servicios como: 860 "Lavandería y Costurería" y 880 "Transporte Tránsito" muestran **el mismo monto de diferencia** que en el saldo del Estado Mensual de Gastos de los servicios 820 "Lavandería" y 835 "Transportes", esto hace suponer que el sistema de Costos podría estar duplicando los montos de estos servicios.

### 5.10. Diferencias en los nombres de servicios

Se determinó la numeración de un servicio en el SIH-102 que en comparación con la numeración del Estado Mensual de Gastos es la misma, sin embargo, la descripción parece no ser comparativa, esto a pesar de las diferencias de numeración de servicios y descripción evidenciadas en el inciso anterior. A continuación, se detalla:

#### **Cuadro # 12. Diferencias en los nombres de servicios que comparten la misma numeración. UE 2101. Diciembre 2019**

SIH-102			Estado Mensual de Gastos			
Servicio	Descripción	Monto	Servicio	Descripción	Monto	DIFERENCIA
710	FARMACIA	6 578 932 388,02	710	SERVICIO HEMODIALISIS	67 803 204,48	6 511 129 183,54

**Fuente:** Elaboración propia SIH-102 y Estado Mensual de Gastos

Del cuadro anterior, se observa que el servicio 710 muestra una descripción y monto diferente provocando una diferencia de  $\text{¢}6.511.129.183,54$  (Seis mil quinientos once millones ciento veintinueve mil ciento ochenta y tres con cincuenta y cuatro céntimos). Asimismo, en el reporte SIIP el nombre que muestra es el observado en el Estado Mensual de Gastos.

Es importante resaltar, además que se evidenció que la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios es la unidad que autoriza la apertura de servicios y esta unidad no cuenta con un manual descriptivo de servicios.

### 5.11. Segregación de servicios

Se evidenció que el DATA no realiza una segregación de servicios para el servicio 400 "Hospitalización" y 500 "Consulta Externa", a pesar de que los servicios están validados en el SIIP, fueron abiertos por la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios y son utilizados por las unidades ejecutoras.

A continuación, se aprecia la segregación de servicios en el Estado Mensual de Gastos en comparación con los servicios del SIH-102:

**Cuadro # 13. Comparación de servicios 400 Hospitalización y 500 Consulta Externa. Diciembre 2019. Unidad Ejecutora 2101. Cifras en colones.**

Estado Mensual de Gastos			SIH-102			Diferencia
Servicio	Descripción	Monto	Servicio	Descripción	Monto	
400	HOSPITALIZACION	25 973 545 962,03	400	HOSPITALIZACION	207 538 979 976,58	
410	MEDICINA	904 291 405,18				
411	NEUROLOGIA	441 956,00				
420	CIRUGIA	1 051 099,00				
425	FISIOTERAPIA	3 281 396 609,91				
430	GINECOLOGIA	165 775 175,70				
440	OBSTETRICIA	156 508 405,55				
455	NEONATOLOGIA	210 505 007,27				
465	CUIDADOS INTENSIVOS	-				
480	ODONTOLOGIA	1 313 532,65				
500	CONSULTA EXTERNA	326 976 340,40	500	CONSULTA EXTERNA	69 364 912 541,52	
505	CONSULTA MEDICA GENERAL	706 672 783,87				
510	MEDICINA	3 947 182 820,89				
511	CONSULTA PSIQUIATRIA	930 361 788,05				
514	CONSULTA NEUROLOGIA	17 680,00				
515	CONSULTA ESPECIALIZADA	17 800 251 273,03				
519	CONSULTA OFTALMOLOGIA	71 920,00				
520	CIRUGIA	4 746 467 892,67				
522	CONSULTA ORTOPEDIA	44 115 503,31				
523	OTORRINOLARINGOLOGIA	2 750 997,30				
530	GINECOLOGIA	18 614 772,73				
540	OBSTETRICIA	89 236 997,73				
550	PEDIATRIA	36 266,67				
570	URGENCIAS	4 236 973 113,54				
580	CONSULTA ODONTOLOGICA	2 145 073 696,37				
590	CONSULTA NO MEDICA	1 124 999,93				
595	MINISTERIO SALUD	301 967,28				
599	OTROS CENTROS	923 605,90				
<b>Totales</b>		<b>65 691 983 572,96</b>			<b>276 903 892 518,10</b>	<b>- 211 211 908 945,14</b>

**Fuente:** Elaboración propia SIH-102 y Estado Mensual de Gastos

Del cuadro anterior, se destaca la segregación del servicio “400 Hospitalización” en 10 servicios y el servicio “500 Consulta Externa” en 18 servicio, así como la una diferencia nominal de  $\text{¢}211.211.908.945,14$  (Doscientos once mil dscientos once millones de colones novecientos ocho mil novecientos cuarenta y cinco con catorce), aspecto que se ha venido desarrollando en el presente informe.

Si bien es cierto, que actualmente la Institución muestra una débil cultura contable de costos y el inconveniente de que no se puede conocer cuánto cuesta un servicio médico o especialidad en la Institución, el esfuerzo que realizan las unidades ejecutoras por registrar contablemente por servicios, queda invalidado en costos por la condensación de servicios que presenta el actual sistema.

## 5.12. Sobre los datos de la producción

Se determinaron diferencias entre los datos de la producción en el sistema ARCA, que es una herramienta de gestión clínica para contar con la información exacta de los pacientes y forma parte del programa Expediente Digital Único el Salud, administrado por el Área Estadísticas en Salud y las enviadas por cada Centro Médico a la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarias.

La producción es el segundo componente más importante de la fórmula para determinar el costo por estancias hospitalarias.

A continuación, se muestra un comparativo entre dos datos extraídos del ARCA y los datos reportados a Costos Hospitalarios:

### Cuadro # 15. Comparativos estadística oficial vrs datos enviados a la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios. Años 2019-2020.

UE	Oficial	Enviada a Costos	Diferencia	Oficial	Enviada a Costos	Diferencia
2101	165 663	157 883	7 780	137 986	133 544	4 442
2102	213 347	206 251	7 096	172 061	169 670	2 391
2104	153 662	149 201	4 461	128 944	113 190	15 754
2103	83 193	76 560	6 633	59 969	63 395	-3 426
2105	31 384	30 630	754	26 978	26 595	383
2202	43 668	42 877	791	32 675	33 558	-883
2203	24 373	20 679	3 694	20 634	17 541	3 093
2304	152 774	152 775	-1	111 697	114 564	-2 867
2305	76 131	90 680	-14 549	224 532	54 857	169 675
<b>Totales</b>	<b>944 195</b>	<b>927 536</b>	<b>16 659</b>	<b>915 476</b>	<b>726 914</b>	<b>188 562</b>

Fuente: Sistema ARCA e Informe Estadístico Centro de Costos enviadas a la Subárea Costos Hospitalarios.

Del cuadro anterior, se determina que, en todos los centros de salud del tercer nivel de atención, se visualizan diferencias entre lo reportado y la cifra oficial del ARCA, considerándose una diferencia de 16.659 para el 2019 y para el 2020 la diferencia aumentó en 188.562 casos, para ese año se observó un efecto especial en el mes de setiembre en la UE 2305 con la salida de pacientes con estancias prolongadas.

## 5.13. Integridad de la información de la producción

Se determinó que existen oportunidades de mejoras en la integridad de los datos de producción de los centros médicos, información enviada vía correo electrónico a la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios para su inclusión al Sistema DATA, dado que se pudo observar que los cuadros con la información son rayados en apariencia por esa Subárea.

A continuación, se muestran una imagen de la situación detectada:

Imagen # 3

Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios  
Teléfono: 2539-0413  
Correo: [chospitalarios@ccss.sa.cr](mailto:chospitalarios@ccss.sa.cr)

Informe estadístico por centro de costos  
Mes diciembre 2019  
U. P. 2103 / Reg. 52

Cód.	Centro de Costos	400	500	605	710	715	725	740	830	860	880
	<b>TOTAL</b>	6,977	17,745	384	46,471	198,607	15,628	623	16,956	118,718	27,283
400	Hospitalización	6,977			8,391	107,678	3,913	406	8,186	41,000	17,187
500	Consulta externa		17,745		32,080	96,019	3,715	177	178	23,000	3,315
605	Odontología			384							
650	Medicina mata										
655	Medicina de empresa										
710	Farmacia										
715	Laboratorio clínico										
725	Rayos X										
740	Lab. anatomía patológica										
810	Dirección y administración										
825	Servicios domésticos							8,392	54,718	6,771	
830	Servicios generales										
850	Dietética										
860	Lavandería										
880	Transportes										

Información por servicio

Servicio	Camas	Días paciente	Egresos	Estancias
Total	313	6,760	968	6,977

Servicio	Biopsias	Otologías	Autopsias	Total
Hospitalización	330	126	68.04	30
Consulta	177	0	0	0
	497	126		30

Ojo  
Manual  
Excel  
230827

**Fuente:** Informe Estadístico Centro de Costos enviadas a la Subárea Costos Hospitalarios

La situación descrita se observa prácticamente en el 100% de los hospitales nacionales generales y especializados, por tanto, está situación falta a la certeza de la integridad de la información y permite suponer que existe una manipulación de los datos sobre la cantidad de producción aspecto que afecta directamente el cálculo de la estancia hospitalaria.

#### 5.14. Proceso de captación de información.

Se determinaron oportunidades de mejoras en el proceso de captación de información relacionada con las estadísticas de producción que envían los Centros Médicos a la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios, por cuanto en ocasiones las unidades no cumplen con la fecha propuesta en el cronograma publicado anualmente en la Webmaster (GM-0638-2021, cronograma 2021), a pesar de que estas fechas son posteriores a las fechas de cierres establecidas por el Área de Estadísticas en Salud.

Teniendo en cuenta que existen meses que se da un incumplimiento en la entrega de la información, la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios ha tomado la práctica de que cuando la información no llega a tiempo se utiliza la del mes anterior y posteriormente se hace el ajuste en alguno de los meses siguiente, está práctica afecta el cálculo de la tarifa y no se encuentra incluida y aprobada en alguna normativa vigente.



Esta situación llama la atención, cuando la Institución ya cuenta con un sistema oficial administrado por el Área Estadísticas en Salud denominada ARCA que contiene la información de las estadísticas de producción por Centros de Salud.

A continuación, se muestra una imagen con la situación descrita

Imagen # 4

REG. 69

INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITALES POR CENTRO DE COSTO  
HOSPITAL MÉXICO  
JUNIO 2019

C66	Centro de costo	406 Estancias	500 Consultas	606 Consultas	710 Recetas	715 Exámenes	725 Placas	800 Broquetas	760 Tratamientos	783 Exámenes	850 Raciones	900 Kilos	800 KM
OTALEB		23.953	32.392	935	89.582	419.281	13.548	5.532	7.573	1.877	41.769	196.132	20.648
400	Hospitalización	23.653			21.543	169.892	3.123	898	0	367	16.302	165.050	7.335
500	Consulta externa		32.392		78.019	249.369	10.425	2.634	7.573	1.310	3.944	19.074	5.945
606	Odontología			935									
800	Dirección y administración										21.523	2.008	7.308
825	Servicios domésticos												
800	Transportes												

INFORMACIÓN ADICIONAL

CONCEPTO	ESTANCIAS	CONCEPTO	TOTAL
Medicina	5,073	Exámenes	1,309
Cirugía	4,993	Nº de Comit.	92
Ginecología	254	Días Paciente	10,920
Obstetricia	893		
Neonatología	392		
Neumato-Oncología	1,140		
Total	11,683		

EN EL ÍTEM (760) SE LE SUMA TERAPIA, QUIMIOTERAPIA (ambos), BRAQUITERAPIA  
CONSULTAR LO DEL ACELERADOR LINEAL.  
RACIONES SIN DECIMALES  
URGENCIA (CONSULTA EXTERNA)

Nota: Se realiza ajuste en el servicio 400 debido que en el mes de Mayo se cometió un error en el registro.

Fuente: Informe Estadístico Centro de Costos enviadas a la Subárea Costos Hospitalarios

Por otra parte, no se obtuvo evidencia que la jefatura de la Subárea apruebe el dato que se incluye en el mes que no se obtuvo la información, o bien del ajuste que aplica el funcionario meses posteriores.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, indican:

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente que se recopile, procese, mantenga y custodie información de calidad sobre el funcionamiento del SCI y sobre el desempeño institucional, así como que esa información se comunique con la prontitud requerida a las instancias internas y externas respectivas.

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional

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

4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional.

#### 4.6 Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes. Las actividades de control respectivas deben actuar como motivadoras del cumplimiento, prevenir la ocurrencia de eventuales desviaciones, y en caso de que éstas ocurran, emprender las medidas correspondientes. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.*

#### 5.1 Sistemas de información

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información, los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas.*

#### 5.2 Flexibilidad de los sistemas de información

*Los sistemas de información deben ser lo suficientemente flexibles, de modo que sean susceptibles de modificaciones que permitan dar respuesta oportuna a necesidades cambiantes de la institución.*

#### 5.6 Calidad de la información

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo.*

*Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.*

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

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

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

En entrevista realizada a la Licda. Adriana Gutiérrez Medina, el 23 de febrero 2021, se indicó: “La Subárea Sistemas Financiero-Administrativos está trabajando en la mejora del Sistema de Costos Hospitalarios por una recomendación de la Contraloría General de la República como parte del Plan Contingencial mientras entra en producción el ERP a nivel institucional, pero aún no se han finalizado las pruebas. Estas mejoras disminuirían bastantes de los contratiempos y riesgos que tenemos mensualmente al generar tarifas. Hay un manual elaborado por la jefatura anterior, no obstante, no explica la fórmula a detalle. Actualmente se está elaborando una modificación al procedimiento para la inclusión específica de la fórmula y la descripción del proceso completo, por lo que se está en proceso de investigación y buscando la lógica del sistema y el convertido

No se recibió capacitación del sistema ni del proceso, por cuanto mi ingreso a la unidad se vio afectado con el tema de la Pandemia.

---

*Referente a la calidad de la información tanto la que registran los hospitales como la que da el sistema verificamos que los datos ingresados sean los reportados por la unidad, sin embargo, no hay por el momento un proceso de calidad de información para lo que reportan las unidades. Nos damos cuenta de las diferencias entre lo que nos reportan las Unidades y lo que reportan al Área de Estadísticas en Salud hasta que pedimos a dicha Área información para la elaboración del anuario en marzo o abril del siguiente periodo. Es un tema que debe considerarse en el manual que se está trabajando*

*Esta unidad ha sufrido un proceso de reestructuración significativo en los últimos meses, en vista de que 3 funcionarios con la mayor experiencia -incluida la jefatura- se fueron al Plan de Innovación (de 5 funcionarios que componen la subárea) y el proceso de capacitación no pudo ser el mejor debido a la premura con que debieron incorporarse a sus nuevas funciones.*

*En el caso de la emisión de tarifas, solo una de las funcionarias pudo ser capacitada en un plazo de unos 22 días, los otros 2 funcionarios llegaron a la unidad posterior de que los compañeros se unieron a dicha unidad y solo quedaba un funcionario de los de mayor antigüedad, pero no conocía ampliamente el proceso y dependía aún de las revisiones que los otros le pudieran realizar a sus trabajos. Se esperaba que el proceso fuera en enero 2021, sin embargo, terminaron trasladando a los funcionarios en noviembre 2020, fue un poco abrupto como se fueron los funcionarios con experiencia y conocimiento.*

*Por otra parte, se considera importante capacitar al personal actual con la finalidad de tener un recurso especializado en materia de costos hospitalarios y de recursos tecnológicos disponibles para poder aportar medidas más innovadoras al tema y simplificar el proceso de generación de tarifas. Asimismo, es importante resaltar el poco personal que conforma esta unidad para el desarrollo de las tarifas mensuales, actualización de Modelo Tarifario, elaboración de estudios de costos solicitados por la Gerencia Médica, Financiera y otras Unidades, entre otros procesos que se solicitan periódicamente que sean atendidos con urgencia.”*

En entrevista realizada el 25 de marzo a las Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área de Costos y la Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Jefe Subárea Costos Hospitalarios se indicó: “se ha pensado en actualizar la metodología por eso se está realizando el Plan Contingencial, Respecto herramienta de costos que elaboró la Dirección Proyección Servicios en Salud si se conoció y se hicieron observaciones en la reunión de presentación de la herramienta de que era muy manipulable. Actualmente existe un desconocimiento de la fórmula para determinar los costos dado que no se documentó adecuadamente en un manual de procedimientos.”

En vista que actualmente no se tiene certeza de que la metodología para el costo de estancias hospitalaria sea efectiva para la Institución, esto podría estar originando una afectación patrimonial en la determinación de las tarifas provocando sobrevaloración del monto por concepto de estancias hospitalarias y subvaloración para los otros servicios de un centro médico del tercer nivel, situación que generan la pérdida de confianza en la calidad de la información repercutiendo directamente en la toma de decisiones de la Administración.

Asimismo, las debilidades desarrolladas en el presente informe podrían materializar un riesgo reputacional, al generar una imagen de falta de transparencia hacia los usuarios, propiciando una percepción negativa de la Institución.

Finalmente, existe la posibilidad de una pérdida del conocimiento del proceso para determinar el costo de estancias hospitalarias, dado que actualmente la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarias atravesó una reestructuración considerable al trasladarse funcionarios al Plan de Innovación, resultando que un 80% del personal tiene una experiencia en el puesto menor a un año incluyendo la jefatura, aunado a un manual de procedimientos desactualizado con una documentación deficiente en cuanto al detalle de la fórmula.

---

## CONCLUSIONES

La presente evaluación permitió determinar la conveniencia de establecer indicadores generales de estancias promedio en los Hospitales Nacionales Generales, con el objetivo de disponer de parámetros de evaluación en cada uno de los servicios médicos según su nivel de complejidad, estableciendo métricas con valores de referencia objetivos para el manejo eficiente de las estancias hospitalarias, lo anterior, siempre en busca de la máxima eficiencia por parte de los servicios y el adecuado uso de los recursos institucionales, garantizando, la salvaguarda del patrimonio institucional.

Se constató, además, que el marco normativo que regula las estancias hospitalarias en la Institución deber ser actualizado, debido a que data del año 2013 y no considera los Sistemas de Información disponibles en la actualidad, asimismo, es importante, que una vez emitida y actualizada la normativa, deben mantenerse y estar en constante revisión, convirtiéndose en una herramienta esencial en la gestión de la estancia hospitalaria en los centros de salud.

En virtud de lo anterior, dicho cuerpo normativo debe brindar una garantía razonable a la Administración Activa, respecto al diseño, actualización, adopción, evaluación y perfeccionamiento de las actividades de control, así como la estandarización de los procesos y el fortalecimiento en los controles de la gestión hospitalaria; a efectos de impactar de manera positiva las estancias hospitalarias en la Institución.

Lo anterior, cobra importancia en el sentido de los recursos que son destinados a la atención de los usuarios que por algún motivo requieran hospitalización siendo que del análisis efectuado a las estancias superiores a 30 días en los Hospitales Nacionales Generales (México, San Juan y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia) generó que la Institución efectuara una erogación por estancia hospitalaria cercana a los ₡ 3 361 (tres mil trescientos sesenta y un millones aproximadamente), adicionalmente, la Dirección Actuarial y Económica, en la Valuación del Servicio de Salud del 2017, llama la atención de la Gerencia Médica a efectos de que establezca un plan específico donde se valoren acciones, o medidas de corto y mediano plazo, que permitan incidir en reducciones en la duración del tiempo promedio de las estancias hospitalarias. Es precisamente esa variable la que mayor impacto presenta en el gasto y en los objetivos de extensión de la sostenibilidad.

Por otra parte, se evidenció que la metodología para establecer el costo de las tarifas por concepto de estancias hospitalarias presenta oportunidades de mejora que garanticen la confiabilidad de la información, por cuanto se determinaron inconsistencias en el monto de la tarifa relacionadas con la integridad de la información contable, la distribución adecuada de los costos directos e indirectos, la identificación de las proporciones que deben contabilizarse por Servicios, duplicación de montos, diferencias de saldos con el Sistema de Información Financiero, así como, la desactualización de esta herramienta establecida aproximadamente hace 40 años, en un sistema de información obsoleto que actualmente no permite mejoras por el lenguaje de programación en el que fue desarrollado y la ausencia del código fuente.

Si actualmente, no se muestra la exactitud del costo real por concepto de estancias hospitalarias, esto provoca que la Institución desconozca la verdadera situación financiera, asimismo, imposibilita que se establezca una adecuada estrategia de eficiencia, ahorro, austeridad y contención del gasto, impidiendo además una adecuada medición de eficiencia en la productividad.

Por otra parte, los ingresos se ven cuestionados dado que no se tiene certeza de que se estén percibiendo los recursos correspondientes en el cobro de facturas de no asegurados con capacidad de pagos, patronos morosos y riesgos excluidos, con la metodología actual para determinar la tarifa por estancias hospitalarias.

Dado lo anterior, aspectos como antigüedad, cambios estructurales y administrativos, complejidad de los procedimientos, diversidad de los recursos, oferta y demanda, nuevos criterios técnicos contables (registro devengo en los gastos), adopción de normativa internacional e importantes avances tecnológicos que no han sido valorado para establecer el costo de estancia hospitalaria, permiten poner en duda la efectividad de la tarifa por este concepto.

---

Más aún, la Administración no puede excusar la debilidad de un proceso en un sistema, cuando si bien es cierto que actualmente se trabaja en un ERP que incluye un modelo tarifario de todos los procesos hospitalarios por especialidad y subespecialidad, se tienen una unidad experta en temas de costos, que en más de 40 años ha podido plantear alternativas como nuevas metodologías entre las que se destacan el costo basado en actividades de costos (ABC), costo estándar, costo por protocolos, costos por paciente/patología y los grupos relacionados por diagnósticos GRD (utilizado en países como España, Chile, entre otros), o bien analizar otras herramientas como la propuesta por la Dirección Proyección Servicios de Salud, así como la elaboración de estudios de campo para determinar estas tarifas.

Dado las consideraciones anteriores esta Auditoría ha externado las siguientes recomendaciones, a efectos de garantizar que la Administración Activa establezca las herramientas necesarias para garantizar un funcionamiento razonable de la metodología para el establecimiento del costo, así como, la adecuada gestión de las estancias hospitalarias en el Sistema de Salud.

## RECOMENDACIONES

### 1. AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

Instruir a la Dirección de Proyección de Servicios en Salud para que, en coordinación con la Dirección de Compras de Servicios de Salud, analicen posibles métricas de prestación de servicios de salud (giro cama, estancia promedio por especialidad médica en los centros hospitalarios, índice de ocupación, egresos, números de camas entre otros) a efectos de garantizar una adecuada evaluación de manera estandarizada sobre la gestión y los costos de las estancias hospitalarias a nivel institucional.

Posterior a la definición de dichos parámetros, se proceda a evaluar mediante el ARCA o cualquier otra herramienta que la Administración considere oportuna, de manera tal que se brinde una garantía razonable respecto al monitoreo constante de estas variables a efectos de disponer de los insumos necesarios para que los tomadores de decisiones implementen las acciones requeridas de manera oportuna ante cualquier desviación.

Para el cumplimiento de la presente recomendación se deberá de aportar en el **plazo de 10 meses** evidencia documental del análisis efectuado, la definición de parámetros y frecuencia de evaluación, finalmente con la entrega del primer informe y resultados de dicha evaluación.

### 2. AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

En coordinación con la Gerencia Administrativa o la dependencia que esta designe, se proceda a la revisión y actualización del Lineamiento para la Gestión de Camas Hospitalarias que data del 2013, de tal manera que se disponga de documentos debidamente estandarizados, con procedimientos que regulen la Gestión de camas en la institución, en el cual se establezcan las funciones y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en la estancia hospitalaria, la definición de parámetros de evaluación y sistemas de información que garanticen un monitoreo adecuado de la gestión en las estancias hospitalarias.

La recomendación se dará por cumplida una vez se evidencie la aprobación del Lineamiento por parte de la Gerencia Médica, así como la divulgación a las Instancias correspondientes. **Plazo 10 meses.**

### 3. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

Se proceda a realizar un análisis de la metodología actual utilizada para determinar el costo por estancias hospitalarias, la cual evidencia la generación de inconsistencias de acuerdo con lo establecido en el hallazgo # 5, considerando además factores como obsolescencia del lenguaje de programación, antigüedad de la metodología, cambios estructurales y administrativos a nivel Institucional, complejidad actual de los procedimientos, diversidad de los recursos disponibles, oferta y demanda de servicios, nuevos criterios técnicos contables nacionales e internacionales, importantes avances tecnológicos y otros a consideración de la Administración, con la finalidad de que determine la procedencia de continuar utilizando la metodología actual, o bien buscar una oportunidad de mejora mediante el análisis de otras herramientas o procedimientos como la elaborada por la Dirección Proyección de Servicios Salud, considerando estudios de campo, métodos de costos alternativos u otras opciones que permitan garantizar la integridad y confiabilidad de la información relacionada con esta tarifa, sin que esto signifique una erogación de recursos significativa para la Institución hasta tanto se materialice la solución del modelo de costos en el ERP.

La recomendación se dará por cumplida una vez que la Administración Activa presente evidencia documental sobre el análisis efectuado donde determine y justifique la procedencia de continuar con la metodología actual o bien la adopción de una nueva herramienta o estrategia, donde al menos se identifiquen etapas como implementación, responsables y plazos, este análisis y justificación deberá ser aprobado por la Dirección Financiero Contable. **Plazo 4 meses.**

**4. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD DE COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

En conjunto con la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios realicen la actualización del “Manual de Programa de Costos 2000 SIH” relacionado con la determinación del costo por estancias hospitalarias, el cual incluya como mínimo mecanismos de control para las etapas de revisión, aprobación, divulgación e implementación del mismo, responsables, instrucciones de información detallada, ordenada, sistemática e integral, mecanismos de verificación de calidad de la información, procedimientos de la metodología fórmulas y cálculos aritméticos, sin que esto signifique que se avocarán únicamente a lo indicado por este Órgano de Fiscalización y Control.

La recomendación se dará por cumplida una vez se evidencie la aprobación del Manual por parte de la Dirección Financiera Contable, así como la divulgación a las Instancias correspondientes. **Plazo 4 meses.**

**5. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

Instruir a la Subárea Costos Hospitalarios para que en conjunto con la Subárea Administración Servicios Financieros se efectúe las actividades sustantivas asociadas a la ejecución de pruebas para la migración del Sistema DATA, lo anterior por cuanto dicha herramienta tecnológica ya se encuentra actualizada al lenguaje de programación denominado JAVA y únicamente resta su aprobación por parte de los usuarios dueños del proceso para continuar con la etapa de producción lo anterior en apego de las Normas Técnicas para la Gestión y el Control de las Tecnologías de Información

Por otra parte, una vez migrado a la nueva plataforma, la unidad líder del proceso establezca los requerimientos para garantizar la corrección de las situaciones destacadas en el hallazgo # 5 del presente informe.

La recomendación se dará por cumplida una vez que se evidencie la migración del sistema en el lenguaje JAVA y la corrección de las debilidades expuestas en el presente informe. **Plazo 6 meses.**

**6. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

En conjunto con la Subárea Contabilidad Operativa, la Dirección de Presupuesto y las unidades médicas que consideren necesario, elaboren un análisis que permita clasificar los gastos que actualmente se registran en el servicio universal “0”, para que sean registrados a futuro en los Servicios correctos y se garantice una adecuada distribución de los gastos en las unidades médicas.

De los resultados obtenidos, la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios proceda a realizar un proceso de capacitación sobre la importancia de los registros en la afectación de las tarifas, de forma tal que haya una concientización y se fortalezca la cultura contable de Costos a nivel nacional.

Se establecerá en estado cumplida una vez la Administración aporte la documentación necesaria para demostrar la adecuada distribución de los gastos que actualmente se registran en el servicio universal “0”, así como la evidencia requerida para determinar un avance significativo en el proceso de capacitación. **Plazo 6 meses.**

**7. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

En conjunto con la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios y el Área de Estadísticas en Salud, analizar la procedencia y viabilidad de realizar la obtención de los registros estadísticos de producción que se emplean en la determinación de las tarifas para el costo de estancias hospitalarias directamente del sistema oficial ARCA, con la finalidad de esa herramienta, para mejorar la calidad de los datos en el proceso de cálculo de tarifas.

Se establecerá en estado cumplida una vez se aporte la documentación necesaria para demostrar el análisis realizado por la Administración y la implementación de las decisiones que se tomen en ese ejercicio. **Plazo 3 meses.**

**8. A LA LICDA. AZYHADEE PICADO VIDAURRE, JEFE ÁREA CONTABILIDAD COSTOS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

En conjunto con la Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios y la participación de la Gerencia Médica, se elabore un manual descriptivo de servicios con la finalidad que sirva de insumo para las unidades ejecutoras, el mismo debe de cumplir con un ordenamiento, de forma tal que permita la inclusión de nuevos servicios, así mismo los servicios que se incluyan deberán guardar concordancia con el reporte denominado “Servicios Válidos para Unidad Ejecutora” según el Sistema Integrado Institucional de Presupuesto (SIIP).

La recomendación se dará por cumplida una vez se evidencie la aprobación del Manual por parte de la Dirección Financiera Contable, así como la divulgación a las Instancias correspondientes. **Plazo 6 meses.**



## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, artículo 45, los resultados del presente informe se comentaron el 08 de abril 2021, con los siguientes funcionarios: Licenciada Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área Contabilidad de Costos y la Licenciada Adriana Gutiérrez Medina Jefe a.i. Subárea Contabilidad Costos Hospitalarios y el 12 de abril de 2021 con el Lic. Héctor Armando Hernández Vega, Asistente Ejecutivo de la Gerencia Médica; La Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora Unidad Técnica Listas de Espera (UTLE); Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director del Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. quienes realizaron las siguientes observaciones, para que se consideren en el informe.

### Recomendación 1:

El Dr. Luis Carlos Vega Martínez, solicita se valore modificar en la redacción de la recomendación en cuanto a la definición de parámetros de Prestación de Servicios de Salud por “Analizar posibles métricas de Prestación de Servicios de Salud”. Respecto al entregable, solicita se valore eliminar el aspecto de la divulgación, así como, ampliar el plazo.

La Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, solicita no dejarlo sólo en el ARCA.

### Recomendación 2:

La Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, solicita se valore eliminar de la redacción lo del perfil orgánico y funcional porque se puede prestar para confusiones y eso también depende de los recursos de cada Hospital, ampliar el plazo, dado que se está trabajando en un lineamiento más robusto, asimismo, se incluya la a Gerencia Administrativa a efectos de que brinde la colaboración requerida en los temas que le atañen.

### Recomendación 3:

No se realizan observaciones.

### Recomendación 4:

No se realizan observaciones.

### Recomendación 5:

La Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área Contabilidad de Costos, solicita ampliar el plazo de la recomendación de 4 meses a 6 meses para el acatamiento de la recomendación.

### Recomendación 6:

Licda. Adriana Gutiérrez Medina - Jefe a.i. Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios, solicita que se amplíe el plazo de 4 meses a 6 meses, así como que se aclare en la redacción que esa clasificación sea a “futuro”.

### Recomendación 7:

No se realizan observaciones.

**Recomendación 8:**

La Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área Contabilidad de Costos, solicita ampliar el plazo de 4 meses a 6 meses por estar ligada a la recomendación N°6.

**ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS**

Licda. Ceily Araya García  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Bach. Aarón David Zúñiga Barboza  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Randall Jiménez Saborío  
**JEFE ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS**

RJS/CAG/AZB/lba