



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA
INFORME FINAL DE GESTION 01/02/2009 al sábado 09/04/2022**



**MSc. Marco Antonio Segura Quesada
Director Administrativo Financiero.**

Fecha: 10/04/2022

**Informe Final de Gestión con base a lo dispuesto en la Gaceta N°131 del
07/07/2005 y concordante con la Ley de Control Interno.
Periodo del lunes 01/02/2009 al sábado 09/04/2022.**

1. Contenido

2.	Pensamiento.....	5
3.	Presentación y Justificación.....	7
4.	Introducción.....	10
5.	Reseña histórica, Hospital. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia “Cuna de la Seguridad Social” 1941-2022	13
6.	Objetivo y Propósito del Informe Elaborado.....	18
6.1	Objetivos.....	18
6.2	Propósito:	18
7.	La Gestión Realizada en el Último Puesto del año 2009 al 2020.....	19
7.1	Escenario de desconcentración	19
7.2	Desconcentración mínima” (MODICO).....	20
8.	Ambientación sobre el periodo de gestión que comprende el informe	21
8.1	Desarrollo la gestión en el periodo comprendido del 01-02-2009 al 08-04-2022.....	21
8.2	“Épica” apertura de 410 procedimientos administrativos. KPMG	21
8.3	Ambientación con desconcentración.	22
8.4	Intervención En mayo 2014, y hasta agosto 2015	22
8.5	Renovación e innovación tecnológica equipos médicos e infraestructura, remodelaciones y puestas a punto de diferentes áreas.	23
8.6	Equipamiento.....	23
8.7	Infraestructura.....	24
8.8	Finaliza el proceso de desconcentración del centro hospitalario.....	24
8.9	Segundo de abordó.....	25
8.10	Recurso Humano	25
8.11	Gestión Financiera	25
8.12	Permisos Sanitarios de Funcionamiento	25
8.13	Seguridad Humana	26
8.14	Gestión de Ingeniería y Mantenimiento.....	26
8.15	Servicio de Vigilancia	26
8.16	Servicio de Transportes	26
8.17	Servicio de Aseo.....	27
9.	Ambientación general sobre el ámbito de trabajo	27
9.1	Reforzamiento Estructural Torre Norte.....	30
10.	Labor sustancial de la Dirección Administrativa Financiera.....	33
11.	Cambios habidos en el entorno social, Institucional CCSS, local hospitalario, relacionados con el funcionamiento de la Dirección Administrativa Financiera.....	34
11.1	Entorno social	34
11.2	Entorno Institucional CCSS.....	34
11.3	Entorno local hospitalario.....	35

12.	Respecto al Sistema de Control Interno y las Autoevaluaciones	35
13.	Logros y Resultados de la Gestión Realizada	36
13.1	“Logros Estrella” en Proyectos de Infraestructura	36
13.2	“Logro Estrella en Infraestructura” “Puesta a punto Servicios de Psiquiatría, Ginecología y Emergencias”	37
13.3	Atención Pandemia COVID 19.	37
13.4	Dotación de un Sistema Supresión y Detección de Incendios	38
13.5	“Logro Estrella en Equipamiento” Propuesta de un plan Integra para reemplazo de equipo médico alta, mediana y baja complejidad, quinquenio 2016-2020.	38
13.6	Área Gestión Ingeniería y Mantenimiento	41
13.6.1	Control sobre el sistema manual de las boletas de control, conservación y mantenimiento, a un sistema automatizado	41
13.6.2	Se establecieron cronogramas de visitas para los proveedores.....	42
13.6.3	Implementación del sistema computarizado, Servicio de Ingeniería y Mantenimiento	42
13.6.4	Estudio brechas recurso humano mínimo para el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento	42
13.6.5	Establecer la producción real en el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento	43
13.6.6	Diagnóstico situacional de las instalaciones del centro médico.....	43
13.6.7	Cronograma de proyectos a realizar en la Planificación Anual Operativa.....	43
13.6.8	Proyectos iniciativas locales para Ordenes Sanitarias., INS, NFPA, Auditoría, Sala IV (2009-2022) 44	
13.6.9	Ejecución presupuestaria subpartidas de Mantenimiento y Reparación de Edificios por terceros	44
13.6.10	Análisis de las metodologías de compras	44
13.6.11	Construcción Nave Industrial Área Gestión Ingeniería y Mantenimiento	45
13.6.11.1	Acciones realizadas:.....	45
14.	Recursos Humanos	47
15.	Gestión Ambiental.....	47
15.1	Como principales logros en la gestión ambiental se enuncian:.....	48
15.2	Situación Actual Gestión Ambiental:	48
16.	Área de Gestión Bienes y Servicios	49
17.	Área Financiero Contable	49
18.	Servicio de Aseo	49
19.	Servicio de Vigilancia (eliminación de armas de fuego).....	49
20.	Servicio de Ropería	50
21.	Centro Gestión Informática	50
22.	Proyectos relevantes o “estrella” de la gestión que finaliza	50
23.	Administración de los Recursos Financieros.....	51
23.1	Gestión Presupuestaria.....	51

24.	Cumplimiento de Disposiciones de Contraloría General de la República, Auditoría, Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencias y Direcciones	54
24.1	Cumplimiento de Disposiciones de Contraloría General de la República	55
24.2	Cumplimiento de Disposiciones de la Auditoría Interna	55
24.4	Cumplimiento de Disposiciones Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencias y Direcciones.....	56
25.	Conclusiones Generales.....	57
26.	Recomendaciones Generales	58
27.	Bibliografía aplicada y consultada	61

2. Pensamiento

MADRE CAJA

Madre Tica, que has cuidado de mis abuelos, que cuidas de mis padres, hermanos y de mí, y de todas las personas que habitan o visitan este país, que nos viste crecer saltando y corriendo y envejecer, que cada día que pasa, tus hijos no paran de nacer, que has enfrentado con hidalguía épica, epidemias, pandemias, crisis financieras que casi te quitan el aliento que permite que sigas viva, no has sucumbido a pesar del dolor y sacrificio que esto representa, que en tu octogenaria vida, luces rejuvenecida, vital y comprometida, hoy con orgullo veo Madre Tica, como te esfuerzas por dar lo mejor a tus hijos, que hoy y cada día son muchos más que los que tenías más de 16 lustros atrás, e incluso abrigas aquellos que aunque no han nacido en esta tierra bendita y les comparte amor y la solidaridad que requieran cuando el infortunio les sorprende con un quebranto de salud, ruego Madre Tica, para que continúes por muchos lustros más y cada una de sus área de atención que son sinónimos de fábricas que envasan en cada corazón, esperanza cuando alguna persona supera una enfermedad, amor en las noches interminables de hospital, cuando guardas vigilia para aquellos que requieren un cuido permanente, paz para aquellos que irremediamente tienen que partir , ternura cada vez que llega a su gran casa un nuevo miembro, que sin saberlo tiene como herencia el derecho a ser atendido hasta que llegue el cierre del ciclo de la vida; Madre Tica ruego al cielo para que no enfermes y en caso que llegue a suceder mis hermanos mayores y menores, hagamos lo imposible posible para que nunca mueras, al igual que ninguna de tus fábricas de, amor, paz, esperanza y ternura.

Autor: Marco Antonio Segura Quesada. 09-05-2022

“Cuando se tiene de Jefe al Pueblo, es como tener de Jefe a Dios”.

– Marco Antonio Segura Quesada–

“El único exceso en la vida que no es malo, es ser agradecido”

-Rafael Quesada Chavarría- dddg

Agradecimientos:

A mi familia, que siempre me apoyó en momentos muy difíciles laboralmente hablando, que quisieron socavar de alguna forma mi integridad laboral, profesional e incluso física por cuanto vi afectada mi salud de forma especial a mis hijos, cuando fui separado del cargo, como Director Administrativo Financiero de mayo 2014 al 13 de agosto 2015, esto basado en un informe que preparó el desaparecido equipo de apoyo, conocido como ETA que se dedicó por varios años a realizar diagnósticos en diferentes áreas de la CCSS, ya que es su criterio el hospital presentaba fallos, en la gestión, administrativa, financiera y compras.

A aquellos compañeros y compañeras de trabajo, que, en uno de los peores momentos laborales de mi vida laboral, nunca dejaron de creer en mi y su apoyo fue incondicional e incluso a los que no creyeron que se podía, ya que formaron parte de esta gran motivación que se ve reflejada en los frutos de este informe.

A todo el equipo de trabajo intra y extra hospitalario, Personal Clínico, de Apoyo Clínico, de Diagnóstico, de Tratamiento, Administrativo, Financiero: que con su valioso aporte fueron la base que dio soporte a la Dirección Administrativa Financiera además a equipos y extra hospitalarios, Miembros de Junta Directiva CCSS que en más de un “docena” de ocasiones que asistí a presentar diferentes proyectos y procesos de compra, que por competencia legal les correspondía su aprobación nunca rechazaron ninguna gestión, todos con mismo objetivo llevar adelante la gestión en beneficio de nuestros pacientes, personas, usuarios, derechohabientes, seres humanos, que requerían con urgencia un remozamiento, en infraestructura, equipamiento y otros y así conseguir los logros y resultados, mientras estuve como Director Administrativo Financiero, y de forma especial al equipo asistencial directo; Secretarías Ejecutivas y Asistentes.

Al Dr. Luis Paulino Hernández Castañeda Ex Director Médico y al Lic. Carlos Vílchez Martínez Ex Director Administrativo Financiero, desarrollar y sostener la prestación de servicios médicos en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, a pesar de no contar con recursos en extremo limitados y por delegar en mi la nada fácil tarea de ser, el Director Administrativo Financiero desde el 01 de febrero 2009,

A la Asesoría Legal del hospital, ya que, con su asesoría y respaldo en aquellos aspectos que les correspondía intervenir, no solo fueron guía segura sino, respaldo de transparencia y legalidad, además de garantía y solidez en los actos administrativos y legales que debía presentar en beneficio de la gestión gerencial administrativa financiera en diferentes instancias; especialmente al Lic. Luis Antidio Cabal Antillón Ex Jefe de Asesoría Legal, Licda. Gisella Zúñiga Gutiérrez Asesora Legal Especialista en Contratación Administrativa.

A la Contraloría General de la República, en especial a la Gerencia de Contratación Administrativa; por apoyar las propuestas de infraestructura y equipamiento, que fueron planteadas por el hospital, ya que esto no solo permitió el avance, en infraestructura y

equipamiento sino, que actuó siempre en beneficio de gestión transparente y eficiente, permitiendo un impacto en el mejoramiento la oferta de los servicios sanitarios hospitalarios.

3. Presentación y Justificación

Este informe de final de gestión está amparado a lo decretado en la Gaceta N°131 del jueves 07 de julio de 2005, Contraloría General de la República, referente a los aspectos que deben considerarse en la confección del informe de fin de gestión y lo dispuesto en el inciso e) del artículo 12 de la Ley General de Control Interno; concordante con directrices que deben considerar los funcionarios a presentar el informe final de su gestión.

La preparación del presente “Informe Final de Gestión”, la realizo posterior a que se me comunica por parte de la Oficina de Pensiones de la Sucursal de Guadalupe, que debido a un quebranto de salud que me viene aquejando desde octubre 2020, la Comisión Calificadora de la Invalidez acordó declarar mi invalidez, además de acuerdo a lo citado en el párrafo precedente, procedí a la recolección de la información que se incluye en el presente informe y la consolidación de los aspectos solicitados para tal fin, para contar con los resultados obtenidos en la gestión realizada durante el período que asumí el cargo como Director Administrativo Financiero, aclarando que de mayo 2014 al 13 Agosto 2015, el hospital estuvo intervenido, siendo responsable el, Lic, Carlos Alfaro Valverde (Director Administrativo Financiero Interventor), del 01 de octubre 2020 y hasta el 09 de abril 2022, no laboré por motivos de incapacidad, de ahí que los datos y otros proyectos que se hayan realizado posteriores al 01 octubre 2020, o durante la intervención no aparecen en este informe.

Presento las partes esenciales de la gestión de manera que quede en evidencia objetiva lo realizado, reitero apoyado en un gran equipo de trabajo, que va desde la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Cuerpo Gerencial y de forma especial decidida y comprometida por todas las Jefaturas, Clínicas, de Apoyo Clínico, de Diagnóstico, de Tratamiento, Administrativas y Financieras, que conforman la micro y macro gestión hospitalaria.

Con base en lo anterior, apoyado en la tabla de contenidos el informe se aborda de la siguiente forma:

Carátula o portada con el nombre del informe.

Un pensamiento propio y otro que le escuche decir a mi Abuelito Rafael, allá en los años setentas, que en mi criterio son concomitantes con la gestión realizada donde se destaca el trabajo en equipo

La presentación y justificación, que sustenta lo dispuesto en la Ley General de Control Interno según su artículo 12, inciso e) y el cumplimiento a las directrices sobre la presentación del “Informe de Fin de Gestión”.

En la introducción se brinda una reseña histórica del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, de las condiciones en un ámbito general durante la gestión realizada, así como la determinación de los objetivos que se pretende con el informe, realizando un breve “viaje en el tiempo” desde el año 1941 a inicios del año 2022.

En el primer enfoque, se hace alusión a diversos aspectos de la gestión realizada durante el 01-02-2009 al 09-04-2022, en el cual se exponen las acciones, gestiones, apoyadas en la toma de decisiones, donde se incluye la labor sustantiva de la Dirección Administrativa Financiera; así como los cambios que se dieron a través el tiempo, en diferentes áreas propias de la gestión integral de un hospital, como el Dirigido por el suscrito, apoyado en el Control Interno y sus Autoevaluaciones, control de Activos, Evaluaciones de desempeño, entre otros.

En el segundo enfoque, se mencionan a los principales logros y resultados enfocados, en los proyectos de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, gestión financiera y otros proyectos relevantes que destacan en la macro y micro gestión hospitalaria.

En el tercer enfoque, se enfatiza en proyectos relevantes de la gestión que finaliza, dentro de los cuales se puede mencionar, reemplazo de la flotilla de equipamiento hospitalario, proyectos de infraestructura, como “puestas a punto” de Servicios de Consulta externa como, Ginecología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Prenatales, Ortopedia, Vascular Periférico, Urología entre otros, así como la puesta en marcha, del Nuevo Edificio Este, el Nuevo Centro de Acopio, la Nueva Bodega de Farmacia de forma, Seguridad Humana, Atención de Ordenas Sanitarias y de forma resumida y general los asuntos y proyectos que quedan pendientes o en proceso a la hora del cierre del presente informe, en el cual se detallan los de mayor relevancia para guía o base para el próximo Director.

Para el cuarto enfoque, relacionados la administración de los recursos financieros relacionados a la formulación presupuestaria anual y las liquidaciones del presupuesto de operaciones anuales.

En el enfoque quinto, se indica los cumplimientos y disposiciones de la Contraloría, Auditoria, Junta Directiva CCSS, cuerpos gerencias y sus direcciones apéndices, pero se enfatizando en los informes de Auditoría, ordenes sanitarias.

En el enfoque sexto y sétimo, referente a conclusiones y recomendaciones, criterios que considero relevantes, tanto de la gestión realizada como para la subsecuente a lo contemplado en el presente informe, para que se cuente con los antecedentes que sirvan para la toma de decisión en la administración continua.

En el enfoque sétimo, las recomendaciones son una “lluvia de ideas” partiendo en su mayoría de un criterio experto, formado en las diferentes áreas y cargos que ocupé y labores desempeñadas en aproximadamente 43 años al servicio del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

En un octavo apartado incluyo la bibliografía aplicada y consultada, especialmente aquella obligatoria a que estamos llamados a utilizar todos los funcionarios públicos en nuestra gestión diaria

4. Introducción

Partiendo de un principio básico, donde en este país el derecho a la salud es considerado “un bien de mérito”, posterior a presentación y justificación de este informe, considero importante realizar una breve reseña de la evolución y transformación de la Caja Costarricense de Seguro Social, actor indiscutible de la paz y la seguridad costarricense, desde el año 1941 hasta el día de hoy y donde he sido participante y testigo directo desde el 08-11-1979 y hasta el 09-04-2022 (casi 43 años de los 80 años de existencia de esta prestigiosa institución orgullo nacional y ejemplo para el mundo).

La CCSS, del año 1941 a 1974 establece su “génesis” con un seguro Social, dominado especialmente por los gremios, pero en una segunda era da origen la Ley N°5349 Ley Traspaso de Hospitales esto hasta 1985, en una tercera transformación (1985-1990), experimenta cambios significativos en su forma de operar centralista y pasa a una desconcentración mínima, procurando el Estado Costarricense buscar formas de reforma y esfuerzos para detener el crecimiento burocrático, mejorar la eficiencia y eficacia, haciendo además un uso racional de los recursos; los cuales nunca eran, son ni serán suficientes para contar con una oferta de servicios, que satisfaga la demanda de los servicios de salud, que demandan y merecen los habitantes de este país.

En la década de los noventa, en una primera fase da paso a los que conocemos como la, Reforma del Sector Salud y la Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, pero es a partir de 1997 donde el modelo local es regido por los “Compromisos de Gestión”, donde la CCSS cumplía un papel de “Comparador de Servicios”, y la mayoría de los centros de salud que se acogían a esta metodología eran los “proveedores de una producción de servicios sanitarios”, que se pactaban y evaluaban de forma semestral y anual, asignándole una calificación en función, de la producción lograda vs producción pactada, inicialmente este modelo se centró en los hospitales generales y especializados, por cuanto eran y seguirán siendo los que consumen aproximadamente entre el 50% y 60% de los recursos económicos del Seguro de Salud.

A finales del siglo XX (últimos 4 años), se da uno de los cambios mas esperanzadores con miras, no solo a una transformación en las prestación eficiente y eficaz de servicios sanitarios, sino que se realiza una facultación a los Hospitales y Clínicas del país, donde el “hágalo Usted mismo”, parecía un sueño, ya que se dotó de personería jurídica instrumental, a los Directores Médicos, de forma que estos con esta herramienta pudieran actuar en nombre y representación de la CCSS, su sustento la Ley N°7852 “Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS”, y aquí terminaba al parecer un “paternalismo” institucional centralizado que regía internamente desde los orígenes de la institución.

En una reunieron en el Centro Juan XXIII (antiguo Seminario Menor en Tres Ríos), la Institución CAJA, comunica esta desconcentración, aclarando que no se diagnosticó, el estado situacional de los hospitales en cuanto a, Infraestructura, Activos y Recurso Humano, situación “precaria” y que no contaban los “desconcentrados” con los recursos para poder cumplir con las expectativas que la teoría expuesta que suponía devendría de la desconcentración, lo que devendría inevitablemente en un desencanto ya que no se logró traducir, a criterio del equipo evaluador de esta, en gestión y calidad de servicios, que era parte esencial de esta.

En Agosto 2013, en acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, art 9, sesión 8652 del 1 de agosto se dispuso dar por finalizado el proceso de desconcentración del centro hospitalario y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias (MODICO), o lo que podría denominarse “desconcentración mínima”, esto debido a el contenido de un informe que preparó un equipo de trabajo de la CCSS, indicara el “desencanto” que produjo las desconcentración durante 12 años, en gestión y calidad de servicios lo que formaba parte esencial de esta.

Considero que las reformas, estrategias bien intencionadas, esperanzadoras, futuristas; no tuvieron el éxito y logro esperados, ya que no se dotó, al parecer por razones financieras, del recurso y capital humano adicional necesario para que los entes locales la pudiesen llevar a cabo, además el modelo de asignación de recursos financieros prácticamente no sufrió ninguna variante.

En cuanto a la gestión que finaliza; **ocho** grandes retos que se enfrentaron; en una primera etapa con el Dr. Luis Paulino Hernández Castañeda Director Médico quien se jubiló a finales del año 2013 y en un segundo momento con el Dr. Taciano Lemos Pires Director Médico actual, **el primer gran reto era recuperar una infraestructura colapsada** por su antigüedad, desgaste natural y por sobreutilización provocado por el lamentable y aún doloroso siniestro del 12 de julio 2005; **un segundo** reto apremiante al igual que la infraestructura era **una flotilla de activos igualmente obsoletos y en su mayoría con una vida útil agotada; el tercero la dotación de recurso humano históricamente deficitaria, cuarto reto** orientado a la atención de las más de 350 Órdenes Sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud, **quinto reto** abordar de forma estructurada e integral las recomendaciones de Informes de Auditoria, **sexto reto** fortalecer el tema de seguridad humana, **octavo reto**, gestionar los escenarios precedentes enfrentando una de las peores crisis financieras de la CCSS, que permitieran cerrar la brecha histórica para la actualización de la infraestructura y el equipamiento; buscando una solución para encontrar respuestas a miles de solicitudes de mantenimiento, para equipos e infraestructura, imposibles de gestionar, por falta de partes en su mayoría o falta de recursos financieros y humanos para atenderlos; esto solo para introducir algunos pilares fundamentales de la gestión, ya que como

reza un refrán popular **“sin cacao no hay chocolate”**; sin embargo más adelante en el apartado de logros y proyectos relevantes se evidencia la gestión realizada, donde destaco el apoyo de la Junta Directiva de la CCSS, donde presentamos diferentes proyectos de equipamiento e infraestructura, la Gerencia Financiera que en esa época estaba a cargo del, Lic. Gustavo Picado Chacón, quien no solo avaló con un enfoque visionario, el financiamiento la propuesta local de equipamiento e infraestructura sino que le permitió la sostenibilidad durante su Gestión, así como al Lic. Sergio Gómez Rodríguez, entonces Director de Presupuesto, quien con su gestión también permitió darle sostenibilidad a lo propuesto, además a la Contraloría General de la República Sub Área de Contratación Administrativa, quienes en innumerables ocasiones nos atendieron para analizar los permisos, en temas de equipamiento e infraestructura, planteados por el hospital, por medio de la Asesoría Legal Local, orientados por la Licda. Gisella Gutiérrez Zúñiga.

Hoy podemos decir que gracias, a la labor de equipo y compromiso, donde funcionarios de todos los niveles, rangos y capacidades; así como las personas usuarias del sistema sanitario “batimos barro”, para permitir que los diferentes proyectos de infraestructura y reemplazo e innovación tecnológica de equipos, médicos, industriales, de oficina y otros, de alta, mediana y baja complejidad; se realizarán “en caliente” es decir sin paralizar ni un minuto la prestación de servicios, es así como el cambio y reequipamiento de mas de 13 mil equipos, de última tecnología, la “Cuna de la Seguridad Social” goza de buena salud, con la mayoría de su flotilla de activos renovada, así como de su infraestructura; quedando pendiente el mantener y mejorar lo logrado y avanzar en lo que aún no se pudo abordar en infraestructura en el Edificio Patrimonial, el cual aún le resta aproximadamente un 15% por actualizar, (proyectos que ya están planteados) y de manera urgente y prioritaria el REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DEL EDIFICIO NORTE, el cual actualmente esta en estudios de ingeniería preliminares.

Partiendo que la administración pública en un continua y es muy similar a una “carrera de relevos”, los logros que en el presente informe se presentan son el fruto de esa constante e interminable “carrera”, que se da en diferentes momentos o tiempos donde probablemente la crisis financiera institucional y el “Plan Estratégico” en el cual estuvieron gestionando los antecesores, dificultó que estas gestiones se dieran, sin embargo es de admirar que a pesar de no contar con los recursos financieros, infraestructura, informáticos y humanos suficientes, lograron sacar la “tarea”, en beneficio de la seguridad social de este país.

5. Reseña histórica, Hospital. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia “Cuna de la Seguridad Social” 1941-2022

Como toda mi carrera la realice en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, desde el 08-11-1979 y hasta el 08-04-2022, (43 años aproximadamente) laborando en diferentes perfiles ocupacionales y teniendo a más de 20 Jefes Inmediatos: iniciando entre otros muchos más como Misceláneo, Guarda, Oficinita 1 a 3, Cajero 1, Técnico Administrativo, Profesional 1 a 2, Jefe del Servicio de Aseo, Jefe de Validación de Derechos, Sub-Administrador, Coordinador General de Control Interno, Coordinador por casi 5 años de la Primera Comisión de Salud Ocupacional, Coordinador por casi 15 años de la Comisión de Local de Relaciones Laborales, Creador e Impulsor de la Iniciativa “DIA C” (en una de las peores crisis financieras de la CCSS, los funcionarios donamos trabajo, consultas, cirugías, horas de labor administrativa) estrategia que fue exitosa ya que se lograron otorgar, sin costo adicional para la institución, cientos de consultas de todas las especialidades a lo largo y ancho del país, además de cirugías y horas técnico administrativas de todos los perfiles ocupacionales, todo orientado a darle una mano a esta “Madre Caja”, Miembro del Equipo que redactó el Actual Reglamento de Salud, Asistente de la Dirección Médica, Jefe de Gestión Área de Bienes y Servicios y Finalmente como mucho orgullo y honra Director Administrativo Financiero de la “Cuna y Casa de la Seguridad Social”, el emblemático y recientemente declarado “Patrimonio Nacional”, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia; y aunque mi retiro no obedece a mi voluntad de quererlo hacer, sino a una circunstancia ajena y fuera de mi alcance recomendado por los profesionales médicos de alto nivel que me han tratado durante más de 17 meses y consideran un riesgo muy elevado de continuar con mis funciones, lo cual podría atentar contra mi propia vida, aplico el conocido refrán popular que dice: “Mejor digan de aquí corrió y no que, aquí murió”. Expresión de esa sabiduría popular a veces desestimamos. No es quiera huir de mis responsabilidades, sino que, existe una prudencia divina acompañada del sentido común y responsabilidad técnica. nos señala el camino inteligente de decir hasta aquí, en aras de preservar un “Don Preciado: la Salud”.

Es por esta razón que he recopilado parte de la memoria histórica del este centro nosocomial, el cual fue mi casa, mi familia, y me vio literalmente nacer; y crecer laboral y profesionalmente, me dio de comer a mí, a mi familia y me permitió servir con compromiso, lealtad, respeto y honestidad, a una parte del pueblo de Costa Rica, dentro de esta reseña destaco lo siguiente:

1 de noviembre de 1941, fue promulgada la ley del Seguro Social reformada mediante otra ley el 22 de octubre de 1943, llamada Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. En ella se responsabilizaba a la nueva institución de proteger a los trabajadores

contra los riesgos de la enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, creándose una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

Tiempo después, y buscando las autoridades de la Caja cómo dar servicios de consulta externa, pusieron a funcionar un local de consulta externa frente donde está actualmente Uribe & Pagés.

Los pacientes eran internados en el hospital San Juan de Dios, en el salón Echeverría, donde la Caja tenía 40 camas alquiladas y les pagaba a los médicos de ese hospital por los servicios que les prestaban a sus pacientes.

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Cuna de la Seguridad Social

1944 a finales la Caja compró el edificio que se conocía como “Casa Cuna” o “La Casa de la Madre y el Niño” y para 1945 se transformó en la consulta externa de la Caja en San José, bajo la dirección del Dr. Carlos Sáenz Mata. Por esa época, el jefe médico ganaba 800 colones, los médicos 300 colones y las enfermeras 75 colones al mes. Para fines de 1945, en vista de la gran demanda de servicios, se le hicieron varias reparaciones y ampliaciones al edificio y así nació el primer hospital de la Caja conocido como el Policlínico y más adelante como Hospital central.

Tenía en ese entonces 29 camas y 20 médicos que tenían la consulta externa e internamientos. Los primeros médicos fueron: los doctores: Carlos Sáenz Mata, Mariano Durán, José María Ortiz Céspedes, primer jefe de ORLG, Enrique Berrocal, primer jefe de Cirugía, y Esteban López Varela. Se incorporaron posteriormente el Dr. Mario Lujan Fernández, exsecretario de Salubridad Del Gobierno de don Rafael Ángel Calderón Guardia, el Dr. Alfonso Acosta G., primer jefe de Ginecobstetricia, y el Director del Hospital fue el Dr. Roberto Quesada y posteriormente el Dr. Francisco Córdoba Quirós y como Subdirector, el Dr. Rafael Ruano. Además, llegaron como jefe de Radiología, el Dr. Carlos Céspedes y el Dr. Enrique Morúa, y en Oftalmología el Dr. Carlos Mena. Finalmente apareció el Dr. Fernando Coto Chacón en urología.

A partir de ahí y por muchos años, fue el único hospital propio del Seguro Social, las ampliaciones y remodelaciones no se hicieron esperar y así fue creciendo el hospital pasando de 29 camas a 100, y hasta llegar en 1960 a 350 camas. Todos los días, se ampliaban áreas, se abrían consultorios, se remodelaban las salas de operaciones, etc., así hasta fines del año 1969, incorporándose posteriormente el Hospital de Turrialba al sistema, las Autoridades de la Caja de esa época pensaron en dedicarlo a hospital de geriatría, tiempo después le fue dado el nombre de Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y así se le conoce al presente.

1969 cuando se abrió el hospital México se realizó por orden superior, un traslado masivo de personal, equipos, insumos, incluyendo la biblioteca para el nuevo edificio del Hospital México con 630 camas, quedando reducido a la mínima expresión, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, sin embargo, el hospital México muy rápidamente fue rebasado en su capacidad de dar servicios y no daba abasto para atender la gran cantidad de pacientes en su consulta externa y en sus salas de operaciones.

1972, la crisis de los servicios hospitalarios en el área metropolitana era tan seria, que se decidió dividir la misma en tres sectores y con un hospital a la cabeza de cada uno de ellos. El México y el San Juan cada uno con su área de atracción, y entonces hubo a toda velocidad que organizar los servicios del Hospital Calderón Guardia y para eso, un grupo numeroso de colegas y otro personal fue trasladado del Hospital México, al Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia a finales de 1972 encabezados por Dr. Juan Jaramillo Antillón que venía como Jefe de Cirugía General. Entre los médicos que accedieron a venirse estaban, el Dr. Guido Jiménez como Jefe de Sección de Medicina, el Dr. Mainor Briceño, que era el Director de la Carit que se trasladó como Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia, el Dr. Oscar Robert Aguilar como jefe de Ginecología, el Dr. Juan Hernández Bolaños como jefe de Neumología, el Dr. Eric Mora como jefe de Endocrinología, el Dr. Rafael Oreamuno O, como jefe de Ortopedia, el Dr. Fernando Urbina Salazar como jefe de servicio de Cirugía de Tórax, con el compromiso de lograr que asumiera la dirección a corto plazo, la enfermera guarda doña Libia Solís como jefe de Enfermería de Sala de Operaciones y la Lic. Leda Coto como subjefa.

Además, el Dr. Michel Nisman S. Como jefe de Neurología, el Dr. Avelino Hernández León como jefe de Clínica de Urología, el Dr. Víctor Ramírez Beirute como jefe de Oftalmología, el Dr. Fernando Guzmán León y muchas otras personas más. Ya en el hospital, se integra un grupo de compañeros formado por: el Dr. Leonidas Poveda Estrada Jefe de Sección de Cirugía, el Dr. Eduardo Lizano Aguilar jefe de Otorrinolaringología, los doctores Benavides y Patiño, jefe y subjefe de gastroenterología, los recién llegados doctores Oscar y Fernando Ferraro, Cirujanos, el Dr. Francisco Grau, cirujano plástico, el Dr. Céspedes, jefe de Patología de grata memoria y el Dr. León Troper N., subjefe.

Gracias a la labor de todos ellos y del restante personal de enfermería, auxiliar y de todo tipo, poco a poco fuimos superando las grandes deficiencias que teníamos de planta física, personal, equipos, etc., y comenzamos a aparecer en los índices de producción de trabajo de los hospitales de la Caja en un excelente lugar.

1976 trasladan los hospitales nacionales que pertenecían a la Junta de Protección Social a la CCSS.

Sin embargo, la planta física de la “Cuna de la Seguridad Social” hoy Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, era un freno insalvable para mejorar nuestra capacidad de servicios, y fue así como gracias a la gestión del Dr. Juan Jaramillo Antillón, y el Dr. Fernando Urbina Salazar, con ayuda del Dr. Herman Weinstok Ministro de Salud, habla con el presidente de la Republica Lic. Don Daniel Oduber Q. al inicio de su gobierno (1974-1978) y quién nombró en 1974 al primer Presidente Ejecutivo de la CCSS al Lic. Genaro Valverde Marín. Con ayuda de ellos, la Junta Directiva de la Caja aprobó los planos y la construcción de la Torre Médica actual (conocida como torre norte) de más de 17 mil metros cuadrados que vino a solventar en parte los problemas que se tenían de infraestructura.

Ya una vez terminada la misma, aumenta la capacidad instalada a 522 camas y poco a poco se proyecta en el sistema hospitalario nacional al extremo que, en la actualidad, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el hospital que pese a tener menos camas que

los otros hospitales nacionales y menos trabajadores, daba el mayor número de consultas anuales, 558 mil, con un índice ocupacional de 88% y era el hospital de más egresos del país.

El lamentable siniestro del 12 de julio 2005, marca una historia nueva, ya que es este se perdieron varias vidas humanas, de pacientes y funcionarios, además se disminuyó en forma importante la capacidad instalada especialmente en la generación de egresos hospitalarios en aproximadamente un 35%, ya que en el año 2004 contábamos con de 522 camas, pero a partir del segundo semestre del año 2005 se pasó a 240 camas y el año 2006 se estableció en 340 camas, ya que para el segundo semestre del 2005 y año 2006 se duplicaron esfuerzos, por cuanto se habilitaron, dos áreas de medicinas, dos cirugías, dos ginecologías entre otros, logrando así a pesar del impacto, continuar con la atención de la misma demanda y en aumento que la que se atendía desde antes del siniestro 2005.

Es importante indicar que desde mediados del año 2005 y hasta febrero 2007, este centro hospitalario estuvo intervenido, por las autoridades del nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social, relevando algunas potestades a los niveles de dirección local.

Posteriormente se rehabilitó la antigua área de Ginecología con la intención estratégica de estabilizar nuestra capacidad instalada en esa área (30 camas), además los programas de hospitalización a domicilio como, Geriátrica, Neonatología, Ostomizados, Terapia Respiratoria, se convirtieron en una gran fortaleza competitiva, no solo en el aporte productivo hospitalario, sino en un apoyo para nuestros clientes.

En agosto 2013, en acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, art 9, sesión 8652 del 1 de agosto se dispuso a dar por finalizado el proceso de desconcentración del centro hospitalario, y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias, o lo que podría denominarse “desconcentración mínima”, esto debido a el contenido de un informe que preparó un equipo de trabajo de la CCSS, indicara el “desencanto” que produjo las desconcentración durante 12 años, en gestión y calidad de servicios lo que formaba parte esencial de esta.

En el año 2014, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia concentra la atención en las regiones Central Norte y de los 299 EBAIS que la conforman y las 32 Áreas de Salud, le corresponde recibir la demanda de 4 Clínicas del Segundo Nivel de Atención las que a su vez atienden 40 EBAIS, otras de las regiones que le corresponde atender a este centro hospitalario es la proveniente de la Región Brunca, con la diferencia que en este caso es el Hospital Regional Max Peralta que refiere para la atención especializada, una condición especial presenta la Región Huetar Atlántica por cuanto en esta los Equipos de Atención Integral los cuales suman 99 y cuentan con 8 Áreas de Salud refieren para atención al Hospital Periférico de Guápiles y este al Hospital Tonny Facio el cual remite para atención especializada al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Con base en el Calendario Poblacional del Centro Centroamericano de Población, el total de habitantes de Costa Rica estimados para el año 2012 es de 4.814.781 y para el año 2013 es de 4.886.732. De esta cantidad el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia asume

aproximadamente el 25%, lo que equivale a 1.203.695 y 1.221.683 personas respectivamente, aclarándose que ese total únicamente agrupa a los mayores de 13 años, por cuanto la población menor de 12 es atendida en el Hospital Nacional de Niños y discriminando la población parcial de cantones que por su ubicación corresponden a otras unidades.

2016 a inicios se reciben las nuevas instalaciones que albergan hoy día, el Servicio Integral de Nutrición, donde se desarrollan programas de alimentación para pacientes, que son objeto de algún trasplante de órganos, dietas especiales para pacientes hipertensos entre otros, así como al Área del Servicio de Ropería hospitalaria.

2017, se tiene proyectada la construcción del edificio este, con el cual se esperaba recuperar la capacidad instalada perdida con el siniestro del 12 de julio del año 2005, es importante destacar que a pesar de haber perdido desde el año 2005 un 35% de la capacidad instalada, gracias al esfuerzo del personal la oferta de los servicios se mantuvo y la producción y productividad mostraba mejores indicadores comparados con hospitales homólogos, según estudio realizados, por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la CCSS.

2020, 5 de marzo, con motivo del inicio de la pandemia en Costa Rica, el Edificio Este, (Torre Este el cual aún le faltaban detalles para su recepción final, debió realizarse una recepción provisional para que se sumara a todas las estrategias desarrolladas por las autoridades institucionales, ante un inevitable crecimiento exponencial de la pandemia la cual efectivamente se dio, debiendo postergar el destino original que era, recuperar la capacidad instalada perdida en el siniestro del 12 de julio 2005, y dedicarlo a la estrategia de “ataque” a la pandemia de Covid 19.

Noviembre 2021, inicia un descenso importante de la pandemia y se retoma, la recuperación de la capacidad instalada perdida en el siniestro del 12 de julio 2005.

18-11-2021, la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, según Ley10099, se le declara Institución Benemérita, al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, como reconocimiento a la encomiable laborar asistencial, académica y científica en el campo de la salud en beneficio de la salud pública costarricense. Declaratoria, que estoy seguro no hubiese sido posible, sin al aporte de los servicios de las áreas Administrativos y Financieras, que forman parte integral de esta gestión octogenaria.

Enero 2022, el Edificio Este, aún atiende a pacientes con Covid 19, además que va recuperando de forma paulatina la capacidad instalada, perdida desde julio 2005.

Como Administradores desde 1958; Sr. Francisco Huete, Sr. Danilo Barahona, Sr. Carlos Rodríguez Espinoza, Sr. Ronald Villalobos Díaz, y como Directores Administrativos Financieros; Lic. Carlos Vélchez Martínez, MSc. Marco Antonio Segura Quesada y el actual Lic. Josué Cerdas Castillo, quien ocupa el cargo de forma interina.

Como directores médicos o generales, que ha tenido el Hospital desde 1958 a la fecha han sido el Dr. Enrique Urbina González, Dr. Carlos Sáenz Mata, el Dr. Fernando Urbina Salazar, el Dr. Juan León Hernández, el Dr. Álvaro Salas Chávez, Dr. Luis Paulino Hernández Castañeda, y el actual director. Dr. Taciano Lemos Pires.

6. Objetivo y Propósito del Informe Elaborado.

6.1 Objetivos

- Atender lo dispuesto y establecido en la Ley de Control Interno 8292 y acorde con lo publicado en la Gaceta N°131 del 07/07/2005, en cuanto a la rendición de cuentas que deben sujetarse los Jerarcas y los Titulares Subordinados en toda la administración pública, en situaciones tales como traslados de puestos, ascensos, renuncia voluntaria o renuncia para acogerse al sistema de pensión y jubilación.
- Generar un informe **“que levante la mano”** y se valore para ser tomado en consideración para un análisis micro y macro gestión hospitalaria, de dónde estábamos, dónde estamos y hacia dónde vamos y la base a la información contenida en este informe, sirva de insumo para la visión operativa futura, de la “Cuna de la Seguridad Social” y de forma integral impacte la gestión sanitaria hospitalaria y en consecuencia sume al sistema de salud de la seguridad social costarricense.
- Aclaro que de octubre 2020 a 09 de abril 2022, por incapacidad por enfermedad no me refiero en detalle ya que corresponde al Lic. Josué Cerdas Castillo rendir cuentas de ese periodo, así como de mayo 2014 al 13 Agosto 2015, el hospital estuvo intervenido, siendo responsable el, Lic. Carlos Alfaro Valverde (Director Administrativo Financiero Interventor), al no recibir Informe de Gestión de lo actuado durante la intervención, preparé desde febrero 2016 para presentar ante la Junta Directiva de la CCSS, Informe de Gestión y Estabilización el cual señala los aspectos que no se atendieron durante la intervención y las acciones que se implementarían para estabilizar la gestión macro y micro hospitalaria.

6.2 Propósito:

- Reviste especial interés del suscrito que con este informe, que el sucesor, cuente con una herramienta que le permita dar seguimiento a la gestión realizada y le sirva de base para algunas decisiones en la nueva gestión, la cual debe ajustarse según sean los factores

epidemiológicos cambiantes, patologías nuevas, nuevos e innovadores tratamientos así como el cambio permanente en el uso de las tecnologías médicas que sin lugar a dudas, no solo vienen a mejorar el giro cama, sino a reducir los procedimientos invasivos a las personas que hacen uso del sistema hospitalario.

- Este instrumento, pretende que se conozcan antecedentes, aspectos más relevantes, gestión realizada, logros obtenidos y el estado actual de pendientes, de forma que se constituya en una alternativa del rumbo, ruta o camino a seguir.

7. La Gestión Realizada en el Último Puesto del año 2009 al 2020

La gestión realizada esta ubicada en dos subescenarios, el primero regulado por la Ley N°7852 “Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, del 01 de febrero 2009 hasta julio 2013, el segundo a partir del 01 agosto 2013, en agosto 2013, en acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, art 9, sesión 8652 del 1 de agosto se dispuso a dar por finalizado el proceso de desconcentración del centro hospitalario, y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias, o lo que podría denominarse “desconcentración mínima”, esto debido a el contenido de un informe que preparó un equipo de trabajo de la CCSS, indicara el “desencanto” que produjo las desconcentración durante 12 años, en gestión y calidad de servicios lo que formaba parte esencial de esta y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias, o lo que podría denominarse “desconcentración mínima” (MODICO), la cual se mantiene al cierre de este informe.

7.1 Escenario de desconcentración

En el escenario de desconcentración, la responsabilidad de la gestión operativa en materia presupuestaria; realización de Planes Anuales Operativos luego bienales, formulación y control del presupuesto de operaciones anuales, donde cada Jefe de Servicio, Clínico, de Apoyo Clínico, Diagnóstico y Tratamiento así como Administrativo y/o Financiero, formulaba su “micro” plan operativo y presupuesto para luego ser integrado a un “macro plan hospitalario”, así realizar las evaluaciones semestrales y anuales en el cumplimiento de metas en las producción de forma individual e integral, además el control presupuestario, mensual, anual (liquidaciones presupuestarias), estaba delegado en los niveles locales; en el tema de contratación administrativa se gestionaban en el nivel local,

licitaciones por registro, restringidas, públicas, así como celebrar los diferentes contratos que se derivaban de ellas, incluyendo compras directas, además por facultación institucional refrendaban los contratos a nivel local y coordinaban aquellos sujetos al refrendo contralor.

En cuanto a Recursos Humanos, la prolongación de desconcentración en temas de reclutamiento, selección, planilla salarial, estudios de reasignación de puestos y asignación de puestos, se ha venido dando y se sigue dando en el nivel local, con el apoyo y asesoramiento de la Dirección de Recursos Humanos, con la participación de sus diferentes áreas y subáreas.

7.2 Desconcentración mínima” (MODICO)

La responsabilidad de la gestión operativa en materia presupuestaria; realización de Planes Anuales Operativos luego bienales, formulación y control del presupuesto de operaciones anuales, sigue siendo similar a cuando operaba la desconcentración, cada Jefe de Servicio, Clínico, de Apoyo Clínico, Diagnóstico y Tratamiento así como Administrativo y/o Financiero, formulaba su “micro” plan operativo y presupuesto para luego ser integrado a un “macro plan hospitalario” , se realizan las evaluaciones semestrales y anuales en el cumplimiento de metas en las producción de forma individual e integral, además el control presupuestario, mensual, anual (liquidaciones presupuestarias), estaba delegado en los niveles locales; solo que ahora con el apoyo y asesoramiento de la Dirección de Presupuesto y la participación de sus diferentes áreas y sub áreas en el tema de contratación administrativa se gestionaban en el nivel local, licitaciones por registro, restringidas, públicas, solo que los contratos que se celebren derivados de ellas y que estén fuera de la facultación local, incluyendo compras directas, el nivel institucional debe refrendarlos y coordinaban aquellos sujetos al refrendo contralor. En cuanto a Recursos Humanos, el escenario es muy similar al anterior, en temas de reclutamiento, selección, planilla salarial, estudios de reasignación de puestos y asignación de puestos, se ha venido dando y se sigue dando en el nivel local, con el apoyo y asesoramiento de la Dirección de Recursos Humanos, con la participación de sus diferentes áreas y subáreas.

Es decir, los matices de la gestión que finaliza, ha estado regida por Desconcentración, MODICO, dos intervenciones técnico-administrativas, la primera en el año 2006 y la segunda en el año 2014.

8. Ambientación sobre el periodo de gestión que comprende el informe

8.1 Desarrollo la gestión en el periodo comprendido del 01-02-2009 al 08-04-2022

Desarrollo la gestión en el periodo comprendido del 01-02-2009 al 08-04-2022, indicando que; de mayo 2014, y hasta agosto 2015, este centro hospitalario estuvo intervenido nuevamente, por las autoridades del nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social, separando de sus cargos, a la Sub-Directora Médico y al Director Administrativo Financiero, además del 1 de octubre 2020 y hasta el día 09 de abril 2022, estuve incapacitado debido situaciones de salud y me acogí a pensión por invalidez a partir del 09 de abril 2022, por lo tanto aunque las gestión administrativa es un continuo, por respeto a la gestión del funcionario que me sucedió, omitiré referirme a las gestiones administrativas realizadas a partir reitero del 01 de octubre 2020,(solo me referiré a aquellos temas que ya venían en proceso, además a la liquidación presupuestaria 2020) aunque el resultado de algunas gestiones sean producto de la continuidad y seguimiento; antes, durante y después.

8.2 “Épica” apertura de 410 procedimientos administrativos. KPMG

Año 2010, dentro de este enfoque de ambientación, es notable mencionar que a un año de haber asumido la Dirección Administrativa Financiera, en decir el 2010, la Gerencia Financiera contrata (compra 2009CD-0000011-2003) con un costo aproximado a los 200 mil dólares en medio de una de las peores crisis financieras de la institución una, **Auditoría Externa KPMG con el objetivo de que realizara un auditoraje entre otros, en aspectos de carácter relacionados con la gestión financiera, de contratación administrativa y de recursos humanos, del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, lo que generó la “épica” apertura de 410 procedimientos administrativos, contra todos los Jefes, Clínicos, de Apoyo Clínico, de Diagnóstico, de Tratamiento, Administrativos, Financieros, e incluso algunos exfuncionarios, que lo único que lograron fue generar un ambiente laboral hostil en el sistema hospitalario, y hoy estoy “procedimientos administrativos” de altísimo costo no solo en la contratación de esta auditoría, sino el gestionarlos hoy yacen en algún archivo, guardando silencio de lo que en mi criterio, no solo fue innecesario, sino un absurdo y un abuso de la gestión por quien ordenó como reza el**

adagio popular “Casería de Brujas”, donde un solo funcionario estaba siendo y fue procesado con más de 50 “procedimientos administrativos” parece insólito pero así fue, docenas de funcionarios integrando Órganos para procedimientos administrativos, que no impactarían laboralmente a las 112 personas todos funcionarios y funcionarias del hospital, sino que en el ámbito familiar, social y económico ya que muchos tuvimos que acudir a préstamos para podernos defender, de hechos que aún hoy me pregunto, cómo, porqué, qué buscaban, que pretendían, pero sobre todo **cual fue el valor agregado institucional que esto generó**, a la fecha de este informe sigo sin encontrar la respuesta; aclarando que nunca me he opuesto ni opondría a ningún proceso de fiscalización, pero objetivamente y como profesional considero conveniente dejarlo plasmado para que la “memoria flaca” no olvide este evento.

Como corolario a este tema, destaco que según el “denunciante” esta contratación era necesaria ya que faltaba de objetividad de la Auditoría Interna en su accionar, **en este Hospital criterio que no lo compartimos**. Véase oficio FOE-SOC-1179 del 26 de noviembre 2008.

8.3 Ambientación con desconcentración.

Es destacable que en el periodo comprendido de 01-02-2009 y hasta julio 2013, la Ley N°7852 “Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS regulaba la gestión hospitalaria, ya que desconcentrada de forma operativa, materia presupuestaria, contratación administrativa y gestión de recursos humanos, con esta Ley de que data de los inicio del año 1997, se daba uno de los cambios más esperanzadores con miras, no solo a una transformación en las prestación eficiente y eficaz de servicios sanitarios, sino que se otorgaba una facultación a los Hospitales y Clínicas del país, donde el “hágalo Usted mismo”, parecía un sueño, ya que se dotó de personería jurídica instrumental, a los Directores Médicos, de forma que estos con esta herramienta pudieran actuar en nombre y representación de la CCSS, y aquí terminaba al parecer un “paternalismo” institucional centralizado que regía internamente desde los orígenes de la institución.

8.4 Intervención En mayo 2014, y hasta agosto 2015

En mayo 2014, y hasta agosto 2015, este centro hospitalario estuvo intervenido nuevamente, por las autoridades del nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social, separando de sus cargos, a la Sub-Directora Médico y al Director Administrativo Financiero, con el fin de diseñar un plan de mejora en la gestión macro hospitalaria, y además investigar de forma preliminar presuntas irregularidades, que supuestamente se presentaban en la

gestión. cuando fui separado del cargo, esto basado en un informe que preparó el desaparecido equipo de apoyo, conocido como ETA que se dedicó por varios años a realizar diagnósticos en diferentes áreas de la CCSS, ya que es su criterio el hospital presentaba fallos, en la gestión, administrativa, financiera y compras.

En agosto 2015, las autoridades separadas fueron reincorporadas a sus puestos, ya que las investigaciones realizadas no establecieron nexos causales, para realizar procedimientos administrativos por inadecuadas, tampoco se logró poner en marcha ningún plan de mejora, durante la intervención ni después de esta.

Reitero que de mayo 2014 al 13 Agosto 2015, el hospital estuvo intervenido, siendo responsable el, Lic. Carlos Alfaro Valverde (Director Administrativo Financiero Interventor), al no recibir Informe de Gestión de lo actuado durante la intervención, situación que fue trasladada y hecha del conocimiento del Director Médico, preparé desde febrero 2016 para presentar ante la Junta Directiva de la CCSS, Informe de Gestión y Estabilización el cual señala los aspectos que no se atendieron durante la intervención y las acciones que se implementarían para estabilizar la gestión macro y micro hospitalaria, informe que fue presentado en octubre 2016 ante Junta Directiva de la CCSS.

8.5 Renovación e innovación tecnológica equipos médicos e infraestructura, remodelaciones y puestas a punto de diferentes áreas.

El 11 setiembre 2015 en Minuta HRCG-DAF-2032-09-2015, da inicio una “verdadera revolución” en cuanto lo que hoy se conoce como propuesta “PLAN INTEGRAL PARA EL REEMPLAZO DE EQUIPO MÉDICO ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD PARA EL QUINQUENIO 2016-2020, destaco el apoyo visionario del entonces Gerente Financiero; Lic. Gustavo Picado Chacón; ya que fue difícil lograr apoyo por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, aunque el apoyo vino después con la construcción con el inicio de la Torre Este y obras complementarias en mayo 2017, como parte de recuperar la capacidad instalada perdida en julio 2005, con motivo del lamentable siniestro.

8.6 Equipamiento

En cuanto a **equipamiento e infraestructura**, es el período más exitoso de la historia de este nosocomio es notable la innovación tecnológica en equipos médicos de alta, mediana y baja complejidad (Centrales de monitoreo de última generación, para neonatología, para adultos, torres de laparoscopia, renovación total de camas para personas hospitalizadas) que forman parte de la labor sustantiva de la Dirección Administrativa Financiera; y todo un

equipo de trabajo comprometido con el cambio y la sostenibilidad de este, es decir se lograron entre reemplazos e innovación tecnológica invertir en más de 13 mil equipos, que forman parte de la flotilla de activos; médicos, informáticos, industriales, de oficina y otros, y de nueva cuenta sin socavar la gestión de mi antecesor que estoy seguro que de haber contado con los recursos financieros, técnicos y de capital humano, lo hubiese hecho igual o mejor.

8.7 Infraestructura

En esta misma línea conceptual destaco el tema de **infraestructura, ya que en considero que con o sin desconcentración, sin intervenciones “técnicas”** (Diagnósticos ETA), y sin épicas contrataciones de auditorías externas (KPMG), es el período más exitoso de la historia de este nosocomio, logrando llevar a un “puesta a punto” eléctrico, mecánico, arquitectónico y civil mediante un plan de proyectos locales y otros con el apoyo de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (actualizar infraestructura hospitalaria con más de 70 años Edificio Patrimonio Histórico, Psiquiatría, Ginecología, Otorrinolaringología, Urología, Vascular Periférico, Endocrinología, Ortopedia, Cardiología, Laboratorio de Hormonas, Medicina Nuclear, Nefrología, entre otros) conservando su valor histórico y patrimonial áreas que corresponden a aproximadamente el 85% de esta edificación y dejando avanzado el 15% restante para su gestión, además de la puesta a punto del Servicio de Emergencias y su Sala de Radiología, además de la remodelación de salas de operación del edificio sur, y remodelación “ala” norte del cuarto piso edificio norte, así como la remodelación de las salas de operación del tercer piso edificio norte y la exitosa puesta en marcha de la “Nueva Torre Este” y sus obras complementarias (Nutrición, Ropería y otros); esto sin socavar la gestión de mi antecesor que estoy seguro que de haber contado con los recursos financieros, técnicos y de capital humano, lo hubiese hecho igual o mejor.

8.8 Finaliza el proceso de desconcentración del centro hospitalario

A partir del 01 agosto 2013, en acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, art 9, sesión 8652 dispuso dar por finalizado el proceso de desconcentración del centro hospitalario, y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias, o lo que podría denominarse “desconcentración mínima”, conocido con sus siglas MODICO, que a criterio experto no ha generado valor agregado, ya que la poca oxigenación que tenían los entes desconcentrados, les permitía al menos una mayor autonomía en la gestión operativa diaria y hoy se depende del nivel central en aspectos que pueden seguirse manejando en los niveles locales en

beneficio de esa eficiencia y eficacia soñada, con la desconcentración pero que tampoco se ha logrado con volver al “paternalismo” gerencial.

8.9 Segundo de abordó

Por otra parte, al igual que le sucedió a mi antecesor; a pesar de las múltiples acciones y actos administrativos emitidos, al segundo de abordó, Lic. Carlos Alfaro Valverde, para que se integrara a la labor propia de la labor sustantiva de la Dirección Administrativa Financiera, no lo logré, siendo este más bien un opositor y cuestionante permanente de la mayoría de actos administrativos que este servidor asumía, tanto así que incluso llego a ser testigo de una denuncia penal por un acto administrativo, que en su criterio estaba fuera de legalidad.

8.10 Recurso Humano

Se logró establecer la primer plantilla administrativa y financiera de recurso humano, propia de un centro hospitalaria nacional, la cual estableció, el personal con que se cuenta, el máximo, óptimo y mínimo, cada uno con los riesgos que implica estar en los diferentes escenarios; lo que permitió una dotación de recursos humano parcial para así, poner en marcha la nueva edificación conocida como “Torre Este”, así como las edificaciones complementarias (Nutrición, Ropería, Centro de Acopio, Bodega de Farmacia entre otros).

8.11 Gestión Financiera

Se destaca que, a pesar de la restricción presupuestaria, empujada por una de las peores crisis financieras de la CCSS, se logra gestionar de forma que se cierra la mayoría de la brecha histórica y se actualiza la mayoría de infraestructura y el equipamiento.

8.12 Permisos Sanitarios de Funcionamiento

Las órdenes sanitarias, emitidas por el Ministerio de Salud, la mayoría tenía que ver con el tema de infraestructura, era de esperarse ya que la infraestructura, no solo no cumplía con los nuevas exigencias sanitarias, sino que estaba colapsada, sobre utilizada y no se vislumbraba una solución en el corto plazo, sin embargo con la proyección de las nuevas

edificaciones, remodelaciones y “puestas a punto”, estas en su mayoría se han venido superando.

8.13 Seguridad Humana

Otro de los grandes temas que debió abordarse era el de seguridad humana, relacionados con equipos contra incendios, fijos y móviles que vinieran a dar una garantía razonable de la estancia de los usuarios, personal, visitantes y protección del patrimonio institucional, ya que, aunque se contaba con algunos elementos no eran suficientes.

Además, logros y resultados exitosos en proyectos de infraestructura y equipamiento, se destaca la gestión presupuestaria, recursos humanos, Ingeniería y Mantenimiento y otros proyectos relevantes en la macro y micro gestión hospitalaria, como por ejemplo Gestión Ambiental, Brigada para la atención de Desastres Naturales, provocados o fortuitos y seguimiento a las recomendaciones de Informes de Auditoría.

8.14 Gestión de Ingeniería y Mantenimiento

En este apartado es importante, destacar la dificultad que desde el inicio de mis labores, enfrente para poder articular de forma eficiente esta área estratégica, para el funcionamiento hospitalario, área la cual estuvo prácticamente intervenida internamente por varios años, lo cual permitió mejorar la gestión.

8.15 Servicio de Vigilancia

En este apartado es importante, destacar la dificultad que desde el inicio de mis labores, enfrente para poder articular de forma eficiente esta área estratégica, para el funcionamiento hospitalario, área la cual estuvo prácticamente intervenida internamente por varios años, lo cual permitió mejorar la gestión.

8.16 Servicio de Transportes

En este apartado es importante, destacar la dificultad que desde el inicio de mis labores, enfrente para poder articular de forma eficiente esta área estratégica, para el funcionamiento

hospitalario, área la cual estuvo prácticamente intervenida internamente por varios años, lo cual permitió mejorar la gestión.

8.17 Servicio de Aseo

En este apartado es importante, destacar la dificultad que desde el inicio de mis labores, enfrente para poder articular de forma eficiente esta área estratégica, para el funcionamiento hospitalario, área la cual estuvo intervenida internamente, lo cual permitió mejorar la gestión.

9. Ambientación general sobre el ámbito de trabajo

En agosto 2013, en acuerdo de Junta Directiva de la CCSS, art 9, sesión 8652 del 1 de agosto se dispuso a dar por finalizado el proceso de desconcentración del centro hospitalario, y pasar la gestión a un modelo de delegación de competencias, o lo que podría denominarse “desconcentración mínima”.

El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia concentra la atención en las regiones Central Norte y de aproximadamente: 299 EBAIS que la conforman, 32 Áreas de Salud, le corresponde recibir la demanda de 4 Clínicas del Segundo Nivel de Atención las que a su vez atienden 40 EBAIS, otras de las regiones que le corresponde atender a este centro hospitalario es la proveniente de la Región Brunca, con la diferencia que en este caso es el Hospital Regional Max Peralta que refiere para la atención especializada, una condición especial presenta la Región Huetar Atlántica por cuanto en esta los Equipos de Atención Integral los cuales suman aproximadamente 99 y cuentan con 8 Áreas de Salud refieren para atención al Hospital Periférico de Guápiles y este al Hospital Tonny Facio el cual remite para atención especializada al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Con base en el Calendario Poblacional del Centro Centroamericano de Población, el total de habitantes de Costa Rica estimados para el año 2020 es de 5.094.000. De esta cantidad el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia asume aproximadamente el 25%, lo que equivale a 1.273.500 personas, aclarándose que ese total únicamente agrupa a los

mayores de 13 años, por cuanto la población menor de 12 es atendida en el Hospital Nacional de Niños y discriminando la población parcial de cantones que por su ubicación corresponden a otras unidades.

Este centro hospitalario ha “sufrido” dos intervenciones; la primera en el año 2005 como consecuencia del lamentable siniestro ocurrido el 12 de julio y la segunda en el 2014, este centro hospitalario estuvo intervenido nuevamente, por las autoridades del nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social tomando como base un “Informe Técnico” que preparó un “Equipo de Trabajo denominado ETA” (Equipo de Apoyo Técnico), esto con el fin de diseñar un plan de mejora en la gestión hospitalaria, y además investigar de forma preliminar presuntas irregularidades, que supuestamente se presentaban en la gestión.

En ambos casos, las autoridades separadas fueron reincorporadas a sus puestos, ya que las investigaciones realizadas no establecieron nexos causales, para realizar procedimientos administrativos y/o, tampoco se logró poner en marcha ningún plan de mejora, durante las intervenciones, las mejoras y logros se gestionaron después de estas.

El hospital contaba con una flotilla de activos, que en su mayoría tenía su vida útil agotada, además de serias dificultades para conseguir partes, y los costos de posesión eran muy elevados, ante la imposibilidad material a carencia de recursos financieros para poder, iniciar un programa de reemplazo, se optó por gestionar, donaciones de equipos por parte por ejemplo de Funda Cáncer, Junta de Protección Social (equipos médicos) Instituto Nacional de Seguros (equipo de cómputo), FODESAF, Asociación Pro Emergencias, y otras Fundaciones y asociaciones, además de reutilizar equipos “de segunda” de Hospitales como el Nacional de Niños, antiguo hospital de Heredia, esto permitió dar una estabilidad relativa a la gestión y la prestación, caso contrario el escenario hubiese sido aún más sombrío, situación a la que no escapaban muchas unidades médicas, al revisar la dotación de recursos para este cometido en años anteriores a esta gestión, no se logró ubicar recursos financieros que permitieran una renovación o reemplazo; esto se tomó como plataforma de lanzamiento y el 11 setiembre 2015 en Minuta HRCG-DAF-2032-09-2015, da inicio una “verdadera revolución” en cuanto lo que hoy se conoce como propuesta “PLAN INTEGRAL PARA EL REEMPLAZO DE EQUIPO MÉDICO ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD PARA EL QUINQUENIO 2016-2020.

En cuanto a la infraestructura, en panorama era muy similar, a lo descrito en la flotilla de activos, ya que se contaba con edificaciones con más de 70 años de construidas y otras con más de 40 años y algunas aunque con apenas un lustro de construidas presentaban, un gran deterioro por sobre utilización, influenciada por el siniestro del 12 de julio 2005; al revisar la dotación de recursos para este cometido en años anteriores a esta gestión, no se logró ubicar recursos financieros que permitieran, realizar “puestas a punto” arquitectónicas, eléctricas, mecánicas y civiles, de las edificaciones conocidas como; Edificio Patrimonial (70

años) Torre Norte (40 años) Edificio Sur (10 años de sobreutilización), de ahí que nace la propuesta de una estrategia interna conformada por un “Portafolio de Proyectos Internos”, sobre la base de un estudio integral que realizara el personal del Área de Ingeniería y Mantenimiento, y se pudieran solicitar los recursos financieros para poder realizar actualizaciones a infraestructuras, ya fuese por contratación a terceros, con personal de planta e incluso con apoyo a más de 45 áreas a las cuales me referiré, en el apartado de “Logros y Resultados de la Gestión Realizada”; paralelamente a esto ya la Gerencia de Infraestructura Trabajaba en la recuperación de las áreas siniestradas aquel fatídico 12 de julio 2005 además de otras obras complementarias; es así como a inicios 2016 se reciben las nuevas instalaciones que albergan hoy día, el Servicio Integral de Nutrición, donde se desarrollan programas de alimentación para pacientes, que son objeto de algún trasplante de órganos, dietas especiales para pacientes hipertensos entre otros, así como al Área del Servicio de Ropería hospitalaria, lo cual permitiría la demolición del antiguo “Servicio de Nutrición” y otros y así dar paso a la construcción 12 años después es decir en el año 2017, a los que hoy comúnmente conocemos como “TORRE ESTE”, con el cual se esperaba recuperar la capacidad instalada perdida con el siniestro del 12 de julio del año 2005, es importante destacar que a pesar de haber perdido desde el año 2005 un 35% de la capacidad instalada, gracias al esfuerzo del personal la oferta de los servicios se mantuvo y la producción y productividad mostraba mejores indicadores comparados con hospitales homólogos, según estudio realizados, por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la CCSS.

2020, 5 de marzo, con motivo del inicio de la pandemia en Costa Rica, el Edificio Este, (Torre Este el cual aún le faltaban detalles para su recepción final, debió realizarse una recepción provisional para que se sumara a todas las estrategias desarrolladas por las autoridades institucionales, ante un inevitable crecimiento exponencial de la pandemia la cual efectivamente se dio, debiendo postergar el destino original que era, recuperar la capacidad instalada perdida en el siniestro del 12 de julio 2005, y dedicarlo a la estrategia de “ataque” a la pandemia de Covid 19.

Noviembre 2021, inicia un descenso importante de la pandemia y se retoma, la recuperación de la capacidad instalada perdida en el siniestro del 12 de julio 2005.

18-11-2021, la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, según Ley10099, se le declara Institución Benemérita, al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, como reconocimiento a la encomiable laborar asistencial, académica y científica en el campo de la salud en beneficio de la salud pública costarricense.

Enero 2022, el Edificio Este, aún atiende a pacientes con Covid 19, además que va recuperando de forma paulatina la capacidad instalada, perdida desde julio 2005.

9.1 Reforzamiento Estructural Torre Norte

En vista de lo delicado de este tema se deja clara y ampliamente evidenciado lo actuado localmente por cuanto el estudio de vulnerabilidad realizado en el año 2006, es claro en señalar que el edificio Torre Norte del Hospital Calderón Guardia, presenta irregularidades estructurales, que cada vez se hacen más evidentes en la instalación de la Torre Norte, como testigos de los últimos sismos que ha sufrido el país y donde el personal técnico y médico considera que ante otro sismo de alta intensidad, puede existir la posibilidad de que dicha edificación tenga que salir de operación, esto sin mencionar que debemos estar en alerta ya que tal como lo señala el estudio mencionado, el edificio NO cumple con la normativa vigente en el momento en que se realizó el estudio. Hoy en día, el código vigente es la versión realizada en el 2010, a pesar de que en este código las limitantes de los desplazamientos no son tan estrictas como su antecesor, la edificación de la Torre Norte, sigue muy largo de cumplir este requisito fundamental, debido a su falta de rigidez. Es importante resaltar que después de haberse realizado el estudio de vulnerabilidad específicamente en el 2006, a la fecha, en el país se han registrado múltiples terremotos como son:

Terremoto ocurrido en Cinchona el 8 de enero del 2009, magnitud de 6.2 (según el Observatorio Vulcanológico y Sismológico de Costa Rica.)

Terremoto ocurrido en Puntarenas el 20 de mayo del 2010 (sismo de 6.3 con epicentro en Quepos.)

Terremoto ocurrido en Sámara-Nicoya el 5 setiembre del 2012 (terremoto de 7.6 grados en la escala sismológica.)

Debido a estos eventos la estructura se ha ido dañando aún más (inclusive se realizó por parte del hospital el año pasado posterior al evento de Nicoya, un estudio de núcleos de concreto en las escaleras de emergencias situadas en el área norte y dieron por debajo de los rangos estipulados para resistencia de concreto), por tanto al ser el Hospital una estructura de clasificación: Instalación Esencial, de acuerdo al CSCR, donde se debe de proteger la vida de ocupantes y transeúntes, minimizar la ocurrencia de daños en la estructura y en aquellos componentes y sistemas no estructurales capaces de interrumpir seriamente los servicios y funciones propios de la edificación, se determinó que es necesario solicitar la ayuda a Nivel Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, para realizar de Manera Urgente un Proyecto de Reforzamiento Estructural para la Torre Norte.

Para finalizar, proponemos como área técnica del Hospital, gestionar la reconstrucción del núcleo de escaleras y analizar la contratación de reparaciones paliativas

en las juntas estructurales, por pisos, para minimizar el impacto de las paredes a columnas, mientras inician las contrataciones del Nivel Central para el Proyecto de Reforzamiento Estructural, para la Torre Norte. En este sentido el Ing. Bodán y mi persona, nos reunimos con el Ing. Roy Acuña, de la empresa Heriel, encargados del Estudio de Vulnerabilidad Sísmica y Funcional, para buscar soluciones acordes a nuestra realidad y repetimos, con la mejor disponibilidad de reducir el riesgo de las instalaciones, que tampoco es responsabilidad total del Hospital, poder arreglar en su totalidad, sino más bien responsabilidad del Nivel Central buscar una solución, tal como en informes anteriores se ha realizado.

Con base a lo anterior, solicitamos ayuda con carácter URGENTE, a la Gerencia Médica y de Infraestructura, para poder realizar el reforzamiento estructural del Edificio Norte.

El 03 de noviembre 2013, en oficio GIT-40027-2013 recibido el 13 de noviembre 2013, la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, remite el criterio del Arq. Granados, en cuanto a la necesidad de reforzar el edificio norte y que se incluya el proyecto al portafolio de proyectos institucional.

El 19 de noviembre 2013, la Dirección Administrativa Financiera, instruye al Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento, para que se plantee el anteproyecto de reforzamiento del edificio norte, por cuanto de acuerdo con los antecedentes, se podría estar ante un inminente colapso de la infraestructura, ante un sismo extremo, esto como seguimiento al oficio GIT-40027 y DAI-2281-2013, relacionados con el mismo tema.

El 19 de noviembre 2013, mediante oficio HRCG-DAF-2586-11-2013 el MSQ. Marco Segura Quesada, instruye al Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento, para que se integre el equipo de trabajo, y se presente el proyecto de reforzamiento del Edificio Norte.

El 20 de noviembre 2013, en oficio DM-7073-11-2013, recibido el 03-12-2013, en la Dirección Administrativa Financiera, el Dr. Taciano Lemos Pires, solicita informar de las acciones realizadas y avances en la primera quincena del mes de enero 2014.

El 06 de noviembre 2013, el Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento, integró equipo de trabajo para que presente el proyecto de reforzamiento de la Torre Norte.

El 13 de enero 2014, el equipo conformado por el Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento, en oficio AGIM-0083-01-2014, presenta proyecto a la Dirección Administrativa Financiera del reforzamiento del edificio torre norte, el cual incluye la plantilla oficial para ser incluida en el Portafolio de Proyectos Institucional, además, cotización como además detalles preliminares de las intervenciones preparadas por la empresa Constructora a PRIFER S.A, cuyo costo estimado de \$7.750.000.00 (siete millones setecientos cincuenta mil dólares).

El 04 de febrero 2014, en oficio DAF-0177-02-2014, la Dirección Administrativa Financiera remite a la Dirección Médica, el proyecto de reforzamiento del edificio torre norte, para su aval y envió a las Autoridades Institucionales para que este proyecto sea incluido dentro de las prioridades institucionales por el alto riesgo de colapso del edificio norte, en caso de sismo o terremoto.

El 01 de diciembre 2014 en oficio GIT-34310-210 suscrito por la Gerente de Infraestructuras y Tecnologías, dirigido al Lic. Juan Manuel Cordero Director del Área de Calidad de Vida de la Defensoría de los habitantes, en el cual destaca lo instruido al Hospital Dr. Rafael Ángel Calaron Guardia.

Señala en el último párrafo de este oficio “Cabe señalar que aun este proyecto no se ha incluido en el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructuras y Tecnologías, por lo que este Despacho está a la espera de la priorización de este por parte de la Gerencia Medica, según lo indicado en las misivas GIT-39807-2013y GIT-40027-2013”.

El 04 de setiembre 2015 en oficio DM-5927-09-2015, el Dr. Taciano Lemos Pires, solicitó a la Dirección Administrativa Financiera el informe de lo actuado.

Hasta febrero del 2014, la acciones tanto de la Dirección Médica como la Dirección Administrativa Financiera que debíamos tomar, se tomaron y no se conoce una acción concreta y para atender el riesgo eminente de colapso de la infraestructura del edificio de Torre Norte, en caso de un sismo extremo, por otra parte, se hace necesario, urgente y prioritario un pronunciamiento institucional en este caso específico de la Gerencia Médica ya que según refirió la Gerente de Infraestructuras en su oficio GTT-34310-2014 (párrafo final) se está a la espera a la priorización de este proyecto por parte de la Gerencia Médica según lo indicado en Oficio GIT-39807-2013, GIT-40027-2013.

Reitero, los estudios técnicos tanto internos como externos nos previenen del eminente colapso de la infraestructura del Edificio Torres Norte ante un sismo extremo ahora nos queda actuar, situación que escapa la gestión local por la envergadura del proyecto y corresponde a la Gerencia Médica incluir como prioridad urgente este proyecto.

En Oficio DAF-1983-09-2015 del 11 de setiembre 2015, la Dirección Administrativa Financiera, solicitó a la Dirección Médica, como autoridad superior de este Hospital se solicite a la Gerencia Médica, la inclusión inmediata de este proyecto al portafolio institucional y la intervención de esta infraestructura por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y no estar a la espera de si se materializara un riesgo o no.

El 18 de enero 2016, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, integra equipo de trabajo, según lo conversado las personas que van a requerir autorización de ingreso a todas las áreas del Hospital y áreas contiguas son las siguientes: Ing. Cristian Castillo Sáurez,

cédula 1-1074-0472 (Ingeniero Civil), Ing. Miguel Picado Jiménez, cédula 2-553-139 (Ingeniero Civil), Arq. Randall Chaves Araya, cédula 1-0846-0534. (Arquitecto), Ing. Fabiola Ramírez Madriz, cédula 1-1049-0083 (Ingeniera Ambiental), Ing. Jesús Arce Ocampo, cédula 1-1049-0083 (Ingeniero Electromecánico para que realice estudio preliminar, del reforzamiento estructural del edificio norte, el cual ya se encuentra incluido dentro del portafolio de proyectos institucional.

Es claro que existen desde el año 2006, con base en el estudio de vulnerabilidad sísmica realizado por la empresa HERFEL Ingeniería Estructural S. A, suficientes elementos para haber tomado acciones y realizar el reforzamiento del Edificio de Torre Norte y seguimos estando a la espera ante un gran riesgo de colapso de infraestructura del Edificio Torre Norte, ante un sismo, por lo que se deja constancia de esta ambientación pendiente aun de resolver y requiere un seguimiento constante, al cierre de este informe aún no se conoce la fecha de inicio de las obras referidas.

10. Labor sustancial de la Dirección Administrativa Financiera

Dentro de las labores sustanciales se citan:

- ✓ Apoyar a la Dirección General, integralmente en lo que refiere a la gestión y gerencia administrativa y financiera, concomitante con las actividades propias de la prestación sanitaria.
- ✓ Apoyar a los Servicios y Equipos de Trabajo, de todo el nosocomio, en atender sus necesidades en materia de, bienes y servicios del presupuesto del efectivo y no efectivo, así como de las transferencias corrientes y recursos financieros de las partidas variables.
- ✓ Desarrollar dentro de la gestión “micro”, sesiones de trabajo mensuales y anuales en procura de la participación de los Jefes de Servicio, en los diferentes procesos administrativo y financieros
- ✓ Formular, controlar, readecuar, ejecutar, el presupuesto de operaciones anual, de forma que se satisfagan las necesidades ilimitadas de los servicios con la restricción presupuestaria anual, para satisfacer la demanda de las personas que utilizan el sistema sanitario institucional.
- ✓ Atender las evaluaciones y políticas presupuestarias, que anualmente establecen las autoridades institucionales.

11. Cambios habidos en el entorno social, Institucional CCSS, local hospitalario, relacionados con el funcionamiento de la Dirección Administrativa Financiera

En este apartado es importante señalar de manera sucinta, los cambios que ha experimentado nuestra institución desde su creación 1941 hasta hoy 80 años después, así como a nivel hospitalario que se relacionan propiamente con la Dirección Administrativa Financiera, por ejemplo:

11.1 Entorno social

Es destacable; como cada vez aumenta el envejecimiento de la población y disminuye la natalidad, y lo que antes se presentaba como una “pirámide poblacional”, hoy día es muy parecida a una “ánfora poblacional”, lo cual presiona al sistema sanitario a tener que invertir mas recursos (financieros, humanos, tecnológicos, infraestructura y de capital humano) para poder satisfacer, una demanda de servicios sanitarios ilimitada, con recursos limitados, además de una evolución de los perfiles epidemiológicos, que demandan incursionar en nuevas metodologías modernas de atención menos invasivas, farmacologías para los tratamientos de última generación, incluso algunas que no forman parte del mercado local la población usuaria las reclama, por medio de algún mecanismo legal y se les debe suministrar, todo en función disminuir los períodos de recuperación, mejorar la expectativa y calidad de vida de las personas.

11.2 Entorno Institucional CCSS

En el entorno social, Institucional CCSS, 1 de noviembre de 1941, fue promulgada la ley del Seguro Social reformada mediante otra ley el 22 de octubre de 1943, llamada Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. En ella se responsabilizaba a la nueva institución de proteger a los trabajadores contra los riesgos de la enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, creándose una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

1944 a finales la Caja compró el edificio que se conocía como “Casa Cuna” o “La Casa de la Madre y el Niño” y para 1945 se transformó en la consulta externa de la Caja en San José, bajo la dirección del Dr. Carlos Sáenz Mata. Para fines de 1945, en vista de la gran demanda de servicios, se le hicieron varias reparaciones y ampliaciones al edificio y así nació el primer hospital de la Caja conocido como el Policlínico y más adelante como Hospital centra Tenía en ese entonces 29 camas y 20 médicos que tenían la consulta externa e internamientos. por muchos años, fue el único hospital propio del Seguro Social, las

ampliaciones y remodelaciones no se hicieron esperar y así fue creciendo el hospital pasando de 29 camas a 100, y hasta llegar en 1960 a 350 camas a fines del año 1969, las Autoridades de la Caja de esa época pensaron en dedicarlo a hospital de geriatría, tiempo después le fue dado el nombre de Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y así se le conoce al presente. 1969 cuando se abrió el hospital México con 630 camas, quedando reducido a la mínima expresión, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, sin embargo, el hospital México muy rápidamente fue rebasado en su capacidad de dar servicios y no daba abasto para atender la gran cantidad de pacientes en su consulta externa y en sus salas de operaciones, en 1972, la crisis de los servicios hospitalarios en el área metropolitana era tan seria, que se decidió dividir la misma en tres sectores y con un hospital a la cabeza de cada uno de ellos. El México y el San Juan cada uno con su área de atracción, y entonces hubo a toda velocidad que organizar los servicios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón.

11.3 Entorno local hospitalario

En el entorno local hospitalario; originalmente se denominaban Administraciones Hospitalarias, en vista que las operaciones propias de estas estaban centralizadas la participación fue prácticamente pasiva hasta 1974.

A mediados de los años 70 e inicios de los 80, el giro a nivel local toma una gran relevancia ya que se inicia la delegación operativa a las Administraciones de los hospitales, y es a partir de los años 90 que se dan los cambios más importantes, cambia la complejidad y en consecuencia la nomenclatura de estos perfiles y se les denomina, Directores Administrativos Financieros, con protagonismo y participación en función de los que estableció la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas 7852, posteriormente se elimina el 2013, la Desconcentración de Hospitales y Clínicas y se pasa a una Administración con desconcentración mínima (MODICO).

12. Respecto al Sistema de Control Interno y las Autoevaluaciones

Las autoevaluaciones de control interno, que tienen su sustento en la Ley 8292, inician a mediados del 2003, las cuales se mantienen vigentes hasta el día de hoy, donde cada Jefe de Servicio, Clínico, de Apoyo Clínico, de Diagnóstico, Tratamiento, de Oficina, Administrativo y/o financiero, de forma anual rinde mediante un sistema electrónico la autoevaluación, aplicada en esta los componentes funcionales (Ambiente de control, Actividades de Control, Administración de Riesgos, Sistemas de Información, Monitoreo) y observa los componentes orgánicos de esta Ley, la Auditoría Interna y la Contraloría General de la República.

A nivel local existe un enlace que coordina con el nivel central institucional, de forma que se apliquen las autoevaluaciones anuales, así como el sistema de riesgos, actualmente se aplican mas de 110 evaluaciones anuales, además del seguimiento a los planes de mejora que propone cada uno; sin perder de vista que esta Ley, lo que promueve es el autocontrol, la autogestión y la autoevaluación.

13. Logros y Resultados de la Gestión Realizada

13.1 “Logros Estrella” en Proyectos de Infraestructura

Con base a Informe Final de Gestión, que presentó el Lic. José Leonado Alfaro Sánchez, el pasado 20-01-2022 y siendo que el Área de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento es una dependencia directa de la Dirección Administrativa Financiera, se procede a enunciar algunos de los más de 45 proyectos de infraestructura logrados entre los años 2009 al 2020, algunos realizados con personal de planta, otros por contratación a terceros y otros donde se requirió la participación activa del capital humano del Área de Gestión Ingeniería y Mantenimiento, por ejemplo:

Licitación Abreviada 2017LA-000022-2101 Lavado de Fachadas del Edificio Torre Norte y Torre Sur, incluido impermeabilización de baldosas de la azotea del edificio Torre Norte. Instalación de canoas en el Edificio Patrimonial. Licitación Abreviada 2020LA-000019-2101, por concepto de mantenimiento de superficies exteriores e interiores de infraestructura, del complejo hospitalario.

Readecuación generales con personal de planta, de las instalaciones de: antiguo Neonatología y tercer piso instalaciones Sala de Partos, Servicio de Endocrinología, Clínica del Pie, Vascular Periférico, Otorrinolaringología, Prenatales, Contraloría de Servicios, Cuarto de Lactancia, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Segundo Piso edificio Torre Norte (se destaca la intervención de División Química, División de Hematología, recinto de lavado de cristalería y la recepción para que cumpliera 7600), Rayos X edificio Torre Norte, Sala 8 y Sala Protección Radiológica, Oficina Sección de Cirugía, Central de Esterilización y Equipos edificio Torre, Unidad Coronaria, Cuartos de Yodo edificio Torre Norte, Sala de Operaciones edificio Torre Norte: Mejoras a las instalaciones, como la sustitución de las puertas, readecuación de Sala 14, 19 y Sala de Partos (incluido en los trabajos realizados dentro de la declaratoria de emergencia para Neonatología y Maternidad por orden sanitaria), baños 7600, Farmacia Central y Soluciones Parenterales, áreas de encamados en el cuarto y quinto piso Torre Norte, Dirección Médica edificio Torre Norte, Servicio de Hematología cuarto piso Torre Norte, Licitación abreviada 2018LA-000062-2101, por concepto de Suministro, Desinstalación e Instalación de 04 Ascensores, Obras Complementarias con su Mantenimiento Preventivo y Correctivo del Edificio Torre Norte, Climatización de recinto

pruebas de esfuerzo Servicio de Cardiología, Sustitución General de luminarias en pasillos generales, Farmacia, Laboratorio Clínico, Dirección Médica, Centro de Equipos, entre otros en las Instalaciones hospitalarias, ampliación de la Sub-área de Almacenamiento y Distribución, Coordinación, gestión y trabajos Proyecto Daniel en el quinto piso del Edificio Torre Norte, Impermeabilización de losas de concreto Edificio Patrimonial, Iluminación del parqueo Sur del Hospital, Coordinación y gestión en la “puesta en marcha” del Edificio de Torre Este y Obras complementarias (Servicio de Medicina Nuclear, Centro de Acopio, Bodega de Farmacia, Servicio de Cardiología, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Urología, Ascensores del edificio Patrimonial, Servicio de Nefrología, Laboratorio de Hormonas). Aunado a lo anterior, todo lo relacionado al seguimiento coordinación y gestión del periodo de garantía y componente de mantenimiento de las obras y equipamiento, colaboración con la DAPE para la ejecución de la compra directa 2019CD-000002-4403 “Construcción de servicios de consultoría para el levantamiento de sistemas del edificio Torre Norte y casa de máquinas, atender las necesidades de proyectos y readecuaciones de áreas en el denominado “PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA INTERNA”.

13.2 “Logro Estrella en Infraestructura” “Puesta a punto Servicios de Psiquiatría, Ginecología y Emergencias”.

Este logro es digno de una mención aparte, por cuanto por primera vez es la historia hospitalaria, se logra obtener el financiamiento institucional, para poder continuar con la planificación de proyectos de infraestructura locales y así dar el mantenimiento para elementos de infraestructura y suministro de mobiliario básico para los servicios de emergencias edificio sur, ginecología y psiquiatría edificio patrimonio, por medio de un permiso contralor número 15862, DCA-3856 del 17 de octubre del 2019, esto no solo permitió la actualización de una infraestructura, con elementos constructivos de casi 80 años (Psiquiatría y Ginecología), sino que hoy son áreas adecuadas que permiten brindar una atención mas digna, a las personas usuarias; por otra parte la puesta a punto del primer y segundo piso del Servicio de Emergencias, el cual a pesar de haber sido construido hace aproximadamente 15 años, debido a la sobre utilización y problemas de diseño de origen, provocaron una aceleración en su deterioro, con una inversión cercana a los 4 millones de dólares, se logró por medio de la 2019CD-000067-2101 y así disminuir a la expresión mínima de riesgo, de contaminación, colapso eléctrico, mecánico, arquitectónico y civil, dando un mayor confort y seguridad a las personas usuarias, permitiendo una atención digna, además resguardar el patrimonio institucional.

13.3 Atención Pandemia COVID 19.

Coordinación, gestión y trabajos para atender la pandemia mundial COVID 19 declarada emergencia Nacional desde marzo 2020 donde se efectuaron innumerables trámites y trabajos en coordinación con el personal del Área de Ingeniería y Mantenimiento, donde se destacan la habilitación de un “Hospital de campaña”, incluyendo sanitarios, una bodega en sótano Torre Sur para almacenaje de Equipo Médico COVID-19, instalación electromecánica de sistema de aire acondicionado, mantenimiento preventivo, correctivo y obras civiles complementarias para la habilitación del centro de comando operativo de comunicaciones para el traslado de pacientes COVID-19 en el quinto piso del edificio Norte, adquisición e instalación varias docenas de piletas de acero inoxidable para lavado de manos en todo el Centro Hospitalario, fabricación e instalación de mamparas de láminas acrílicas para estaciones o puestos para atención de personal o público en general, readecuación de varias áreas hospitalarias para aumentar la capacidad de camas hospitalarias para pacientes COVID-19, colocación y puesta en marcha de contenedor de cadáveres, adecuación de puerta y cubículo de recepción de familiares para identificación de personas que fallecieron por COVID19, entre otros.

13.4 Dotación de un Sistema Supresión y Detección de Incendios

Contratación 2020LA-000042-2101 Mantenimiento Preventivo y Correctivo, Repuestos y Accesorios para Sistema Supresión y Detección de Incendios. Contratación por compra directa 2019CD-000067-2101 por concepto de Mantenimiento para Elementos de Infraestructura y Suministro e Instalación de Mobiliario Básico para los Servicios de Emergencias Edificio Sur, Ginecología y Psiquiatría Edificio Patrimonio.

13.5 “Logro Estrella en Equipamiento” Propuesta de un plan Integra para reemplazo de equipo médico alta, mediana y baja complejidad, quinquenio 2016-2020.

Como antecedente se destaca que desde el año 2008, el Ing. Alonso Gutiérrez Lopes y el MSc. Marco Antonio Segura Quesada, a petición del Director Administrativo Financiero anterior Lic. Carlos Vílchez Martínez, se realizó una PROPUESTA DE UN PLAN INTEGRAL PARA EL REEMPLAZO DE EQUIPO MÉDICO ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD PARA EL CUATRIENIO 2009-2013, (a las autoridades de la CCSS, Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica, Dirección de Presupuesto, Consejo de Gerentes, además Contraloría General de la República, Defensoría de los Habitantes) propuesta que aunque fue escuchada e incluso aplaudida no tuvo apoyo real y efectivo, al parecer por falta de recursos financieros, sin embargo, dentro del plan de desarrollo de la CCSS, se siguieron adquiriendo equipos de alta tecnología los cuales fueron bienvenidos, pero se le restaba importancia a los equipos vitales de rutina, necesarios para la atención diaria, y así evitar que,

Servicios, como Gastroenterología, Unidad de Cuidados Intensivos, Dermatología, Nuerocríticos, Unidad de Cuidados Quirúrgicos, Dirección de Enfermería, Medicina Interna y otros colapsaran.

Por lo que se realiza de nueva cuenta la , PROPUESTA DE UN PLAN INTEGRAL PARA EL REEMPLAZO DE EQUIPO MÉDICO ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD PARA EL QUINQUENIO 2016-2020, que permitiera mejorar los servicios de atención ambulatoria, hospitalarios y de emergencias, el planteamiento, se refirió específicamente al análisis del estado del equipo médico en función de su vida útil, ya que este rubro presentaba serios problemas debido a la falta de planificación e inversión histórica tanto institucional como local debido al parecer por las restricciones presupuestarias, regida por los ingresos vs egresos institucionales, que ocasionaron niveles de obsolescencia o rezago tecnológico, importante señalar que antes de la propuesta se había venido corrigiendo de forma parcial en algunos activos como equipos industriales (Ascensores, Aires Acondicionados, Calentadores de Agua, Autoclaves, entre otros) pero con la propuesta se logra actualizar de forma total en otros, por ejemplo Camas Hospitalarias, Monitores de Signos Vitales, Ultrasonidos, Sillas de Ruedas, Camillas, Esfigmomanómetros, Torres Laparoscópicas, Ventiladores Pulmonares, equipos para limpieza de última generación, entre otros, en el corto y mediano plazo, lo que se infiere, podría incidir en una estancia hospitalaria más eficiente y eficaz y de menor prolongación en aquellas áreas médicas a las cuales se les ha dotado de una mayor innovación tecnológica, lo que además se parte del supuesto, incidiría eventualmente en un menor costo de día estancia. El reto que sugería esta propuesta era darle sostenibilidad y continuidad al Plan de Inversión por medio de una renovación oportuna en función de la vida útil de los equipos de reciente adquisición, procurando llevarlos hasta agotar su vida útil o más allá mediante programas de mantenimiento preventivos, correctivos, predictivos y proactivos; de forma que los servicios médicos sean continuos, de calidad y oportunos en función de la patología que se esté atendiendo a cada persona en las diferentes especialidades.

Es así como el 04 de mayo de 2016 14:33 remití vía correo electrónico: Para: María del Rocío Sáenz Madrigal; María Eugenia Villalta Bonilla; Gustavo Picado Chacón; Sergio Gómez Rodríguez CC: Taciano Lemos Pires; Marco Antonio Segura Quesada; Carlos Alfaro Valverde; Sandra Montero Chavarría; Raúl Valverde Robert; Danilo Medina Angulo; Huberth Fernández Morales; Omar Quesada Muñoz; Vinicio González Molina; Laura Torres Carmona; Héctor Torres Rodríguez Asunto: Proyecto de Adquisición de Equipamiento Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia 2016-2020, el cual logra aprobación por parte de las autoridades institucionales lo cual nos permitió contar con una plataforma de gestión proyectada en el quinquenio 2016-2020 y realizar una renovación representativa de la flotilla de equipos médicos, industriales y otros.

Es por esta razón que se muestra el logro y continuidad del Plan de Inversión 2016-2020, tomando como fuente de información primaria la base de activos del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, con el objetivo de establecer la antigüedad general actual de la flotilla de activos que al principio se estimó estaba agotada en un 60%, lo que motivó realizar un estudio integral y enunciar la necesidad o no de sustituir los equipos médicos, industriales, oficina u otros, ya que no se logró ubicar algún estudio similar al presente en los últimos 70 años. El plan explicitaba un problema recurrente que mantenía una proyección creciente y cuyo

impacto era negativo para las finanzas institucionales, porque limitaba su capacidad de desarrollo e impactaba negativamente en la prestación de los servicios de salud, debido a la obsolescencia ya referida de la gran mayoría de equipos, especialmente aquellos de uso diario, es de reiterar que en esta ocasión debido a la gran importancia que revestía el equipo médico, el estudio se centró principalmente en éstos, y a su vez incluyó equipos de oficina, industriales y otros que forman parte integral del funcionamiento del sistema hospitalario. A partir de la investigación exploratoria y descriptiva se determinó la antigüedad de los equipos en general, así como la cantidad de activos registrados. En lo que respecta de equipo médico se estableció una clasificación por nivel de complejidad, así como una clasificación por vida útil y un plan de reemplazo priorizado por los servicios usuarios, el cual al ser sometido al análisis de cada una de las unidades demandantes, en algunos casos, necesariamente debió ser reajustado no solo en la cantidad requerida, sino respondiendo a las nuevas exigencias tecnológicas en función de la complejidad hospitalaria y de las patologías que se atienden (por ejemplo el Navegador Craneal), además de algunos equipos de nueva tecnología, en función de las patologías que se atienden propias de un Hospital General e incluso el Plan de Inversión pasó por reajustes que no solo excluyeron equipos que originalmente se formularon, sino que hubo que incluir otros que no formaban parte de la propuesta original, pero sí respondían a una necesidad técnica más eficiente y eficaz. (Laparoscopia para Vascular Periférico, Urología y Cirugía General) El plan de inversión original destacaba desde el enfoque específico de vida útil que la mayoría de los equipos médicos ya habían agotado su vida útil (60% aproximadamente). Además, que del total de la “Flotilla de Activos” un 18.28% corresponde a Equipos Médicos, y que se requería aproximadamente ¢20 mil millones de colones para el reemplazo de los que ya agotaron su vida útil, hoy a casi 5 años de iniciado este Plan, nos encontramos ante un nuevo escenario de reemplazo e innovación tecnológica que de acuerdo con la formulación de necesidades por parte de los servicios para el año 2019 se requieren ¢13.0 millones de colones aproximadamente adicionales al plan que se había venido desarrollando, por lo que se estaría requiriendo ¢8.0 mil millones de colones para iniciar el Nuevo Plan de Inversión con miras a los años 2021-2025.

En síntesis, el presente estudio se constituyó ya no en una PROPUESTA DE UN PLAN INTEGRAL PARA EL REEMPLAZO DE EQUIPO MÉDICO ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD PARA EL QUINQUENIO 2016-2020, sino más bien en una realidad al haber alcanzado casi un 100% de la ejecución del plazo propuesto y un 100% de los recursos financieros solicitados en el año 2016, donde ingresaron 4,087 equipos en el año 2016, 4,624 equipos en el año 2017 y se proyecta que ingresen 1,521 equipos en el año 2018, 718 equipos en el año 2019, 2835 equipos en el año 2020 para que mediante el reemplazo e innovación tecnológica de estos equipos se obtenga una mayor eficacia y efectividad en el proceso de atención al cliente, mediante un equipamiento más actualizado que permita mayor capacidad y condiciones más adecuadas para la resolución de patologías. Cabe destacar que la inversión fue de aproximadamente 13.7 mil millones de colones y en total se adquirieron 13.785 equipos. Lo anterior permitió: mejorar la atención y satisfacción en los usuarios de este nosocomio, contar con equipos actualizados, disminuir la obsolescencia de la flotilla de equipos, mayoritariamente médicos, disminuir los costos de posesión, dar continuidad a un plan de renovación de la flotilla de activos en el mediano plazo, disminuir la incertidumbre técnica diagnóstica, que generaban los equipos obsoletos, tanto a los pacientes como a los funcionarios, entre otros beneficios, como estancias hospitalarias más cortas al disminuir las

cirugías invasivas y realizar las pertinentes por medio de cirugía laparoscópica, disminución de ulceraciones al contar con camas grado médico de última tecnología tanto, en hospitalización general como en la unidad de cuidado intensivo, además como contar con una unidad de neonatología tecnológicamente hablando de primer mundo. Es importante destacar que si bien es cierto, se planteó un plan de inversión el pasado 04 de mayo de 2016, que recoge las necesidades de equipamiento de sus diferentes rubros, entendiéndose este como un plan, éste ha pasado por un proceso normal de ajuste, en conjunto con las diferentes jefaturas de los servicios y donde ha mediado la debida autorización de la Dirección General, ya que las necesidades inicialmente establecidas algunas o su mayoría se mantuvieron y otras requirieron ser excluidas y otras incluidas.

Como valor agregado adicional al descrito a este macroproyecto, destaca la sinergia desplegada hacia otros centros médicos, que, como una forma de optimizar los recursos de gestión operativa, vieron una oportunidad de mejora en el Plan de Inversión 2016-2020 de este centro y se apoyaron por ejemplo para hacerse de equipos como sillas de ruedas, camas, estetoscopios, entre otros.

Se planteó una Plataforma de Gestión Plan de Reemplazo e Innovación Equipos de Alta, Mediana y Baja Complejidad Quinquenio 2016-2020, la cual se llevó a cabo de forma exitosa ingresando aproximadamente 13.785 mil equipos médicos de alta, mediana y baja complejidad con una inversión aproximada a los 13.7 mil millones de colones y de forma paralela, se deja planteado un, Plan de Inversión Renovación e Innovación Tecnológica con miras hacia lustro 2021-2025.

13.6 Área Gestión Ingeniería y Mantenimiento

En este apartado es importante referirme en detalle, por cuanto este nosocomio cuenta con aproximadamente 100.000 metros cuadrados de construcción (Eléctrica, mecánica, civil y arquitectónica) y es de gran criticidad operativa y resulta obligante realizar un recuento de los logros durante la gestión que finalizo, ya desde el inicio de mi gestión febrero 2009 el propósito que se tenía era y sigue siendo realizar un ordenamiento de las actividades de ese servicio, sobre la base de resultado de estudios preliminares y de un estudio realizado por la Auditoría Interna en informe SASS-137-2010, el cual evidenció importantes inconsistencias en los procedimientos de Control Interno, dentro de los principales logros se destacan:

13.6.1 Control sobre el sistema manual de las boletas de control, conservación y mantenimiento, a un sistema automatizado

Se estableció un registro de control de los equipos que no están bajo la modalidad de contrato, donde se establezcan parámetros como: rutinas de inspección, compra de materiales, reparaciones, insumos; con el fin de elaborar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos.

13.6.2 Se establecieron cronogramas de visitas para los proveedores

Se establecieron cronogramas de visitas para los proveedores del servicio de mantenimiento, con el fin de que los técnicos en equipo médico del Hospital efectúen una planeación de estas visitas para garantizar el uso efectivo y eficaz del recurso humano y acreditar la correcta supervisión del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.

13.6.3 Implementación del sistema computarizado, Servicio de Ingeniería y Mantenimiento

Se implementó sistema computarizado (software) existente que diseñó el Área de Informática del Hospital Dr. Calderón Guardia para el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento y posteriormente el programa Institucional SOCO ya que esta herramienta permite agilizar el proceso de tramitología actual y mejorar los controles internos y supervisión de trabajos.

13.6.4 Estudio brechas recurso humano mínimo para el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento

Con la asesoría de la Dirección de Mantenimiento Institucional se elaboró un diagnóstico técnico que permitió identificar la necesidad real del recurso humano mínimo para el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento. El diagnóstico debe presentar las siguientes características: antecedentes, procesos de gestión, identificación de “cuellos de botella”, capacidad de producción y demanda, duración promedio de demanda según especialidad, cantidad de órdenes y horas asignadas, análisis presupuestario para mantenimiento, perfil del recurso humano, renovación tecnológica entre otras, hasta lograr la dotación de recurso humano adecuada, la cual está siendo otorgada en tractos.

13.6.5 Establecer la producción real en el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento

Por medio de los sistemas informáticos, se logró establecer la producción real en el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento donde se precisan: metas, objetivos, boletas efectuadas y detalladas en los 7 principales grupos que se dividen actualmente (fontanería, electricidad, refrigeración, equipo médico, metalúrgica, ebanistería y central telefónica), trabajos pendientes y las causas por los cuales no fueron ejecutados, con el propósito de mantener un control sobre la producción y disponer de información relacionada con la gestión del servicio que permita la toma de decisiones oportuna.

13.6.6 Diagnóstico situacional de las instalaciones del centro médico

Se ejecutaron las acciones pertinentes para contar con diagnóstico situacional de las instalaciones del centro médico, que permite definir las áreas críticas del nosocomio, con el fin de efectuar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas según prioridades, disminuyendo el deterioro de las mismas, como resultado se tiene la actualización, eléctrica, civil, arquitectónica y mecánica de aproximadamente el 85% del edificio “Patrimonial”, y un estudio de reforzamiento estructural del edificio norte.

13.6.7 Cronograma de proyectos a realizar en la Planificación Anual Operativa

Se estableció un cronograma de proyectos a realizar en la Planificación Anual Operativa, donde se fijaron las fechas de inicio y finalización de obras de mantenimiento, remodelación y construcción, estableciendo sistemas de control para evaluar la gestión del Servicio de Ingeniería, en cuanto al mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura del centro médico, con el propósito de evaluar el cumplimiento de metas establecidas en el PAO de mantenimiento, como resultado se lograron reacondicionar más de una docena de áreas, entre hospitalización, consulta de especialidades y áreas comunes. (Vascular Periférico, Otorrinolaringología, Clínica del Pie, Prenatales, Cambio de Techo Edificio Patrimonial, Urología, Ginecología, Psiquiatría, Emergencias, Cuartos de Yodo entre otros)

13.6.8 Proyectos iniciativas locales para Ordenes Sanitarias., INS, NFPA, Auditoría, Sala IV (2009-2022)

De acuerdo con “Iniciativas de Proyectos Internos” presentado por el Área de Ingeniería y Mantenimiento y Arquitectura” la necesidad real de recursos era de aproximadamente ¢50.000.0 (cincuenta mil millones de colones) para poder realizar las reparaciones y mantenimientos de los edificios (52.000 metros cuadrados aproximadamente), que permitirían atender: O.S: Orden Sanitaria, I.N.S.: Orden Instituto Nacional de Aseguramiento de Bienes, NFPA: Cumplimiento Normativa de Seguridad Humana, Auditoria: Recomendación para cumplimiento de Auditoria, Sala IV: Mandato para cumplimiento por medida cautelar o declaratoria con lugar, los procesos de: O.S: Orden Sanitaria, I.N.S.: Orden Instituto Nacional de Aseguramiento de Bienes, NFPA: Cumplimiento Normativa de Seguridad Humana, Auditoria: Recomendación para cumplimiento de Auditoria, Sala IV: Mandato para cumplimiento por medida cautelar o declaratoria con lugar de los recursos, son recurrentes, los que anteriormente al final de esta gestión se giraron están atendidos, y algunos continúan en proceso.

13.6.9 Ejecución presupuestaria subpartidas de Mantenimiento y Reparación de Edificios por terceros

De acuerdo con Mayor Auxiliar de Asignaciones las partidas presupuestarias de Mantenimiento y Reparación de Edificios por terceros, mostraba una ejecución de apenas un 66%, lo que intuía una ejecución incorrecta del presupuesto asignado para actividades de conservación y mantenimiento, se realizó un ajuste en la forma de planificar y durante la gestión que finaliza presentó una de las mejores ejecuciones, a nivel institucional.

13.6.10 Análisis de las metodologías de compras

Se realizó un análisis profundo de la eficiencia de las metodologías de compras de materiales de construcción y herramientas utilizadas por el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, y se determinaron mejoras y otras opciones a utilizar establecidas en el Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa que no se habían sido implementadas, como por ejemplo compras a demanda, lo cual impacto en el mantenimiento preventivo y correctivo positivamente. Por ejemplo, compras con más de 2000 ítem a demanda y así poder proveer de los insumos necesarios de forma oportuna, y disminuir las compras por caja chica, impactando las economías de escala.

13.6.11 Construcción Nave Industrial Área Gestión Ingeniería y Mantenimiento

Se ejecutaron acciones que permitieran analizar la situación actual del edificio donde se ubica el Servicio de Mantenimiento, para valorar el traslado o mejoramiento de este, ya que actualmente presenta las siguientes condiciones: hacinamiento, pisos y cielos desnivelados, lejanía del centro médico, sistema constructivo en madera lo que representa un alto riesgo en caso de incendio. Con el propósito de garantizar la disposición de instalaciones aptas para este tipo de actividad, según los requerimientos técnicos. Además, dichas acciones deben incluir un Diagnóstico de Vulnerabilidad Sísmica para determinar si la infraestructura se puede adaptar a las normas actuales establecidas capítulo 15 del Código Sísmico vigente (2002) ...”

13.6.11.1 Acciones realizadas:

Analizada la situación del edificio donde se ubica el Servicio de Mantenimiento, para valorar el traslado o mejoramiento del mismo, se emitieron oficios: DAF-1924-11-2010 del 23 de noviembre del 2010, DAF-4132-09-2010 del 22 de setiembre del 2010, DAF-4059-09-2010 del 20 de setiembre del 2010, DAF-0150-01-2011 del 18 de enero del 2011, los que dieron como resultado los Informes de Seguridad Humana, OSO-003-01-2011 Casa de Máquinas, OSO-0121-12-2010 Taller de Soldadura o Metal Mecánica, OSO-122-12-2010 Taller Obra Civil, OSO-120-12-2010 Edificio Principal de Ingeniería y Mantenimiento, los cuales orientaron la necesidad de traslado o mejoramiento de estas áreas lo que evidencia que efectivamente se ejecutaron acciones, sin embargo es de destacar que la solución a la problemática y riesgo que representa el estado actual de las instalaciones del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, para ejecutarlas escapaban a la solución del nivel local, por esta razón que en oficios DAF 1159-04-2012, DAF-1384-05-2012 se solicitó a la Gerencia de Infraestructura apoyo para la realización de estos proyectos, sin embargo en oficio UPHN-0225-2012 del 3 de agosto la Unidad de Proyectos Nacionales nos contesta que solo podrán apoyarnos si son autorizados por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías. En oficio DAF-2379-08-2012 se hace un enfoque de la necesidad de realizar los 100 proyectos más relevantes que se requieren a nivel de hospital con un costo aproximado a los 50.000 millones de colones, lo cual sobre la base de las asignación para el 2013 que es de 600 millones se decide realizar una priorización ver DAF-2512-09-2012, priorización que es avalada por la Dirección Médica en oficio DM-6147 del 11 de setiembre del 2012, en oficio DAF2951-10-2012 del 22 de octubre se transcribe oficio GIT35444-2012 del 10 de octubre donde la Arq. Gabriela Murillo refiere que no es posible apoyarnos en los requerimientos para el desarrollo de proyectos para el año 2012 y 2013, argumentando que contamos con los profesionales técnicos administrativos para poder desarrollarlos a nivel local. Producto de lo anterior el Ministerio de Salud emite Orden Sanitaria CMU-OS-0276-2012 RM CC el 12 de julio del 2012, a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico y da 60 días para el desalojo del Área que ocupa Ingeniería y Mantenimiento, lo que provoca la reacción inmediata de la Gerencia Médica y por medio de la Dra. Lidieith Carballo Quesada, se solicita a la Dirección

Administrativa Financiera un resumen de lo actuado, el cual se remite por medio de correo electrónico el día 16 de julio 2012. Como parte de las acciones realizadas por la Dirección Administrativa Financiera, se remite por medio de correo electrónico el día 29 de Octubre 2012, solicitud de ayuda a la Dirección de Presupuesto, por seiscientos millones de colones para el año 2013, para poder construir una solución definitiva, sin embargo no se obtuvo una respuesta positiva, en oficio DAF-3030-10-2012, como una acción más, se autorizaron 80 horas profesionales al equipo de trabajo de Ingeniería y Mantenimiento para el Diseño y Estudio de Pre-Inversión del nuevo edificio que resolvería la problemática ya descrita, tiempo que no fue utilizado, asumiendo la Arq. Perera el Diseño preliminar en su tiempo ordinario, en oficio DAF-0088-01-2013 del 18 de enero 2013, se solicita a la Gerencia Médica el ingreso nuevamente al Portafolio de Proyectos Institucional, ya que esto se había planteado desde el 19 de agosto del 2009 según oficio OAHF-583-08-2009 suscrito por la Arq. Selma Perera, pero en esa ocasión tampoco fue acogida la propuesta, también en oficio PRES-011-01-2013 del 21 de enero 2013, se envía solicitud de recursos adicionales (modificación presupuestaria no equilibrada) a la Dirección de Presupuesto, para poder dar inicio a la construcción de la Nave Industrial para Ingeniería y Mantenimiento, con lo cual se derivan una serie de oficios tendientes a resolver, las misma problemática de los cuales se destacan, el 7784-5 del 21 de enero suscrito por la Gerencia Médica, donde le solicita al Gerente Financiero el apoyo económico para la realización de este proyecto, el oficio 1606-0 del 01 de febrero suscrito por la Gerencia Médica, donde le solicita a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías el apoyo para la realización de este proyecto, y le solicita lo asuma en un 100%, cabe hacer notar que en Oficio 8006-5 la Gerencia Médica solicitó prórroga al Ministerio de Salud a la orden de ejecución del cierre e indica que se conformó una Comisión Intergerencial para la atención de este asunto, y se procedió a presentar una propuesta de solución a la Vice-Ministra de Salud, Dra. Sissy Castillo Ramírez. Como resultado de lo anterior la Arq. Gabriela Murillo emite oficio GIT-0271-1-2013 giró una serie de lineamientos para poder realizar el proyecto de nave industrial para Ingeniería y Mantenimiento, además se recibe oficio UPHN-186-2013, donde la Arq. Gabriela Echavarría Chacón Directora a.i Unidad de Proyectos Nacionales refiere que el proyecto de Ingeniería y Mantenimiento de este hospital no ha sido asumido por su despacho, posterior a esto se recibe oficio GIT-0274-2013 donde la Arq. Gabriela Murillo, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, refiere que el Hospital debe priorizar de la solicitud hecha en oficio DAF-0088-01-2013, que proyectos debe de hacerse para poder atender el de ingeniería.

A raíz de lo anterior se han girado una serie de correos electrónicos de coordinación por parte de la Comisión Inter-gerencial, que tienen su origen en oficio 8220-5 del 07 de marzo del 2013, suscrito por la Gerencia Medica, donde convoca a esta Comisión a Reunión.

Al día de hoy 21 de abril 2013, el Proyecto de Nave Industrial para el Área de Ingeniería y Mantenimiento, estaba en marcha, en manos tanto por parte del personal del hospital, como de la Unidad Ejecutora de Proyectos Nacionales, quienes estábamos avocados a la construcción de la Nave referida, la cual contaba con la participación de, Gerencia Médica, Gerencia de Infraestructura, Gerencia Financiera, Dirección de Mantenimiento Institucional, Dirección Médica del Hospital y Dirección Administrativa Financiera y el Área de Ingeniería y Mantenimiento, además del Departamento de Asesoría Legal de este centro, como de la Dirección Jurídica de la CCSS, ya que todos concluimos que solo de forma articulada podemos lograr atender lo recomendado.

A la fecha de la presentación de este informe se me indica por el Ex Jefe de Gestión de Ingeniería y Mantenimiento, que este proyecto no presenta avance por cuanto no se cuenta con el área para su desarrollo, a pesar de todos los esfuerzos descritos.

14. Recursos Humanos

El 10 de octubre 2019, después de varias gestiones realizadas, se presenta ante la Gerencia Médica y la Dirección de Planificación Institucional, la necesidad de plazas requeridas en forma real y objetiva, las distintas necesidades de Recursos Humanos que requieren las Áreas y Servicios bajo el cargo de la Dirección Administrativa Financiera del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, lo anterior producto de una brecha histórica que ha mantenido el nosocomio en cuanto Carga Laboral vs Cantidad de Funcionarios, adicionalmente con la apertura de “TORRE ESTE”, que vino a ampliar aún más la brecha existente. Debido a que esta nueva edificación cuenta con un total de 7 pisos, 242 camas, 20.840 metros cuadrados de construcción, la cual alojará los Servicios: Rayos X, Gineco-Obstetricia, Neonatología, Maternidad, Sala de partos, Medicinas, UCIQX. De igual manera dicho Informe pretende ALERTAR en forma oportuna, a las Autoridades correspondientes a nivel central, la materialización de posibles RIESGOS, de no dotar al hospital con la cantidad de plazas en el escenario ÓPTIMO, por lo cual viene a convertirse en un insumo de gran importancia, para la buena toma de decisiones a nivel Central de la Caja Costarricense del Seguro Social. Todas y cada una de las necesidades de Recurso Humano aquí expuestas, fueron previamente analizadas y justificadas por cada una de las jefaturas, lo anterior con el fin de demostrar objetivamente, la carencia de recurso humano existente para la gestión actual, además para la atención eficaz de todos y cada uno de los servicios requeridos ante la apertura de la “TORRE ESTE”, tema que al día del cierre de este informe no se ha finiquitado, aunque se hizo una dotación de plazas de forma transitoria no definitiva que permitió continuar con las gestiones diarias y a su vez atender la pandemia.

Además, se destaca, la mejora significativa en la reducción de los plazos de espera para pago de salarios, especialmente del personal interino, así como de los tiempos extraordinarios laborados.

15. Gestión Ambiental

Por delegación de la Dirección General está a cargo de la Dirección Administrativa Financiera, la gestión ambiental tiene su fundamento, en la Norma Institucional para la estructura Organizativa de la Comisiones de Gestión Ambiental. (Aprobada por la Gerencia Medica el 27 de julio 2009 según oficio GM-35012-2). Es un órgano asesor encargado de recomendar políticas ambientales tanto nacionales como internacionales en virtud de la conservación de la biodiversidad y su transcendencia en la calidad y protección de la salud pública, tanto dentro del Hospital como fuera de sus instalaciones. La gestión ambiental la

integra una Comisión Interdisciplinaria con un Coordinador, que, en apego estricto al marco legal, vela por el fiel cumplimiento de la normativa institucional, en cuanto al manejo adecuado de los desechos hospitalarios y sus diferentes procesos hasta su disposición final. Además, revisa los procedimientos empleados en el manejo adecuado que simplifiquen las acciones y las hagan más seguras para el personal y el ambiente.

15.1 Como principales logros en la gestión ambiental se enuncian:

Conducción y control de: recolección, transporte, tratamiento y disposición final del material de desecho ordinario para ser tratado para su nueva utilización bajo el sistema de canje, programa de reciclaje, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos químicos, campañas de recolección de desechos electrónicos y eléctricos, programa de Bandera Azul Ecológica, programa de Sello de Calidad Sanitaria AyA, proyectos; habilitación del pozo y concesión de aprovechamiento de aguas. MINAE, manejo de aguas residuales, eficiencia energética, compras verdes sustentables directriz 011-MINAE, coordinación y plan funcional Centro de Acopio, elaboración de Cuadro N.º 66 Cuantificación de residuos hospitalarios, coordinación para el acarreo, recolección, pesaje y disposición final de aproximadamente 130 toneladas de desechos mensuales, control de cloro residual libre y muestreo para análisis microbiológicos y fisicoquímicos. Para certificación del agua para consumo humano, realización de campañas y ferias ambientales para la sensibilización ambiental del personal, paciente y visitantes, cursos de capacitación de manejo adecuado de los desechos hospitalarios a todo el personal involucrado, coordinar los permisos obligatorios por legislación con la contraloría del ambiente para la salida de las sustancias químicas peligrosas del hospital, velar por el cumplimiento de la normativa institucional de transporte externo de los desechos anatomopatológicos y el Reglamento sobre gestión de los desechos infectocontagiosos que se generan (Decreto N 39965-S).

15.2 Situación Actual Gestión Ambiental:

La Gestión Ambiental, es una de los programas “estrella”, que nace en la anterior administración, sin embargo toma una mayor relevancia en la administración actual y se ha fortalecido, de modo tal que hoy cuenta con un Centro de Acopio “único” a nivel institucional, donde se realiza un verdadero programa de gestión de todos los desechos hospitalarios, situación que es reconocida por organismos internacionales y nacionales, galardonando año a año, con reconocimientos no económicos esta labor, garantizando no solo una calidad sanitaria del agua, sino una de las mejores disposiciones de los desechos hospitalarios con que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social, en toda su red de servicios.

16. Área de Gestión Bienes y Servicios

Se logró implementar el desarrollo de esta área, con sus sub-áreas, de Planificación, Contratación y Almacenamiento y Distribución, dotándolas de infraestructura adecuada, tecnología y sistemas de información e innovando en sistemas de compras por demanda, consignación, favoreciendo las economías de escala y reduciendo a su máxima expresión las compras por caja chica, además se logra realizar una readecuación de los pedidos del presupuesto de las almacenables, se implementó el seguimiento a contratos y ejecución contractual, así como una planificación de compras, de forma que se conozca por parte de los servicios demandantes el justo a tiempo.

17. Área Financiero Contable

Se logró implementar el desarrollo de esta área, con sus subáreas, de Caja y Custodia de Valores, Presupuesto, Validación de Derechos y Facturación, donde hoy los controles internos, la eficiencia y la eficacia en las gestiones que cada Área desempeña son un modelo para seguir.

18. Servicio de Aseo

Se les dotó de equipos para limpieza de última generación, así como por medio del, Comité de Vigilancia Epidemiológica, se los prepara y actualiza en las diferentes técnicas de limpieza hospitalaria, además al sistema de supervisión se les construyeron guías de chequeo, que les permitan una supervisión, antes, durante y después de la jornada.

19. Servicio de Vigilancia (eliminación de armas de fuego)

Se les dotó de equipos para seguridad básicos, se los prepara y actualiza en las diferentes técnicas de atención al cliente, además al sistema de supervisión se les construyeron guías de chequeo, que les permitan una supervisión, antes, durante y después de la jornada.

Como principal logro destaco, la eliminación de armas de fuego.

20. Servicio de Ropería

Destaca como principal logro, el aumento en la dotación de ropa hospitalaria, ya que históricamente la carencia era significativa, tanto que no había en ocasiones ropa hospitalaria para los pacientes y para los cambios de cama.

21. Centro Gestión Informática

Cuenta con plan para el Diseño de Infraestructura de Red de Voz y Datos grado médico, establecido en etapas para diluir el costo del proyecto, tomando como base realizar el proyecto en etapas por anuales. Además, es el responsable del mantenimiento preventivo y correctivo de aproximadamente 1500 computadoras e impresoras, así como el responsable de la red digital de voz y datos que opera actualmente en el hospital, que anteriormente en su mayoría era analógica y del desarrollo y mantenimiento de una serie de sistemas de información local, que fortalecen la gestión diaria hospitalaria y la información oportuna.

22. Proyectos relevantes o “estrella” de la gestión que finaliza

Proyecto Estrella; Renovación e innovación tecnológica en equipamiento, alta, mediana y baja complejidad, (médico, industrial, oficina y otros), con una inversión de aproximadamente 13.5 mil millones de clones, con más de 13 mil equipos.

Proyecto Estrella; realización de más de 45 remodelaciones, “puestas a punto de servicios como, Psiquiatría, Ginecología, primer y segundo piso del Servicio de Emergencias”, puestas en marcha obras nuevas.

Estableciendo el primer perfil técnico administrativo y financiero propio de la Dirección Administrativa Financiera y sus dependencias.

Proyecto Estrella; dotación de equipos y sistemas informáticos locales tanto administrativos como financieros, así como de grado médico.

Proyecto Estrella; facilitación de las áreas, para la construcción y puesta en marcha, de los servicios de Nutrición, Ropería, Torre Este y obras complementarias

Proyecto Estrella; Programa Gestión Ambiental adecuada de los desechos hospitalarios

Proyecto Estrella; Dia C, Iniciativa “DIA C” , la cual logró que en una de las peores crisis financieras de la CCSS, que los funcionarios donáramos trabajo, consultas, cirugías, horas de labor administrativa) estrategia que fue exitosa ya que se lograron otorgar, sin costo adicional para la institución, cientos de

consultas de todas las especialidades a lo largo y ancho del país, además de cirugías y horas técnico administrativas de todos los perfiles ocupacionales, todo orientado a darle una mano a esta “Madre Caja”.

Proyecto Estrella; Gestión de la seguridad humana, dotación de cientos de equipos para la Brigada de Seguridad e Incendios, contratación de sistemas fijos y móviles contra incendios.

Proyecto Estrella; atención de recomendaciones de Auditoría Interna al prácticamente al día.

Proyecto Estrella; atención de Ordenes Sanitarias y programa de habilitación sanitaria de la mayoría de los servicios nosocomiales con “Permiso Sanitario de Funcionamiento”, por ejemplo según lo que establece el Decreto Ejecutivo 41045-S del año 2018, se han logrado que 35 Servicios cuenten con el permiso de habilitación por parte del Ministerio de Salud, en trámite están 11 servicios restantes(Morgue, Radiología, Ambulancias, Bodegas de Farmacia y Laboratorio Torre Este, y el Servicio de Odontología, con lo cual se espera contar con el 100% de habilitación.

Renovación de la mayoría de la “flotilla vehicular ambulancia” y otros.

23. Administración de los Recursos Financieros

23.1 Gestión Presupuestaria.

Con o sin desconcentración la administración presupuestaria, no presentó cambio alguno en cuanto al modelo de asignación de recursos financieros o los llamados, Presupuesto Efectivo, No efectivo, o Transferencias Corrientes; la gestión financiera constituye un pilar fundamental, en el quehacer gerencial público, privado, semiprivado, personal, pero de forma especial cuando se trata de gestionar recursos financieros, que depositan los contribuyentes, para poder obtener a cambio, un bien de mérito, como es el derecho a la salud pública, de ahí que este apartado pretende ilustrar con detalle, la gestión realizada, como una rendición de cuentas necesaria, además presentar en forma resumida cual ha sido el comportamiento a través del tiempo en cuanto comportamiento del gasto y la producción de “servicios y/o productos finales”, de aquellos procesos que se consideran sustantivos en la gestión nosocomial, por lo que en los cuadros siguientes presentan un enfoque de la macro gestión financiera del año 2009 al año 2020.

Cuadro No.1

**HOSPITAL DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA
DIRECCION ADMINISTRATIVA FINANCIERA
GESTION PRESUPUESTO EFECTIVO
(Millones de colones)
AÑOS 2009- 2020**

AÑO	ASIGNACION	GASTO	DIFERENCIAS					
			ASIGNACION		GASTO		EJECUCION	
			ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%
2009	¢62 009,36	¢61 630,54	¢12 665,43	25,67%	¢11 925,42	23,99%	¢378,82	99,39%
2010	¢75 333,72	¢72 012,42	¢13 324,36	21,49%	¢10 381,88	16,85%	¢3 321,30	95,59%
2011	¢82 797,42	¢81 276,84	¢7 463,70	9,91%	¢9 264,42	12,87%	¢1 520,58	98,16%
2012	¢89 513,85	¢87 378,77	¢6 716,42	8,11%	¢6 101,93	7,51%	¢2 135,08	97,61%
2013	¢95 727,98	¢93 020,78	¢6 214,13	6,94%	¢5 642,01	6,46%	¢2 707,20	97,17%
2014	¢101 752,32	¢98 330,92	¢6 024,34	6,29%	¢5 310,14	5,71%	¢3 421,39	96,64%
2015	¢109 440,64	¢106 340,65	¢7 688,32	7,56%	¢8 009,72	8,15%	¢3 099,99	97,17%
2016	¢117 341,24	¢111 957,22	¢7 900,59	7,22%	¢5 616,57	5,28%	¢5 384,02	95,41%
2017	¢129 528,41	¢121 306,91	¢12 187,17	10,39%	¢9 349,69	8,35%	¢8 221,50	93,65%
2018	¢132 683,62	¢126 498,48	¢3 155,21	2,44%	¢5 191,57	4,28%	¢6 185,14	95,34%
2019	¢133 274,87	¢128 866,75	¢591,25	0,45%	¢2 368,27	1,87%	¢4 408,12	96,69%
2020	¢151 063,15	¢141 415,90	¢21 534,74	16,63%	¢20 108,99	16,58%	¢9 647,24	93,61%

Fuente: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias. H.DR.R.A.C. G

Nótese como en el cuadro anterior, en la mayoría de las ejecuciones presupuestaria, del presupuesto del efectivo, siempre ha estado en los últimos 11 años en su mayoría por arriba del 97%, donde destaca el año 2009, donde la crisis financiera mundial, deja su huella en la gestión presupuestaria local y obliga a una ejecución casi del 100% de los recursos disponibles, véase además como en el año 2010, donde florece una de las peores crisis financieras de la institución, la ejecución es apenas de un 95%, que lejos de verse como una subejecución debe tenerse como el resultado de las políticas presupuestarias restrictivas necesarias, reguladas por las autoridades institucionales, para poder mantener el equilibrio presupuestario (ingresos vs gastos), efecto que repercute en la ejecución presupuestaria del año 2011, ya que se debieron honrar compromisos financieros, que no fue posible cumplir en el año 2010, a raíz de las restricciones presupuestarias necesariamente impuestas, otro de los aspectos a destacar en el último quinquenio, es el crecimiento en la asignación presupuestaria, ya que a pesar de que este en el quinquenio precedente, era de aproximadamente un 24%, a partir del 2011 cae en una asignación plana, teniendo su mejor repunte en el año 2019 y una leve disminución en el cierre de la ejecución del presupuesto del efectivo en el año 2020.

Cuadro No.2

**HOSPITAL DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA
DIRECCION ADMINISTRATIVA FINANCIERA
GESTION PRESUPUESTO NO EFECTIVO
(Millones de colones)
AÑOS 2009- 2020**

AÑO	ASIGNACION	GASTO	DIFERENCIAS					
			ASIGNACION		GASTO		EJECUCION	
			ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%
2009	¢15 212,22	¢9 968,49	¢2 855,09	23,10%	-¢25,81	-0,26%	¢5 243,74	65,53%
2010	¢15 802,33	¢15 795,95	¢590,11	3,88%	¢5 827,46	58,46%	¢6,39	99,96%
2011	¢23 584,95	¢22 363,56	¢7 782,62	49,25%	¢6 567,62	41,58%	¢1 221,38	94,82%
2012	¢24 604,86	¢21 739,58	¢1 019,91	4,32%	-¢623,98	-2,79%	¢2 865,27	88,35%
2013	¢27 056,76	¢22 729,96	¢2 451,91	9,97%	¢990,37	4,56%	¢4 326,81	84,01%
2014	¢28 033,08	¢23 517,26	¢976,32	3,61%	¢787,30	3,46%	¢4 515,82	83,89%
2015	¢29 210,35	¢24 982,20	¢1 177,27	4,20%	¢1 464,93	6,23%	¢4 228,16	85,53%
2016	¢32 769,04	¢28 590,04	¢3 558,69	12,18%	¢3 607,85	14,44%	¢4 179,00	87,25%
2017	¢30 330,39	¢29 138,83	-¢2 438,66	-7,44%	¢548,79	1,92%	¢1 191,56	96,07%
2018	¢35 536,34	¢31 234,69	¢5 205,95	17,16%	¢2 095,86	7,19%	¢4 301,64	87,90%
2019	¢37 862,86	¢34 507,50	¢2 326,52	6,55%	¢3 272,81	10,48%	¢3 355,35	91,14%
2020	¢40 630,95	¢35 750,26	¢10 300,56	33,96%	¢6 611,43	22,69%	¢4 880,69	87,99%

Fuente: Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias. H.DR.R.A.C. G

La mayoría de las ejecuciones presupuestaria, del presupuesto del No Efectivo, a partir el año 2009, se realiza la tarea de realizar un trabajo conjunto con la Gerencia de Logística y las dependencias locales, de forma que se cree una cultura organizacional de una planificación de gasto del presupuesto del efectivo por consumo real, de forma que las solicitudes que los servicios del hospital, realizaran respondan a una programación de sus necesidades no por consumo histórico, si no por consumo real, como este rubro es manejado históricamente por autoridades del nivel central, se debió realizar una revisión exhaustiva, de las cuotas, de este presupuesto los cual nos ha permitido en los últimos dos lustros, no solo equilibrar el gasto, sino lograr un mejor registro de consumo local, así como ir cerrando la brecha histórica, de no gasto de los almacenables, sino que ir aproximando una ejecución más acorde a lo planificado, nótese como en los últimos 5 años la tendencia es hacia una asignación plana, pero una ejecución por debajo del 90%, lo que obliga a replantearse que debe seguirse trabajando hasta ajustar la asignación, a un gasto y consumo más real.

Cuadro No.3

HOSPITAL DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA
DIRECCION ADMINISTRATIVA FINANCIERA
GESTION PRESUPUESTARIA PROGRAMA TOTAL
(Millones de colones)
AÑOS 2009- 2020

AÑO	ASIGNACION	GASTO	DIFERENCIAS					
			ASIGNACION		GASTO		EJECUCION	
			ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%
2009	¢77 221,59	¢71 599,03	¢15 520,52	25,15%	¢11 899,61	19,93%	¢5 622,56	92,72%
2010	¢91 136,06	¢87 808,37	¢13 914,47	18,02%	¢16 209,34	22,64%	¢3 327,69	96,35%
2011	¢106 382,37	¢103 640,40	¢15 246,32	16,73%	¢15 832,04	18,03%	¢2 741,97	97,42%
2012	¢114 118,70	¢109 118,36	¢7 736,33	7,27%	¢5 477,95	5,29%	¢5 000,35	95,62%
2013	¢122 784,74	¢115 750,74	¢8 666,04	7,59%	¢6 632,39	6,08%	¢7 034,00	94,27%
2014	¢129 785,40	¢121 848,19	¢7 000,65	5,70%	¢6 097,44	5,27%	¢7 937,21	93,88%
2015	¢138 651,00	¢131 322,84	¢8 865,60	6,83%	¢9 474,66	7,78%	¢7 328,15	94,71%
2016	¢150 110,28	¢140 547,26	¢11 459,29	8,26%	¢9 224,42	7,02%	¢9 563,02	93,63%
2017	¢159 858,79	¢150 445,74	¢9 748,51	6,49%	¢9 898,48	7,04%	¢9 413,05	94,11%
2018	¢168 219,95	¢157 733,17	¢8 361,16	5,23%	¢7 287,43	4,84%	¢10 486,78	93,77%
2019	¢171 137,72	¢163 374,25	¢2 917,77	1,73%	¢5 641,08	3,58%	¢7 763,47	95,46%
2020	¢191 694,09	¢177 166,16	¢31 835,30	19,91%	¢26 720,42	17,76%	¢14 527,93	92,42%

Fuente:

Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias. H.DR.R.A.C. G

La mayoría de las ejecuciones presupuestarias en el último quinquenio, del TOTAL DEL PROGRAMA, adquieren una estabilidad, es decir que en promedio, esta alcanza un 95%, cabe hacer notar que desde el año 2009 se ha trabajado fuerte en establecer, una cultura organizacional de una planificación de inversión y gasto, donde a todos los funcionarios nos interesa de donde provienen los recursos para el financiamiento de los servicios sanitarios, (presupuesto del efectivo y no efectivo), e ir evolucionando, de una cultura de costo, gasto y solicitud de bienes y servicios ideal a una de gasto e inversión por consumo real, de forma que las solicitudes que los servicios del hospital las hicieran obedeciendo a una programación, real de sus necesidades no por consumo histórico, es importante destacar que el rubro, del presupuesto NO EFECTIVO, así como los SERVICIOS PERSONALES PARTIDAS FIJAS, son gestionados históricamente por autoridades del nivel central, y el mayor peso en la no ejecución del total del programa, es aportado por estos dos.

24. Cumplimiento de Disposiciones de Contraloría General de la República, Auditoría, Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencias y Direcciones

24.1 Cumplimiento de Disposiciones de Contraloría General de la República

En la gestión pública, es obligatorio el cumplimiento de las disposiciones que emita la Contraloría General de la República, ya que, como órgano constitucional, auxiliar de la Asamblea Legislativa y según lo que establece la Ley General de Control Interno 8292, es uno de los componentes orgánicos responsables de la fiscalización y control del uso de los fondos públicos, además de contribuir con el control político y ciudadano. Por la tanto la mayoría de las gestiones técnico administrativas de la hacienda pública, en la cual se encuentra la Caja Costarricense de Seguro Social, no solo debe cumplir sino observar de forma permanente, las disposiciones que emite este ente contralor y fiscalizador, además de estar actualizado de forma permanente y así ofrecer con base a las disposiciones que se emitan una garantía razonable, de una gestión publica “sana”, apegado a los principios de transparencia, eficiencia, eficacia, oportunidad, calidad, racionalidad, entre otros, de ahí que no solo debemos cumplir con lo que establece la Contraloría, sino además de una serie de Leyes por ejemplo: Ley General de Control Interno N° 8292. Julio 2002, Ley General de Administración Pública N°6227. Mayo1978, Ley de Administración Financiera N°8131, 1989, Ley de Contratación Administrativa N°7494 y su Reglamento (hoy ya modificada), Ley N°8220 Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad.

24.2 Cumplimiento de Disposiciones de la Auditoría Interna

Las recomendaciones que emite la Auditoría Interna CCSS, como uno de los componente orgánicos que indica la Ley General de Control interno, que fiscaliza y controla el actuar que ha sido depositado en los funcionarios institucionales; en este apartado se indica que se cuenta a lo interno con un equipo de trabajo, integrado por funcionarios de la Dirección General y Dirección Administrativa Financiera, que le sigue el pulso a las diferentes recomendaciones que emite la Auditoría Interna, realizando seguimientos permanentes con

los diferentes actores (Jefaturas) responsables de llevar e implementar las recomendaciones que son emitidas, actualmente se cuenta con 133 Informes de Auditoría que contienen 489 recomendaciones y según la categorización del seguimiento; 399 están cumplidas para un 89%, 34 en proceso para un 7%, 7 incumplidas para un 1%, 18 inaplicables para un 4% y 31 sin seguimiento para un 6%, estas pertenecen a informes recientes y están en plazo de iniciar seguimiento, en caso que el incumplimiento obedezca a inacción por parte del responsable se procede de acuerdo con lo establecido en materia procedimental disciplinaria, así por incumplimiento de Leyes y otras normativas.

24.4 Cumplimiento de Disposiciones Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencias y Direcciones

Constantemente se reciben en los niveles locales, disposiciones que emite la institución CCSS, provenientes de la Junta Directiva y Cuerpo Gerencial por ejemplo; Política Presupuestaria Anual, Normas Técnicas sobre Presupuesto, Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, múltiples circulares que llegan por medio del canal oficial institucional conocido como la Web Master; instructivos, manuales, reglamentos de diferentes tipos según sea el área que se gestione además de políticas las cuales son atendidas según se indique.

25. Conclusiones Generales

La mística, entrega y compromiso de mis antecesores la considero de gran valía, ya que, a pesar de no contar con los recursos humanos, físicos, informáticos, financieros, por varios lustros “contra viento y marea”, a base de donaciones de equipos, por medio de las diferentes fundaciones y asociaciones que funcionaban y funcionan dentro del hospital, así como un aporte importante es este rubro por parte de la Junta de Protección Social, lograron mantener la prestación de servicios sanitarios

Independientemente del modelo de administración que se practique, centralizado paternalista, desconcentrado total, desconcentración mínima o administración por competencia, la oferta y la demanda de los servicios sanitarios debe suministrarse, con calidez, calidad, oportunidad y compromiso.

El trabajo en equipo es y seguirá siendo la estrategia “perfecta”, para que todos busquen el mismo objetivo y la solución conjunta de los problemas.

La “Rendición de Cuentas” y la fiscalización, son y seguirán siendo auto aliados de los diferentes Titulares Subordinados, además de garantes razonables al sistema tripartito que financia la prestación de servicios sanitarios, de la gestión que se realiza.

La planificación, debe ser por excelencia la base, en todas las áreas del quehacer nosocomial; primero planificar, segundo planificar y tercero planificar; con el fin no solo de lograr las metas y objetivos propuestos, sino de contar con los insumos necesarios justo a tiempo para lograrlo.

Las adversidades que surjan, durante la gestión, en la mayoría de las ocasiones, son la mayor fortaleza para el desarrollo e innovación.

La administración es un continuo y el éxito en la gestión no depende de un solo hombre; proviene de las gestiones que sucedieron antes, durante y después.

Con un poco de apoyo por parte de las autoridades quienes ostentan el poder de decisión, se pueden lograr grandes metas y objetivos, como los indicados en este informe.

La labor conjunta entre la Dirección Médica y la Dirección Administrativa Financiera, respetando plenamente sus capacidades gerenciales y competencias es vital para el desarrollo y sostenibilidad de la prestación sanitaria de los servicios nosocomiales.

Las intervenciones técnico-administrativas, en el caso particular que nos ocupa, no aportaron ni desarrollaron estrategias, planes, ni lograron hacer girar el rumbo estratégico que ya traían las autoridades Titulares, sino más bien desestabilizaron la gestión y atrasaron el avance.

26. Recomendaciones Generales

- Solicitar a las autoridades institucionales, que el presupuesto de **inversiones** se realice de forma bienal; y de no ser posible al menos el presupuesto de inversiones, ya que esto permitirá una mayor flexibilidad cuando se trata, de contratación de obras, compra e importación de equipos.
- Que el segundo de abordo (Sub- Administrador), al ser un puesto de confianza y gran relevancia en la gestión diaria, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales y académicos, pueda ser elegido por el Director Administrativo Financiero, sobre la base de una terna que prepare la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.
- Que además del seguimiento que se da al “Informe de Seguridad Humana” preparado por el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica, se continúe con la eliminación de “comedores” electrodomésticos que podrían ser fuente de proliferación de contaminación sino en fuentes de ignición de incendio.
- **El reforzamiento de la “Torre Norte”** no puede ni debe seguir esperando más, debe procurarse de forma urgente se realice en el menor tiempo posible, y evolucionar de los planos y diseño, a la concreción de este y así administrar de una buena vez el riesgo en que se encuentra.
- Implementar los planes de mantenimiento preventivo y correctivo, que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios sanitarios de la nueva “Torre Este”, anticipando que estos se venzan una vez se cumpla la garantía de funcionamiento.
- Mantener y fortalecer con recurso humano el Área de Gestión Ambiental, ya que a pesar de los esfuerzos realizados esto aún no se logra.

- Mantener el programa de reuniones o sesiones de trabajo, mensuales o bimensuales, con los Servicios Clínicos, de Apoyo Clínico, de Tratamiento, Diagnóstico, Administrativos y Financieros.
- Que el Área de Bienes y Servicios (Coordinador/a) concentre su gestión, como plataforma de lanzamiento en la Sub Área de Planificación, donde los bienes y servicios sean clasificados, en A, B, C, de forma que no todos sean gestionados por orden de ingreso sino por vitalidad para la prestación.
- Que el Área de Bienes y Servicios (Coordinador/a) de seguimiento a lo actuado por la Sub Área de Planificación, en cuanto a la clasificación, en A, B, C, para que, de igual forma, sean gestionados por orden por vitalidad para la prestación, por parte del Área de Contratación Administrativa.
- Dar seguimiento real y efectivo al “Plan de Renovación e innovación de Equipos 2021-2025”
- Dar seguimiento real y efectivo a la planificación ya en marcha de “puestas a punto” de Dermatología, Laboratorio de Hemato-oncología, Neurología, Antiguo Ortopedia y Broncopulmonar.
- Mantener la vigilancia constante, en los insumos vitales contratados, por ejemplo, gases médicos, insumos de hemodinamia, reactivos, especialmente a todos aquellos que se rigen por la figura de compra a demanda, para que no solo no se incurra en desabasto, sino que se ajuste a la restricción presupuestaria anual.
- Mantener la vigilancia en el control presupuestario, de forma mensual, en especial a las partidas de tiempos extraordinarios, así como el presupuesto “efectivo”, procurando dentro de lo posible el gasto doceavo.
- **Dar seguimiento a la construcción de la Nave Industrial para, Servicio de Ingeniería y Manteniendo** por cuanto el Ministerio de Salud, emitió una Orden Sanitaria CMU-OS-0275-2012-RM/CC con fecha tres de julio del dos mil doce, que ordena el desalojo de la edificación donde se ubica la actividad del Servicio de Ingeniería y Manteniendo del Hospital Doctor Rafael Ángel Calderón Guardia, y a reubicar al Departamento y al personal existente del edificio a un lugar que cumpla con la legislación vigente en materia de oficinas y establecimientos de tipo industrial bajo las regulaciones del ordenamiento jurídico en la materia, por evidenciarse un deterioro estructural y condición riesgosa e insalubre como medida preventiva a declararlo inhabitable.
- **Seguimiento a la construcción de la nueva Edificación Odontología** por cuanto el, Ministerio de Salud, emitió Orden Sanitaria CMU-OS-0250-2013-RM/CC con fecha diecisiete de julio del dos mil trece, que confiere sesenta (60) días hábiles para reubicar al personal, el servicio y oficinas de Odontología de este centro hospitalario, para su traslado a otro lugar, a partir de su notificación y específicamente, se

comunica: “El Ministerio de Salud procede a dictar las medidas de índole sanitarias y de cumplimiento obligatorio, en el tiempo citado anteriormente para ejercer el control de las condiciones que puedan afectar la salud pública, basados en los informes CMU-AMB-2013-RM y CMU-HAB-090-2013 CC/SF” “...por evidenciarse en deterioro estructural y en condición riesgosa e insalubre, como medida preventiva y con el objeto de salvaguardar la salud pública, se procede a aclarar inhabitable y se ordena en el plazo indicado de 60 días hábiles, a partir de la presente notificación, dar inicio y concluir el cierre técnico del edificio”, refiere la orden entre otros “reubicar el Departamento y al personal existente del edificio, a un lugar que cumpla con la legislación vigente en materia de oficinas, establecimiento de salud y establecimientos de tipo industrial, Reglamento de Construcciones; Reglamento General sobre Higiene Industrial; decreto 11402-SPPS; Ley del benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica; Ley 8228 y Normas de Habilitación de Establecimientos Odontológicos Tipo A, B1, B2, Decreto N°29939-S”.

- Dar continuidad al seguimiento en cuanto a la desocupación del área que esta destinada para la construcción de la “Torre Oncológica”
- Finalizar la contratación de mantenimiento preventivo y correctivo para la “flotilla” vehicular y sus accesorios.
- Continuar con la estrategia institucional y local, de no permitir la promoción de actividades comerciales de ninguna índole dentro, de las instalaciones hospitalarias.
- Regular o eliminar la visita, a los lugares de trabajo, de las diferentes casas comerciales, por medio de lo que se conoce como “Visitadores Médicos”, para promover algún bien o servicio y así evitar conflictos de intereses en el momento de materializar alguna contratación.
- Valorar incorporar al azahar, la gestión administrativa hospitalaria, las pruebas de alcoholemia u otro tipo, en áreas donde se considera que la atención de las personas o los procedimientos que se realizan son de muy alto riesgo.
- Continuar con el seguimiento del “Plan Maestro de Infraestructura Local” de forma que se puedan ir eliminando paulatinamente los alquileres.

Nota: todos los oficios y documentos que se citan en este informe, están digitalizados y pueden ser ubicados en la Dirección Administrativa Financiera

27. Bibliografía aplicada y consultada

- Ley Constitutiva de la C.C.S.S., Departamento de Relaciones Públicas 1988.
- Ley General de Salud, N°5395, octubre 1973.
- Ley General de Administración Pública N°6227, 1978
- Ley y Reglamento de Desconcentración Hospitalaria 7852, Diario Oficial la Gaceta, 210 del 2 de noviembre 2006.
- Ley General de Control Interno N°8292, del año 2002 (última versión reformada)
- Ley Contra la Corrupción y Enriquecimiento Ilícito N°8422, 2004, Gaceta N° 212
- Ley de Contratación Administrativa N° 7494 y su Reglamento, Gaceta N°250.
- Ley Administración Financiera de la República N°8131, Contraloría General de la República 1989.
- Manual y Normas Técnicas sobre Presupuesto, Contraloría General de la República, Gaceta 1988.
- Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales Generales y Servicios, Decreto Ejecutivo 41045-S 2018, Ministerio de Salud.
- Reglamento de Enfermedad y Maternidad CCSS, Departamento de Relaciones Pública.1992

- Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte CCSS, Departamento de Relaciones Públicas.1992.
- Plan Estratégico Institucional- Caja Costarricense de Seguro Social, Junta Directiva CCSS, 2019-2022.
- Informe de Gestión, Lic. Carlos Vilches Martínez Ex Director Administrativo Financiero Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 30 enero 2009.
- Informe de Gestión, Lic. José Leonardo Alfaro Sánchez, Ex Jefe Área de Gestión Ingeniería y Mantenimiento Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 20 enero 2022.