

MS-AI-372-2020

18 de setiembre de 2020

Doctora
Priscilla Herrera García
Directora General
Dirección General de Salud

ASUNTO:	REMISIÓN INFORME MS-AI-368-2020
----------------	--

Estimada doctora:

Me permito remitirle el informe MS-AI-368-2020, preparado por la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría sobre el Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento Región Central Occidente.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, se dispone a la Directora General de Salud, promover las acciones necesarias en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud para la implementación del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). También, se dispone a la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, definir una estrategia en la organización de los recursos que poseen las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, y definir e implementar los mecanismos de control y seguimiento para las renovaciones de los permisos sanitarios de funcionamiento. Estos productos, además se visualizan esenciales para mejorar la gestión de los equipos de trabajo que se reconocen en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, dado que ordenan y orientan el quehacer de cada uno de ellos y en forma integral la gestión que realiza cada unidad organizativa.

Sobre el seguimiento de recomendaciones se debe tener presente lo señalado en la Ley N° 8292, denominada Ley General de Control Interno, específicamente en los artículos 36, 38 y 39, así como en la resolución del Ente Contralor R-DC-64-2014 "Normas Generales de Auditoría para el Sector Público" que señala en la norma 206. Seguimiento lo siguiente:

"02. La Administración es responsable tanto de la acción correctiva como de implementar y dar seguimiento a las disposiciones y recomendaciones de manera oportuna y efectiva, por lo que deberá establecer políticas, procedimientos y sistemas para comprobar las acciones llevadas a cabo para asegurar el correcto y oportuno cumplimiento. Las auditorías internas deberán verificar el cumplimiento de las disposiciones o recomendaciones que otras organizaciones de auditoría hayan dirigido a la entidad u órgano de su competencia institucional."

Por lo anterior, se le recuerda que cuenta con **10 días hábiles** a partir del recibido de este informe, para elaborar el "Plan de Acción" sobre la implementación de las recomendaciones y remitirlo a través del Sistema a esta Dirección para su aprobación.

De usted con atentos saludos.

Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA

Licda. Bernardita Irola Bonilla, MSc
AUDITORA INTERNA

CC. Dr. Marvin Quesada Elizondo, Director Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente
Ing. Eugenio Androvetto Villalobos, Director de la Dirección Radiológica y Salud Ambiental

INFORME MS-AI-368-2020

Auditoría sobre Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento Región Central Occidente

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Objetivo general	5
1.2. Alcance	5
1.3. Normativa técnica aplicable	5
1.4. Ley de Control Interno.....	5
1.5. Comunicación de resultados	6
2. RESULTADOS.....	8
2.1. Sistema de Información para el proceso de otorgamiento de PSF	8
2.2. Realización de las inspecciones de control	9
2.3. Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento	11
2.4. Criterios para programar o priorizar las inspecciones de control	13
3. CONCLUSIONES	14
4. RECOMENDACIONES	14
ANEXO 1	17

INFORME MS-AI-368-2020

AUDITORÍA SOBRE OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO REGIÓN CENTRAL OCCIDENTE

RESUMEN EJECUTIVO

La auditoría comprendió la revisión de la aplicación de procedimientos establecidos para el otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, concretamente en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud de San Ramón, Naranjo y Palmares en el período 2018, de acuerdo con lo normado en las Normas de Control y el Decreto Ejecutivo N° 39472 Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, modificado por el Decreto N° 41435.

La relevancia del estudio radica en la aplicación de los procedimientos para el otorgamiento de los permisos sanitarios de funcionamiento, como mecanismo fundamental para que el Ministerio de Salud ejerza el control de los establecimientos a los cuales ha otorgado un permiso sanitario de funcionamiento; por lo que es importante tanto la aplicación del Reglamento que regula las actividades de permisos sanitarios de funcionamiento como de los procedimientos internos que, en correspondencia con el Reglamento, vienen a ordenar las acciones que deben implementarse para lograr el control en los diferentes establecimientos que funcionan a nivel nacional.

El análisis realizado permitió concluir sobre aspectos de sanas prácticas relacionadas al control interno y la identificación de mecanismos que coadyuvan a implementar el proceso de regulación de la salud que les corresponde a las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud. Uno de ellos es que el Sistema SERSA que actualmente está instalado en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, no aporta al proceso de otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento, por cuanto no se implementa actualmente el módulo de regulación; además, no funciona en forma fluida, por lo que les ha sido necesario utilizar en forma complementaria otras bases de datos para la información que se genera. También se observa poco seguimiento a las inspecciones de control para los establecimientos tipo B a los que el Ministerio de Salud ha otorgado un permiso sanitario de funcionamiento y también sobre la renovación que la Institución debe realizar a los permisos sanitarios de funcionamiento que ha emitido.

Con el propósito de corregir las situaciones observadas en la auditoría, se dispone a la Directora General de Salud, promover las acciones necesarias en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud para la implementación del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), para el logro de los objetivos institucionales. También, se dispone a la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, definir una estrategia en la organización de los recursos que poseen las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, y definir e implementar los mecanismos de control y seguimiento para las renovaciones de los permisos sanitarios de funcionamiento. Estos productos, además se visualizan esenciales para mejorar la gestión de los equipos de trabajo que se reconocen en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, dado que ordenan y orientan el quehacer de cada uno de ellos y en forma integral la gestión que realiza cada unidad organizativa.

1. INTRODUCCIÓN

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría para el periodo 2019, el cual corresponde a la determinación del universo auditable y la valoración de los riesgos institucionales de las actividades que se realizan para otorgar los permisos sanitarios de funcionamiento.

1.1. Objetivo general

Verificar la aplicación de los procedimientos establecidos en el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

1.2. Alcance

El periodo en estudio es el año 2018, para lo cual se desarrollaron en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud de Naranjo, San Ramón y Palmares de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, las actividades que permitieran el alcance de los objetivos planteados.

Los criterios que se consideraron son las solicitudes de PSF que ingresaron y tramitaron en el 2018 y a las cuales se les otorgó un PSF con riesgo A, B o C. Para seleccionar la muestra, se aplicó el criterio referido a las 3 DARS que otorgaron mayor cantidad de PSF en el 2018, lo cual corresponde a las DARS de Palmares, San Ramón y Naranjo. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado.

1.3. Normativa técnica aplicable

“La auditoría se efectuó de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y los procedimientos internos de esta Dirección”.

1.4. Ley de Control Interno

Este informe queda sujeto a lo estipulado en la Ley N° 8292, denominada LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO, específicamente en los artículos 36 y 38, que dicen:

“Artículo 36. —Informes dirigidos a los titulares subordinados. Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera:

a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados.

b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la

auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes.

c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.”

“Artículo 38. —Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República. Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994.”

Por último, se cita el párrafo primero del artículo 39 del capítulo sobre responsabilidades y sanciones:

“Artículo 39 — Causales de responsabilidad administrativa.

El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios.”

1.5. Comunicación de resultados

El Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público aprobado mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República, N° R-DC-64-2014 publicado en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre de 2014, establece en su norma 205.03 lo que a continuación se transcribe:

“Las instancias correspondientes de la administración auditada deben ser informadas, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones según corresponda, producto de la auditoría que se lleve a cabo, lo que constituirá la base para el mejoramiento de los asuntos examinados”

Por lo tanto, en cumplimiento de la supracitada norma, el día 31 de agosto de 2020, se procedió a realizar la exposición del presente informe vía remota mediante la herramienta teams, con la presencia de los siguientes funcionarios:

Por parte de la Administración:

Marvin Quesada Elizondo	Director Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente
Ana Monge Mesen	Asesora de la Dirección General de Salud
Eney Solís Soto	Jefe de la Unidad de Rectoría de la Salud
Ligia Vargas Esquivel	Jefe de la Unidad de Atención al Cliente
Eugenio Androvetto Villalobos	Director de la Dirección Radiológica y Salud Ambiental

Por la Auditoría Interna:

María Isabel Espinoza Hernández	Auditora Encargada
Olga Marta Alvarado Mora	Jefe de la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud

La comunicación escrita, se realizó mediante el oficio MS-AI-344-2020 de 31 de agosto del 2020, dirigido a la doctora Priscilla Herrera García, directora de la Dirección General de Salud, con copia a los interesados. Se otorgó un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Dirección, las observaciones que tuviesen sobre el particular. Al término del plazo, se recibieron observaciones mediante los oficios MS-DGS-3186-2020 y MS-DPRSA-825-2020 que ingresaron dentro del plazo indicado para estos efectos. En fecha posterior al plazo otorgado, se recibió el 08 de setiembre el oficio MS-DRRSCO-1874-2020, no obstante, aunque fue recibido fuera del plazo establecido, se analizaron las observaciones contenidas en el mismo, a fin de procurar que los aportes técnicos fueren considerados en el informe. Todas las observaciones presentadas, se analizaron de acuerdo con el anexo 1 que se presenta al final de este informe; de acuerdo con el resultado del mismo, corresponde en algunos casos, realizar en forma total o parcial las modificaciones o inclusiones en los apartados respectivos. En otros casos, de acuerdo con el análisis realizado, no corresponde realizar modificaciones o inclusiones en los apartados respectivos.

2. RESULTADOS

De las pruebas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados, según los objetivos de la auditoría:

2.1. Sistema de Información para el proceso de otorgamiento de PSF

El Sistema SERSA que actualmente está instalado en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud (en adelante DARS), no aporta al proceso de otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento, por cuanto en el mismo no se implementan actualmente otros módulos como el de regulación. Además, en virtud del ancho de banda de algunas DARS, el sistema no funciona en forma fluida, por lo que les ha sido necesario utilizar en forma complementaria otras bases de datos para la información que se genera.

Al sistema SERSA no se le han realizado modificaciones desde hace 2 años, por lo que se ha hecho obsoleto. Debido a esto, la Institución tomó la decisión de participar en el desarrollo del proyecto VUI (Ventanilla Única de Inversiones), que es un proyecto país que actualmente está trabajando en la integración de procesos de los módulos: Inspecciones, renovaciones, habilitaciones, denuncias y autorizaciones sanitarias para la implementación del reglamento de PSF; con lo cual vendría a efectuarse el trabajo de PSF en esa nueva herramienta. Consta en este sentido, el oficio MS-DM-5035-2019 del 02 de julio 2019 donde el Ministro de Salud informa a la DGS el visto bueno para que se continúe trabajando con PROCOMER, MEIC y empresa PSX en los próximos pasos de integración de procesos de los módulos: Inspecciones, renovaciones, habilitaciones, denuncias y autorizaciones sanitarias. En este sentido, si bien SERSA es un sistema que continúa instalado en las DARS, la Institución se encuentra realizando esfuerzos en un nuevo sistema que permita obtener los diferentes productos que se requieren para el logro de los objetivos institucionales en la función de regulación de la salud.

Sobre el tema de sistemas de información las Normas de Control Interno para el Sector Público, en su capítulo V, puntos 5.1 y 5.4, establecen que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos de la Institución.

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

Uno de los efectos de no poseer un sistema de información que tenga las condiciones para obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica la información del proceso de regulación de la salud, es la falta de información unificada sobre la totalidad de establecimientos con PSF que pertenecen a cada DARS, lo cual afecta la toma de decisiones de las actividades del proceso de otorgamiento de PSF; entre ellas las inspecciones que se deben programar y el seguimiento a los establecimientos. Otro efecto es que las DARS recurren a otras técnicas para identificar y

proporcionar información que solicitan otras instancias institucionales, lo cual eventualmente afectan la eficacia en las actividades de generación y comunicación de la información.

2.2. Realización de las inspecciones de control

DARS Palmares:

En el 2018 no se realizaron inspecciones de control a los establecimientos tipo B; se visualizan 4 establecimientos que obtuvieron una inspección por motivo de denuncia. Se logra observar que hay establecimientos que han venido renovando el PSF; sin embargo, se observa poco seguimiento de control a los mismos:

- Soda Rex: Tiene PSF a partir del año 2013, el último permiso emitido se encuentra vigente al día de la investigación; no consta documentación que evidencie la realización de inspecciones de control.
- Bar la Barra de Víctor: Tiene PSF desde el año 1998 y no presenta documentos que evidencien inspecciones realizadas.
- Marisquería La gran vía: Presenta documentación donde se visualiza que la última visita inspección que se realizó fue en el 2011.

DARS Naranjo:

La mayoría de los establecimientos con riesgo B relacionados con alimentos, a los que se les otorgó un PSF en el 2018 y que se encuentran dentro de la muestra, no presentan inspección de control. Se observa que hay establecimientos que han venido renovando el PSF; sin embargo, hay poco seguimiento de control a los mismos:

- RESTAURANTE -BAR LOS ARROYO: Se visualiza una única visita efectuada en el año 2005.
- SERVICIO DE COMIDA KATTHY"S: Tiene PSF desde el 2015 y no presenta documentos que evidencien inspecciones.
- BAR FONSECA: Se observa que fue visitado por denuncia en el 2016.
- SODA LA VENTANA "ISA". LUEGO PASA A LLAMARSE SODA MR: Tiene PSF desde el 2017 y no consta inspecciones realizadas.
- Panadería El Rincón: Tiene PSF a partir del año 2012, el último permiso emitido se encuentra vigente al día de la investigación y se constata una única inspección realizada en el 2013.
- SODA EL LLANO: Consta última inspección en el 2012.

DARS San Ramón:

Los establecimientos con riesgo B que fueron revisados en las DARS San Ramón, en su mayoría cumplen con el Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02, que incluye entregar al cliente la "Boleta de cita de inspecciones" con indicación de la fecha en que se efectuará la inspección y posteriormente

archivarla en el respectivo expediente; sin embargo no se cumple con la realización de las inspecciones en la fecha programada y comunicada al usuario. Se observan casos en que para un mismo establecimiento, se han ido programando consecutivamente varias inspecciones, sin que se haya dado cumplimiento a las mismas:

- SODA EMANUEL: Tiene PSF a partir del año 2010, el último PSF emitido tiene 6 meses de vencido. En su expediente se evidencia "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 08-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de inspecciones.
- SODA PIRI: Tiene PSF desde el 2014, presenta "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 11-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones.
- HELADERIA LAS PALMAS: Tiene PSF desde el 2013, presenta "Boleta de cita" donde se notificó al interesado que se programa visita de verificación de requisitos para el 13-11-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones.
- COMIDAS RAPIDAS LA ROSA DE LOS VIENTOS: Tiene PSF desde el 2011 y no constan documentos sobre inspecciones realizadas.
- LA BENDICION (elaboración y venta de productos alimenticios): Tiene PSF desde el 2017 y presenta "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 05-09-2017; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de inspecciones.
- MARY QUEQUES Y POSTRES: Tiene PSF desde el 2016; se visualiza notificación de inspección en el 2017; sin embargo, no se evidencia documentos sobre inspección realizada.
- QUESOS DYD-mermeladas (empaques y venta de mermeladas): Tiene PSF desde el 2016; consta notificación para inspección de fecha 07-08-2017, luego para el 23-01-2018 había inspección programada, que no se pudo realizar y se recomienda reprogramar una vez que se hubiese renovado el PSF que estaba próximo a vencer, de acuerdo con eso se notifica que se realizará visita de inspección para el 18-03-2019. En todos los casos no constan documentos sobre inspección realizada.
- TERRA SPA: Tiene PSF desde el 2009; en el 2011 hubo una programación de visita que no se pudo realizar, se recomendó reprogramar, pero no consta la reprogramación. En el 2018 no se realizó inspección, presenta una notificación de inspección programada para el 19-11-2019.

De acuerdo con información de la Región, es una prioridad para la Región Central Occidente el realizar inspecciones de control a los establecimientos relativos a alimentos; no obstante, no para todos los establecimientos que tienen esta condición se les realiza la inspección de control.

El Decreto Ejecutivo N° 39472 del 18 de enero del 2016 Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, modificado por el Decreto N° 41435 del 02 de octubre del 2018, establece en su CAPÍTULO IX, sobre la Verificación y Control, lo siguiente:

Artículo 45.-Inspecciones de control. Los establecimientos y actividades a las cuales se les ha otorgado el PSF según el presente reglamento, serán sujetos de inspección de forma programada o por muestreo selectivo, posterior al otorgamiento del PSF, con la finalidad de verificar las condiciones que fueron declaradas bajo fe de juramento...”.

La capacidad instalada en recursos humanos resulta insuficiente en las DARS de San Ramón y Naranjo para la función de regulación de la salud; esto según la caracterización de las Áreas Rectoras de Salud que hace la Dirección de Desarrollo Humano en el "Informe Final de atención de la recomendación 4.8. del Informe de Fiscalización DFOE-SOC-IF-13-2012". En este sentido, se encuentra el hecho de que el proceso de regulación de la salud de las DARS demanda la implementación de una serie de actividades para su cumplimiento; entre ellas se encuentra la atención de denuncias que por diferentes razones presentan los usuarios, para lo cual se requiere realizar las inspecciones que permitan dar respuesta en los tiempos que para ello están establecidos.

Por otra parte, en relación con la programación de citas de inspección, la DARS de Palmares no programó inspecciones de control en el 2018. En la DARS de San Ramón se visualiza en los expedientes la "Boleta de cita" notificando la fecha programada para la visita de inspección, pero no cumple con la inspección.

Esta situación refleja un debilitamiento en el ejercicio de la rectoría suscitado en la falta de acciones que permiten controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realice actividades o mantenga conductas puedan afectar la salud. Asimismo, se encuentra el hecho de que la Institución ya se encuentra enfrentando una situación que pone en riesgo la credibilidad de la población en la función de regulación de la salud y el consecuente detrimento de la imagen institucional.

2.3. Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento

En la base de datos del año 2018 que utiliza la DARS de Palmares, se evidenció que para los PSF que ingresaron por primera vez y los que se renovaron en ese año, hay un total de 35 PSF vencidos a la fecha de efectuarse la revisión. Asimismo, de la muestra que se revisó se observan 5 PSF vencidos.

- BAR LA BARRA DE VICTOR, 14 días
- SODA Y HELADERIA DEY, 5 meses vencido
- RESTAURANTE ZONA RACING, 2 meses vencido
- MATHWES PIZZA, 6 meses
- CATERING SERVICE EL BROCAL, 6 meses

En la DARS de Naranjo, se observa que la mayoría de los PSF revisados con base en la muestra del estudio, se encuentran al día (solo 1 se encuentra vencido). Asimismo, se observa que la base de datos que utiliza el equipo de atención al cliente indica que hay 362

PSF vencidos, algunos de ellos con vencimiento desde el año 2011; este dato se corroboró con el personal del proceso de regulación, quienes indicaron no conocer si en realidad esos establecimientos se encuentran funcionando.

También se cotejó el tiempo que trasciende entre la fecha en que vence un permiso y la fecha en que el mismo es renovado.

- BAR DELICIAS: Transcurrió vencido 12 días
- SODA IRENIA (actualmente SODA D´ PASO SAN JUAN): Transcurrió vencido 1 mes y 17 días.
- BAR FONSECA: Transcurrió vencido 1 mes y 20 días.
- SODA RUTA 221 (servicio de alimentación al público y venta de verduras): Transcurrió vencido 27 días
- SODA DAMIAN (venta y manipulación de alimentos): Transcurrió vencido 2 meses y 20 días
- LA ESQUINA DE RAULITO: Transcurrió vencido 1 mes y 11 días
- SODA EL LLANO: Transcurrió vencido 4 meses.

En la DARS San Ramón se observan 6 PSF que se encuentran vencidos, con plazos que van desde un mes hasta los 6 meses.

- SODA ENMANUEL: Tiene 6 meses de vencido.
- SODA PIRI: Tiene 6 meses de vencido.
- PIZZA OLIVERA: Tiene 6 meses de vencido
- GAVALU (helados, batidos, wraps, sopas): Tiene 4 meses de vencido
- QUESOS DYD-mermeladas (empaques y venta de mermeladas): Tiene 3 meses de vencido
- URBAN PIZA Centro (alimentación al público): Tiene 1 mes de vencido.

El Decreto Ejecutivo N° 39472 del 18 de enero del 2016 Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, modificado por el Decreto N° 41435 del 02 de octubre del 2018, establece en su CAPÍTULO IX, sobre la Verificación y Control, lo siguiente:

Artículo 12.-Obligatoriedad de renovación: Todos los permisionarios, independientemente del Grupo de Riesgo al que su actividad pertenezca, tendrán la obligación de tramitar la renovación de su PSF antes de su vencimiento, debiendo presentar su solicitud de renovación ante el Ministerio un mes antes del vencimiento...

Las DARS utilizan bases de datos de las cuales pueden identificar las fechas de vencimiento de los PSF, sin embargo, no ejecutan acciones de seguimiento a los establecimientos cuya fecha indica que están próximos a vencer. Además, en virtud de que no existen un sistema que permita la integración de la información que se genera de las actividades sobre PSF, las DARS llevan en forma separada las bases de datos de las solicitudes de PSF que ingresan cada año, lo que limita llevar el seguimiento de los plazos que se otorgan en los distintos tipos de PSF.

Hay debilitamiento en el ejercicio de la rectoría suscitado en la falta de acciones que permiten controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario; o que realice actividades o mantenga conductas que puedan afectar la salud. Además, la pérdida de ingresos que le corresponden a la Institución por el servicio de otorgar los PSF.

2.4. Criterios para programar o priorizar las inspecciones de control

El Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento no indica explícitamente que todos los establecimientos se deben inspeccionar o que no, posterior al otorgamiento de PSF. Asimismo, el Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02 en su actividad 8.1 "Clasificar y priorizar inspección" señala que esa acción la debe hacer la Dirección del Área Rectora de Salud con la Tabla de priorización (anexo 1) del procedimiento de Inspección General de establecimientos, actividades u otros MS.NI.FIMPR.02.02.12, versión 2 (que regía en el 2018); sin embargo, esa versión solamente hacía referencia a los criterios de programación y/o priorización para las denuncias, no así de los criterios que deben ser aplicados en la programación de inspecciones del control de los establecimientos a los que se les ha otorgado PSF. Tampoco hace referencia a esos criterios el procedimiento Inspección General de establecimientos, actividades u Otros, versión 3 (vigente), ya que su anexo N° 1 corresponde a un "acta de inspección". De tal forma se observa que la Institución no tiene establecidos criterios para programar las inspecciones de control.

El Decreto Ejecutivo N° 39472 del 18 de enero del 2016 Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, modificado por el Decreto N° 41435 del 02 de octubre del 2018, establece en su CAPÍTULO IX, sobre la Verificación y Control, lo siguiente:

Artículo 45.-Inspecciones de control. Los establecimientos y actividades a las cuales se les ha otorgado el PSF según el presente reglamento, serán sujetos de inspección de forma programada o por muestreo selectivo, posterior al otorgamiento del PSF, con la finalidad de verificar las condiciones que fueron declaradas bajo fe de juramento..."

Aunado a lo anterior, el Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02 tiene por objetivo "Establecer los lineamientos de programación de inspecciones para resolver los trámites ingresados en la Unidad Organizativa en forma estandarizada".

El Reglamento General para Autorizaciones y Permisos de Funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud no define criterios para programar inspecciones de control; asimismo se han elaborado nuevas versiones del protocolo y procedimientos relativos al tema de inspecciones de control, pero no hay consistencia entre lo que indican algunas acciones y actividades y los anexos que contienen, estando actualmente vigentes pero desactualizados.

La falta de definición de los criterios para programar las inspecciones de control no permite a la institución guiar con efectividad las actividades de la función de regulación de la salud que se desarrollan en las DARS y orientarse para una adecuada rendición de cuentas.

3. CONCLUSIONES

3.1 Las DARS están utilizando el sistema SERSA en forma parcial, es decir no como herramienta única, dado que a los Equipos de Atención al Cliente el uso del sistema, no les ha generado la información que requieren para el otorgamiento y seguimiento de PSF, dado que además les ha presentado fallas de conectividad y por eso siguen utilizando las bases de datos que han elaborado. Uno de los aspectos que se conoció es que las DARS carecen de información respecto a la totalidad de establecimientos que les pertenecen, estratificados por tipo de riesgo. Esta situación es importante a fin de que la Institución impulse herramientas sistematizadas con características que faciliten el desarrollo y control de las actividades que se deben realizar para cumplir con la función de regulación de la salud encomendada al Nivel Local del Ministerio de Salud.

3.2 Hay poco seguimiento de control a los establecimientos que la Institución otorga el permiso sanitario de funcionamiento, representando un riesgo el hecho de que para los establecimientos que se encuentran en esa condición el Ministerio no está cumpliendo con la función ministerial relativa al control de las normas que los permisionarios que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario deben acatar.

3.3 Los registros de información que contienen las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud permiten conocer la falta de control que existe sobre la renovación de los permisos sanitarios de funcionamiento, dado que se observan cantidades de permisos sanitarios vencidos.

3.4 El Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento, no indica explícitamente que todos los establecimientos se deben inspeccionar o que no posterior al otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento; asimismo el protocolo de programación de citas de inspección y los procedimientos que se refieren a la realización de inspecciones de control, tampoco indican los criterios en cuanto a tipos de riesgos y establecimientos que se deben programar para las respectivas inspecciones de control, con lo que se corre el riesgo de que de los equipos de trabajo no realicen con efectividad las actividades de la función de regulación de la salud que se desarrolla en las DARS.

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo estipulado en el inciso b) del artículo 22 de la Ley de Control Interno, en razón de las debilidades encontradas en el desarrollo del estudio expuestas en el presente informe y con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno, en las labores relacionadas con el manejo de los bienes del estado, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

Dirección General de Salud

4.1 Realizar acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), con el fin que las DARS cuenten con condiciones técnicas que requiere el sistema para su implementación y/u operación.

Presentar antes del 15 de octubre, 2020 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga las acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). Esta Auditoría Interna verificará el 30 junio-2021 por el cumplimiento de las acciones propuestas. **Resultado 2.1**

Dirección Protección Radiológica y Salud Ambiental

4.2. Definir y comunicar los criterios para la programación de las inspecciones de control de los establecimientos con permisos sanitarios de funcionamiento y establecer las métricas mínimas que deben ejecutar las Áreas Rectoras de Salud en cada tipo de riesgo; con el fin de orientar las actividades que se deben desarrollar en el Nivel Local y facilitar su evaluación.

Presentar antes del 15 de abril, 2021 a esta Auditoría Interna el documento formal que a nivel institucional define y comunica los criterios para la programación de las inspecciones de control de los establecimientos con permisos sanitarios de funcionamiento y las métricas mínimas que deben ejecutar las Áreas Rectoras de Salud en cada tipo de riesgo. **Resultado 2.4**

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente

4.3. Definir una estrategia para la organización de los recursos que disponen las DARS, que les permita cumplir con el Protocolo de programación de citas de inspección y de las actividades del Procedimiento inspección posterior al otorgamiento de permiso sanitario de funcionamiento para establecimientos de riesgos A, B y C; de manera que se maximicen los esfuerzos para cumplir razonablemente con las inspecciones que permiten a la Institución tener control sobre los permisos sanitarios de funcionamiento que otorga; posteriormente ordenar a las DARS la implementación de la estrategia.

Presentar antes del 15 de enero, 2021 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga la estrategia y un oficio donde ordene a las DARS la implementación de la estrategia. **Resultado 2.2.**

4.4 Definir mecanismos de control y seguimiento para las renovaciones de los PSF y ordenar a las DARS la implementación de los mismos.

Presentar antes del 15 de enero, 2021 ante esta Auditoría Interna, un documento conteniendo los mecanismos de control y seguimiento y un oficio donde ordene a las DARS la implementación de los mecanismos de control y seguimiento para las renovaciones de los PSF. **Resultado 2.3**

AUDITORÍA INTERNA

Licda. María Isabel Espinoza Hernández
Auditora Encargada

Licda. Olga Marta Alvarado Mora
Jefe de la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud

Msc. Bernardita Irola Bonilla
Auditora Interna
Aprobado por:

ANEXO 1

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
<p>Alcance: El periodo en estudio es el año 2018, para lo cual se desarrollaron en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud de Naranjo, San Ramón y Palmares de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente, las actividades que permitieran el alcance de los objetivos planteados.</p>	<p>MS-DGS-3186-2020: En el punto 2.2. Realización de las inspecciones de control página 6: No queda claro cuál fue la metodología utilizada para el análisis, la selección de expedientes como muestra y el tipo de muestra seleccionado por el investigador.</p>	X			<p>Se amplía el punto de alcance:</p> <p>Los criterios que se consideraron son las solicitudes de PSF que ingresaron y tramitaron en el 2018 y a las cuales se les otorgó un PSF con riesgo A, B y C.</p> <p>Para seleccionar la muestra, se aplicó el criterio referido a las 3 DARS que otorgaron mayor cantidad de PSF en el 2018, lo cual corresponde a las DARS de Palmares, San Ramón y Naranjo. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado.</p>
	<p>MS-DPRSA-825-2020: El estudio realizado no indica cuál es el tamaño de la muestra de Permisos Sanitarios de Funcionamiento analizado, ni si ese tamaño es representativo para lograr el objetivo del estudio de tal forma que permita concluir y lo más importante tomar decisiones.</p> <p>...se desconoce cuál es el universo (número) de Permisos Sanitarios de Funcionamiento cuyo riesgo es tipo B para cada una de las Áreas Rectoras de Salud auditadas. Asimismo, se desconoce el porcentaje de Permisos Sanitarios de Funcionamiento cuyo riesgo es tipo B con respecto a la totalidad de Permisos Sanitarios de Funcionamiento otorgado por cada una de las Áreas Rectoras de Salud auditadas...</p>				
	<p>MS-DPRSA-825-2020 : ...no se aclara el por qué se analizaron los Permisos Sanitarios de Funcionamiento de riesgo tipo B y no se analizaron los Permisos Sanitarios de Funcionamiento tipos A y C, lo cual es incongruente con el objetivo del estudio, que al determinar que van a verificar la aplicación de los procedimientos establecidos en el otorgamiento de Permisos Sanitarios de</p>				

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
	Funcionamiento estaría abarcando los 3 tipos de riesgo indicados en el artículo 5 del Decreto Ejecutivo No. 39472 –S...				estudio también consideró los establecimientos con riesgo C; sin embargo, se expone en el informe sobre los establecimientos con riesgo B cuyo riesgo es mayor que los C. Este punto fue ampliado en el alcance.
<p>SODA EMANUEL: Tiene PSF desde el 2010, presenta "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 08-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones.</p> <p>Soda Rex: Tiene PSF desde el 2013, pero no se visualiza documentos de inspecciones.</p> <p>PANADERIA EL RINCÓN: Tiene PSF desde el 2012 y una única inspección realizada en el 2013.</p>	<p>MS-DGS-3186-2020:</p> <p>En el punto 2.2. Realización de las inspecciones de control página 6 y 7: En la redacción del documento puede confundir al lector cuando se indica que un establecimiento tiene Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF) desde un año en específico, sin indicar si cuenta o no con el PSF vigente.</p> <p>Ejemplo: "SODA EMANUEL: Tiene PSF desde el 2010, presenta "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 08-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones".</p> <p>La redacción no es clara y podría confundir en su lectura, ya que da a entender que tiene PSF desde el 2010 y con base a la "boleta de cita" se realizará inspección hasta el 2018, es decir, 8 años después de otorgado el PSF. Se recomienda valorar la redacción de la siguiente manera: SODA EMANUEL: Tiene PSF vigente, y en su expediente se evidencia "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 08-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones.</p> <p>Ejemplo: "Soda Rex: Tiene PSF desde el 2013, pero no se visualiza documentos de</p>			X	<p>Se hacen ajustes parciales de redacción:</p> <p>SODA EMANUEL: Tiene PSF a partir del año 2010, el último PSF emitido tiene 6 meses de vencido. En su expediente se evidencia "Boleta de cita" notificando la programación de la fecha de inspección para el 08-10-2018; sin embargo, no consta documentación que evidencie la realización de las inspecciones.</p>

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
	<p>inspecciones.” Se recomienda valorar la redacción de la siguiente manera: Soda Rex: según expediente tramitó su solicitud de PSF desde el año 2013, el cual se encuentra vigente al día de la investigación, sin constatar inspecciones de control.</p> <p>Ejemplo: “PANADERIA EL RINCÓN: Tiene PSF desde el 2012 y una única inspección realizada en el 2013.” Se recomienda valorar la redacción de la siguiente manera: PANADERIA EL RINCÓN: según expediente tramitó su solicitud de PSF desde el año 2012, el cual se encuentra vigente al día de la investigación y se constata una única inspección realizada en el 2013”.</p>				<p>Soda Rex: Tiene PSF a partir del año 2013, el último permiso emitido se encuentra vigente al día de la investigación; no consta documentación que evidencie la realización de inspecciones de control.</p> <p>Panadería El Rincón: Tiene PSF a partir del año 2012, el último permiso emitido se encuentra vigente al día de la investigación y se constata una única inspección realizada en el 2013.</p>
De acuerdo con información de la Región, es una prioridad para la Región Central Occidente el realizar inspecciones de control a los establecimientos relativos a alimentos; no obstante, no para todos los establecimientos que tienen esta condición se les realiza la inspección de control.	<p>MS-DGS-3186-2020:</p> <p>En el punto 2.2. Realización de las inspecciones de control página 7</p> <p>En el siguiente texto indica: <i>“De acuerdo con información de la Región, es una prioridad para la Región Central Occidente el realizar inspecciones de control a los establecimientos relativos a alimentos; no obstante, no para todos los establecimientos que tienen esta condición se les realiza la inspección de control. “</i></p> <p>El texto no indica quién suministra esta información que afirme lo antedicho (algún documento, persona en particular). O en todo caso se podría hacer referencia a lo pactado en el POI en materia de inspecciones a establecimientos como punto de partida.</p>		X		En la etapa de planificación del estudio se conoció por parte de las jefaturas de las Unidades de Rectoría y Atención al Cliente entrevistadas de la Dirección Regional sobre la priorización de inspecciones a los establecimientos relativos a alimentos; sin embargo, no cuentan con instrucciones escritas.

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
<p>Por otra parte, en relación con la programación de citas de inspección, la DARS de Palmares no programó inspecciones de control en el 2018. En la DARS de San Ramón se visualiza en los expedientes la "Boleta de cita" notificando la fecha programada para la visita de inspección, pero no cumple con la inspección.</p>	<p>MS-DGS-3186-2020:</p> <p>En el punto 2.2. Realización de las inspecciones de control página 8 En el siguiente texto indica: "Por otra parte, en relación con la programación de citas de inspección, la DARS de Palmares no programó inspecciones de control en el 2018. En la DARS de San Ramón se visualiza en los expedientes la "Boleta de cita" notificando la fecha programada para la visita de inspección, pero no cumple con la inspección." Según análisis de la redacción queda la duda donde se verifica esta programación, ¿se determinó por el POI? o ¿Se realizó un análisis del universo de los expedientes para afirmar que no se programó inspecciones de control en todo el 2018?.</p>		X		<p>La información se conoció durante el estudio de campo efectuado en la DARS y a partir de la información suministrada por la Directora de la DARS, respecto a si se programan las citas de inspección utilizando el Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02. Eso se vio en los expedientes.</p>
<p>En la DARS de Palmares se evidenció según la base de datos del 2018, que hay 35 PSF vencidos a la fecha de efectuarse la revisión, y de la muestra que se revisó se observan 5 PSF vencidos.</p>	<p>MS-DGS-3186-2020:</p> <p>En el punto 2.3. Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, página 8 En el siguiente texto indica: "En la DARS de Palmares se evidenció según la base de datos del 2018, que hay 35 PSF vencidos a la fecha de efectuarse la revisión, y de la muestra que se revisó se observan 5 PSF vencidos; por saber(...)". En el texto supra hace referencia de una base de datos; pero no indica a cuál corresponde, se podría interpretar que se refiere a SERSA, por lo que sería conveniente para dar mayor claridad indicar el nombre del documento de excel en el cual se registran los PSF. Aunada a lo anterior hace referencia de una muestra. Por lo que genera duda cuanto fue el universo y cuanto fue la muestra</p>			X	<p>La base de datos consultada es la que utiliza la DARS para el ingreso de las solicitudes de PSF presentadas por vez primera y renovaciones del año 2018. Es importante aclarar que la fuente de esta información no es el sistema SERSA.</p> <p>Se realiza ajustes parciales de redacción:</p> <p>En la DARS de Palmares se evidenció en la base de datos que se utiliza para los PSF que ingresan por primera vez y que se renuevan en el año 2018, un total de 35 PSF vencidos a la fecha de efectuarse la revisión. Asimismo, de la muestra que se revisó se observan 5 PSF vencidos.</p> <p>La muestra se indicó en el apartado concerniente al alcance.</p>

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
	utilizada o a cuál muestra se refiere.				
En la DARS de Naranjo, se observa en los expedientes revisados que la mayoría de los PSF se encuentran al día (solo 1 se encuentra vencido); sin embargo, la base de datos que maneja el equipo de atención al cliente indica que hay 362 PSF vencidos. En este sentido, se observa que hay PSF que vencieron en el 2011, sin embargo, corroborando el dato con el personal del proceso de regulación, indicaron no conocer si en realidad esos establecimientos se encuentran funcionando.	MS-DGS-3186-2020: En el punto 2.3. Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, página 8 En el siguiente texto indica: "En la DARS de Naranjo, se observa en los expedientes revisados que la mayoría de los PSF se encuentran al día (solo 1 se encuentra vencido); sin embargo, la base de datos que maneja el equipo de atención al cliente indica que hay 362 PSF vencidos. En este sentido, se observa que hay PSF que vencieron en el 2011, sin embargo, corroborando el dato con el personal del proceso de regulación, indicaron no conocer si en realidad esos establecimientos se encuentran funcionando." Se recomienda mejorar la redacción de este párrafo, para ordenar las ideas de lo que realmente se quiere comunicar.	X			Se hacen el ajuste de redacción: En la DARS de Naranjo, se observa que la mayoría de los PSF revisados con base en la muestra del estudio, se encuentran al día (solo 1 se encuentra vencido). Asimismo, se observa que la base de datos que maneja el equipo de atención al cliente indica que hay 362 PSF vencidos, algunos de ellos con vencimiento desde el año 2011; este dato se corroboró con el personal del proceso de regulación, quienes indicaron no conocer si en realidad esos establecimientos se encuentran funcionando.
4.1 Realizar acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), con el fin que las DARS cuenten con el acceso a la Plataforma (ancho de banda) que se requiere para la implementación del sistema VUI, de manera que se aproveche las ventajas de interconectividad, firma digital y demás condiciones técnicas que requiere el sistema para su operación. Presentar antes del 15 de octubre, 2020 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga las acciones de seguimiento	MS-DGS-3186-2020: El documento indica lo siguiente: "4.1 Realizar acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), con el fin que las DARS cuenten con el acceso a la Plataforma (ancho de banda) que se requiere para la implementación del sistema VUI, de manera que se aproveche las ventajas de interconectividad, firma digital y demás condiciones técnicas que requiere el sistema para su operación. Presentar antes del 15 de octubre, 2020 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga las acciones de seguimiento para el desarrollo y			X	Se hacen ajuste parcial de redacción: <i>4.1 Realizar acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), con el fin que las DARS cuenten con condiciones técnicas que requiere el sistema para su implementación y/u operación. Presentar antes del 15 de octubre, 2020 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga las acciones de seguimiento para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). Esta Auditoría Interna verificará el 30 junio-2021 por el cumplimiento de las acciones propuestas. Resultado 2.1</i>

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
para el desarrollo y conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). Esta Auditoría Interna verificará el 30 junio-2021 por el cumplimiento de las acciones propuestas. Resultado 2.1	conclusión de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). Esta Auditoría Interna verificará el 30 junio-2021 por el cumplimiento de las acciones propuestas. Resultado 2.1” .Se recomienda valorar la redacción de la siguiente manera: 4.1 Realizar acciones de seguimiento de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones), con el fin que las DARS cuenten con condiciones técnicas que requiere el sistema para su implementación y/u operación. Presentar antes del 15 de octubre, 2020 a esta Auditoría Interna, un documento que contenga las acciones de seguimiento de los distintos módulos del sistema VUI (Ventanilla Única de Inversiones). Esta Auditoría Interna verificará el 30 junio-2021 por el cumplimiento de las acciones propuestas. Resultado 2.1				
Recomendación “4.2. Definir y comunicar los criterios para la programación de las inspecciones de control de los establecimientos con permisos sanitarios de funcionamiento y establecer las métricas mínimas que deben ejecutar las Áreas Rectoras de Salud en cada tipo de riesgo; con el fin de orientar las actividades que se deben desarrollar en el Nivel Local y facilitar su evaluación. Presentar antes del 15 de abril, 2021 a esta Auditoría Interna el documento formal que a nivel institucional define y comunica los criterios para la programación de las inspecciones de control de	MS-DPRSA-825-2020: ...el estudio no indica una metodología que demuestre que los hallazgos de la auditoría realizada sean extrapolables a las 79 Áreas Rectoras de Salud restantes, debido a que son muy diferentes entre sí, ya que no puede compararse por ejemplo a las Áreas Rectoras de Salud de Heredia, Carmen-Merced- Uruca, con Naranjo ó Palmares y menos con Los Chiles o Coto Brus, debido a la heterogeneidad de las actividades industriales, agrícolas, comercio y servicios.		X		No hay definidos criterios de programación para que las DARS programen las inspecciones de control de los establecimientos B y C con permisos sanitarios de funcionamiento, evidencia de eso es el Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02 versión 2, que en su introducción indica los fines que se buscan con el planteamiento del mismo, entre ellos indica “La programación de las citas de inspección se basa en los criterios, establecidos en el Anexo N°1 del procedimiento MS.NI.FIMPR.02.02.12 Inspección General de Establecimientos, Actividades u Otros,....” Sin embargo, en dicha versión 2 del procedimiento que estuvo vigente hasta enero del 2018 habían solamente criterios para priorizar la

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
los establecimientos con permisos sanitarios de funcionamiento y las métricas mínimas que deben ejecutar las Áreas Rectoras de Salud en cada tipo de riesgo. Resultado 2.4".					<p>programación de denuncias, no para los establecimientos B y C; y en las versiones que se han emitido posteriormente, no se visualiza información sobre la definición de criterios.</p> <p>Es importante indicar que si bien el mismo protocolo indica que "... cada Unidad Organizativa debe tomar en cuenta capacidad instalada en cuanto a recurso humano, tecnológico, transporte; la complejidad, y tamaño en área geográfica de los lugares a visitar, diversidad de actividades económicas y establecimientos que le corresponde atender e inspeccionar para resolver los trámites"; hay casos donde las DARS realizan inspecciones de control solo con motivo de denuncias; por lo que es necesario el establecimiento de criterios y métricas mínimas tanto para asegurar el cumplimiento del mandato otorgado al Ministerio sobre el control de establecimientos, como para evaluar internamente la rendición de cuentas. Asimismo, hay un requerimiento técnico por parte del Nivel Central a partir de la función que le ha sido conferida, de manera que, mediante una metodología que considere entre otros aspectos, estudios de caracterización de las DARS que se han realizado, y en coordinación con otras unidades organizativas del MS, se logre realizar la propuesta.</p>
<p>Resultados</p> <p>2.3 Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento</p>	<p>MS-DPRSA-825-2020:</p> <p>La misma situación anteriormente indicada se observa en el apartado 2.3. Renovación de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, debido a que también se desconoce cuál es el universo (número) de renovaciones de</p>		X		<p>Sobre este tema es importante indicar que se carece en las DARS de un sistema que permita la integralidad de la información. En virtud de eso, la Auditoría Interna está emitiendo una recomendación referente a la necesidad de dar seguimiento a las acciones que</p>

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
	Permisos Sanitarios de Funcionamiento cuyo riesgo es tipo B para cada una de las Áreas Rectoras de Salud auditadas. Asimismo, se desconoce el porcentaje de Permisos Sanitarios de Funcionamiento cuyo riesgo es tipo B que se renuevan con respecto a la totalidad de Permisos Sanitarios de Funcionamiento que se otorgan por primera vez por cada una de las Áreas Rectorías de Salud auditadas.				permitan obtener resultados en el sistema VUI que se está desarrollando.
Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento	MS-DPRSA-825-2020: Es importante recalcar que las funciones que realizan las Áreas Rectoras de Salud van más allá de otorgar y renovar Permisos Sanitarios de Funcionamiento y de realizar las respectivas visitas de control, ya que además deben atender denuncias, revisar reportes operacionales de aguas residuales, otorgar Certificaciones de la Calidad del Agua, revisar reportes operacionales de emisiones provenientes de calderas y hornos de tipo indirecto, deben realizar controles estatales en aguas residuales y emisiones de calderas y hornos de tipo indirecto, revisar planos, entre muchas otras funciones.		X		Esta Auditoría Interna está de acuerdo en que hay otras actividades que corresponden ejecutarse en el Nivel Local para el cumplimiento de la función de regulación de la salud. Ahora bien, el objetivo del estudio desarrollado es la revisión de los procedimientos relacionados al otorgamiento de PSF, actividades que son muy concretas y están plenamente delegadas al Ministerio vía Reglamento; por lo que las actividades revisadas fueron en línea a lo que establece la normativa para dicho tema.
Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento	MS-DPRSA-825-2020: Aunado a lo anterior, en los últimos años el Gobierno de la República ha emitido Directrices que permiten reponer únicamente el 50% de las plazas que van quedando desocupadas o bien las "congela del todo", situación a la que no escapan las Áreas Rectoras de Salud, con lo cual se afecta también su capacidad de actuar.		X		Si bien es cierto esto es una realidad, también son una realidad las funciones conferidas al Ministerio de Salud por medio de su Reglamento Orgánico y Reglamentos Técnicos a que se refiere su accionar, por lo que en virtud de que las responsabilidades en el tema están plenamente definidas, corresponde a la Institución determinar estrategias e implementar y mejorar los que permitan instrumentos y

Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la administración	Se acoge			Valoración D.A.I
		Si	No	Parcial	
					procedimientos que permitan obtener el logro de objetivos.
Informe Final de atención de la recomendación 4.8. del Informe de Fiscalización DFOE-SOC-IF-12-2012.	<p>MS-DPRSA-825-2020:</p> <p>En la página 7 del Informe indica que: "La capacidad instalada en recursos humanos resulta insuficiente en las DARS de San Ramón y Naranjo para la función de regulación de la salud; esto según la caracterización de las Áreas Rectoras de Salud que hace la Dirección de Desarrollo Humano en el "Informe Final de atención de la recomendación 4.8. del Informe de Fiscalización DFOE-SOC-IF-12-2012". No obstante, al buscar el Informe mencionado se encontró que corresponde a un "informe sobre la gestión de la partida: remuneraciones en el Ministerio de Educación Pública" lo cual impidió evaluar lo indicado en el presente estudio de auditoría.</p>	X			<p>Se dio un error de escritura en dicho informe, siendo lo correcto:</p> <p>Informe Final de atención de la recomendación 4.8. del Informe de Fiscalización DFOE-SOC-IF-13-2012.</p>
Todo el informe.	<p>MS-DPRSA-825-2020:</p> <p>Basado en todo lo anteriormente descrito solicito, con todo respeto, realizar una revisión integral de todo el estudio denominado "AUDITORIA SOBRE EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO-REGIÓN CENTRAL OCCIDENTE" con la finalidad de hacerlo corresponder al objetivo del estudio y considerando los aspectos en esta nota indicados.</p>		X		El desarrollo de la auditoría, en cuanto a actividades, procedimientos, protocolos y normativa revisada es consistente con el objetivo de estudio, mismo que orienta en forma concreta a las actividades que se deben desarrollar para el otorgamiento de los PSF; precisamente orientado por lo que establece para ello el Reglamento vigente en la materia.