

**MS-AI-122-2021**

9 de marzo de 2021

Dr. Guillermo Flores Galindo  
Director Regional de Rectoría de la Salud Central Sur

**ASUNTO: REMISIÓN INFORME MS-AI-0121-2021**

Estimado señor:

Me permito remitirle el informe MS-AI-121-2021, preparado por la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría sobre otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento en las DARS Región Central Sur.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, considera esta Auditoría Interna que la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur debe revisar, y analizar las debilidades señaladas en relación a la no realización de las visitas de inspección e implementación de los protocolos, y en coordinación con los Directores de Área Rectora de Salud implementar aquellas medidas que permitan que las DARS ejecuten dichas visitas, con el propósito de brindar a la población garantía de que los establecimientos con Permiso Sanitario de Funcionamiento operan según el marco técnico-jurídico y no existe amenazas para la salud de la población y el ambiente en general.

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**

BERNARDITA IROLA  
BONILLA (FIRMA)

Firmado digitalmente por  
BERNARDITA IROLA BONILLA (FIRMA)

Licda. Bernardita Irola Bonilla, MSc

**AUDITORA INTERNA**

cc. Dra. Melissa Arguedas Arce, Directora ARS Curridabat  
Dr. Hugo Guevara Sánchez Director Área Rectora de Salud Moravia  
Dra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación

---

## **INFORME MS-AI-121-2021**

### **Auditoría sobre otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento en las DARS Región Central Sur**

#### **Tabla de Contenido**

1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1. Origen de la auditoría .....	4
1.2. Objetivo general .....	4
1.3. Alcance de la auditoría .....	4
1.4. Normas Técnicas de la Auditoría Interna.....	5
1.5. Ley de Control Interno .....	5
1.6. Comunicación de resultados .....	5
2. RESULTADOS.....	7
2.1. Inspecciones de verificación y control a los establecimientos a los que se les otorgó Permiso Sanitario de Funcionamiento .....	7
2.2. Inconsistencias observadas en el otorgamiento de los Permisos de Funcionamiento. ....	10
3. CONCLUSIONES .....	12
4. RECOMENDACIONES .....	13
ANEXO 1 .....	14

---

## INFORME MS-AI-121-2021 AUDITORÍA SOBRE OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO EN LAS DARS REGIÓN CENTRAL SUR

### RESUMEN EJECUTIVO

*La presente auditoría se realizó en cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de Auditoría para el año 2020, y su objetivo consistió en verificar si las Áreas Rectoras de la Salud en adelante DARS, de la Dirección Regional Central Sur cumplen con los procedimientos establecidos en el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento en adelante PSF, se desarrolló en las DARS de Moravia y Curridabat, esto dado la importancia de determinar si las Áreas Rectoras cumplen con los procedimientos y la verificación del cumplimiento de la normativa por parte de los administrados, que permitan alcanzar el objetivo estratégico de "Fortalecer la regulación de servicios, establecimientos y eventos, mediante la aplicación de la normativa vigente con el fin de proteger y mejorar la salud de la población".*

*De la población total de 11109 establecimientos a los que se otorgó PSF según los datos facilitados por la Unidad de Atención al Cliente, distribuidos en las diferentes Áreas Rectoras de la Región se seleccionaron las DARS con mayor representatividad en la emisión de PSF, estratificándolas según riesgo A o B escogiendo de forma aleatoria los expedientes a revisar. Sin embargo, dado la situación especial originada a raíz de la situación que enfrenta nuestro país producto de la COVID19, en la cual todos los esfuerzos están concentrados en la atención de la alerta sanitaria de acuerdo a lo señalado en el oficio MS-DGS-0770-2020 del 09 de marzo del 2020, se pudo desarrollar únicamente en las DARS antes indicadas.*

*Al realizar la prueba de verificación para determinar si las DARS cumplen con los procedimientos establecidos para el otorgamiento de PSF, se determinó que no se cumple con los procedimientos establecidos en relación a las inspecciones de verificación de control, y en relación a la implementación de los protocolos para el otorgamiento de los permisos sanitarios de funcionamiento los resultados fueron parcialmente satisfactorios, ya que si bien algunos aspectos si se encuentran implementados y se encontró la información en los expedientes, existen casos que presentan algunas debilidades en razón del plazo de vigencia, resolución u otro aspecto.*

*Por lo que con que con el propósito de fortalecer la regulación de los establecimientos a los que se les ha otorgado PSF, es importante que la institución realice la implementación de las medidas necesarias para que el otorgamiento de PSF se acompañe con la visita de inspección de verificación del cumplimiento de requisitos para su operación, de forma tal que la institución garantice razonablemente a la población la protección y mejoramiento de la salud a través del control de los PSF otorgados.*

*Además, se recomienda tomar en consideración los aspectos señalados en relación a el sistema SERSA y los criterios de priorización señalados en el informe MS-AI-368-2020 Auditoría sobre Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento Región Central Occidente; dado que aunque no se desarrollan en el presente informe sí se observaron en su ejecución aspectos similares a los señalados en dicho informe; en cuanto a que el SERSA instalado en las DARS, se visualizan debilidades en relación al registro e implementación debido a limitaciones de personal, acceso a internet y la cantidad de usuarios que se atienden en la que se ve afectada la actualización, por lo que no aporta al proceso de otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento; 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.*

---

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Origen de la auditoría

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría para el periodo 2020, el cual corresponde a la determinación del universo auditable, valoración de los riesgos institucionales y los factores críticos de éxito para el Ministerio de Salud.

### 1.2. Objetivo general

Verificar si las Áreas Rectoras de la Salud de la Dirección Regional Central Sur cumplen con los procedimientos establecidos en el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

### 1.3. Alcance de la auditoría

El alcance del estudio corresponde al año de 2019, para lo cual se realizó la revisión de los expedientes de los permisos sanitarios de funcionamiento, otorgados durante ese año, para determinar en la documentación de cada establecimiento el cumplimiento del procedimiento establecido en el Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud, esto a través de la implementación de los instrumentos básicos establecidos en los protocolos de: otorgamiento de PSF, programación de citas Inspección y la realización de la Inspección.

Para lo anterior, se solicitó el listado a la Unidad de Atención al Cliente de la Región Central Sur de Permisos Sanitarios de Funcionamiento otorgados en 2019, excluyendo de dicho listado los establecimientos de Salud y seleccionando las DARS con mayor representatividad en la emisión de PSF al estratificarlas según riesgo A o B, dado que son los establecimientos con mayor relevancia para el Ministerio de Salud, por ser aquellos que, por las características de las actividades que desarrollan pueden presentar un riesgo sanitario y ambiental alto, lo que podría eventualmente afectar tanto a las personas como al ambiente, convirtiéndose así en las que se requiere brindar mayor atención.

Quedando una muestra a revisar de 216 establecimientos en 8 DARS, sin embargo, dada la situación que se presentó por la Pandemia por COVID-19 el estudio se realizó en las DARS de Curridabat y Moravia debido a que todos los esfuerzos están concentrados en la atención de la alerta sanitaria de acuerdo a lo señalado en el oficio MS-DGS-0770-2020 del 09 de marzo del 2020.

La selección de los expedientes a revisar se realizó de forma aleatoria, para lo cual se utilizó un generador de números enteros aleatorios, ordenando la información de los establecimientos por riesgo A,B,C y posteriormente fueron acomodados alfabéticamente para proceder a su numeración 1,2,3...n; obteniendo así para cada riesgo y Área Rectora, el expediente a revisar según número de posición en los datos, en ambas DARS 57 expedientes revisados distribuidos en 6 riesgo A, 30 riesgo B y 21 riesgo C.

---

#### 1.4. Normas Técnicas de la Auditoría Interna

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.

#### 1.5. Ley de Control Interno

Las recomendaciones contenidas en este informe están sujetas a las disposiciones del artículo 36 de la Ley General de Control Interno, que establece un plazo improrrogable de **10 días hábiles**, contados a partir de la fecha de recibo el informe, para ordenar la implantación de las recomendaciones, si discrepa de ellas, elevar la objeción y soluciones alternas al Despacho Ministerial en el plazo establecido en el artículo 38 de la Ley en cita, con copia a la Auditoría Interna, para la respectiva valoración.

De ordenar el jerarca soluciones distintas de las recomendadas, esta Auditoría Interna tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponer por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicar que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

Por lo anterior, le agradecemos comunicar a esta Auditoría Interna, dentro del plazo señalado, la decisión que se tome con respecto a las recomendaciones que se plantean, así como que se formalice en un plazo razonable el plan de acción, con el respectivo cronograma de cumplimiento.

Es importante resaltar que la atención oportuna de las recomendaciones emitidas en este informe fortalece el sistema de control interno, por lo que el incumplimiento injustificado de estas acciones de mejora va en detrimento de los deberes asignados en la Ley N° 8292; por ende, son causales de responsabilidad administrativa y civil.

#### 1.6. 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 25 de febrero de 2021, se procedió a realizar la exposición del presente informe, con la presencia de los siguientes funcionarios:

---

**Por parte de la Administración:**

Dr. Guillermo Flores Galindo	Director Región Central Sur
Dra. Karla Obando Mata	Jefe Unidad de Rectoría de la Salud
Dra. Melissa Arguedas Arce	Directora ARS Curridabat
Dr. Hugo Guevara Sánchez	Director ARS de Salud Moravia

**Por la Auditoría Interna:**

Johana Leandro Fonseca	Profesional Auditor
Olga Marta Alvarado Mora	Jefe Unidad Auditoría de Rectoría de la Salud

La comunicación escrita, se realizó mediante el oficio MS-AI-104-2021 de 25 de febrero de 2021, dirigido a la Dr. Guillermo Flores Galindo Director Regional, incluyendo copia del borrador del informe para los demás interesados, se otorgó un plazo de cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Dirección, las observaciones que tuviesen sobre el particular.

Al término del plazo se recibieron las observaciones según oficios MS-DRRSCS-DARSCU-00553-2021 y MS-DRRSCS-DARSM-0078-2021, analizándose todas las observaciones presentadas con el propósito de valorar lo indicado por la administración y la evidencia que respalda lo manifestado, según se observa en el anexo 1 que se ubica al final de este informe. Del análisis realizado se modificaron algunos apartados en forma parcial, en otros casos no se realizaron modificaciones.

---

## 2. RESULTADOS

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

### 2.1. Inspecciones de verificación y control a los establecimientos a los que se les otorgó Permiso Sanitario de Funcionamiento

Al efectuar la verificación de las inspecciones realizadas a los establecimientos a los cuales se les otorgó el Permiso Sanitario de Funcionamiento en adelante PSF, según se encuentra instituido en la normativa, en las Direcciones de Área Rectoras de Salud en adelante DARS, visitadas en la Región Central Sur, se determinó que en dichas DARS no se efectúa la Inspección de verificación del cumplimiento de los requisitos necesarios para el funcionamiento del establecimiento y de los aspectos declarados al momento de presentar la solicitud, según lo establecido en la normativa, esto dado que, de los 57 expedientes revisados en la muestra, solo en caso de la DARS de Curridabat se determinó en 4 expedientes evidencia que se realizó la visita de inspección.

De los documentos como la tabla de priorización, programación de cita de inspección, acta, herramientas e informes de inspección, que se establecen en los protocolos de Programación de Citas de Inspección, Inspección General de establecimientos e inspección Posterior Otorgamiento PSF A, B y C, cuya realización de esas actividades se visualizan de una manera práctica en los expedientes no se observó la documentación en ninguno de los casos de la Tabla de Priorización Anexo N°1 del manual MS.NI.FIMPR.02.02.12 utilizada para clasificar y priorizar la inspección según lo establecido en la actividad 8.1 del Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02, tampoco se observó que se realizara la Programación de Cita de Inspección según lo establecido en las Actividades 8.2, 8.3 y 8.4.

En relación al Manual de Inspección General de establecimientos MS.NI.FIMPR.02.02.12, solo en dos ocasiones se observó la aplicación de las herramientas según lo establecido en la actividad 8.4; y en tres expedientes se observó la aplicación del acta de inspección establecida en el punto 8.5 y la notificación al administrado del informe según lo establecido el artículo 45 del reglamento.

Es importante mencionar que en el caso de los establecimientos riesgo A en la DARS de Curridabat en los tres permisos revisados para determinar que se realizara la inspección de control, a uno no le aplicaba al ser un cambio de calidades, sin embargo, de los otros dos casos solo en uno se encontró evidencia que la DARS estuviera cumpliendo con lo señalado, pero dicha inspección de verificación se realizó previo al otorgamiento del PSF a pesar de que ya existía en ese momento la reforma al reglamento en la cual la visita de inspección se realiza posterior al otorgamiento del PSF, generando un atraso en la emisión del mismo de aproximadamente 40 días hábiles posteriores.

Además, se observó que en el caso de uno de los establecimientos a los cuales se le realizó visita de inspección y se le giró orden sanitaria MS-DRRSCS-CU-OS-082-2019, y que a la fecha de la vista de esta Auditoría no se observó documentación sobre el seguimiento y cumplimiento de lo ordenado según lo establecido en la actividad 8.8 del protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12, sin embargo posteriormente se hizo llegar a la auditoría el acta de inspección 783-19 del 20 de diciembre 2020 en la cual consta el seguimiento realizado.

En relación con las inspecciones según establece el artículo 27 del Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud que una vez entregado el PSF, de manera inmediata, las DARS deberán programar una visita de inspección al establecimiento con el objeto de corroborar que el mismo cuente con los requisitos necesarios para su funcionamiento y verificar el cumplimiento de lo declarado, visita que deberá ser para los establecimientos con actividades riesgo A dentro del plazo de 2 meses posteriores a la entrega del PSF, tanto para trámites de PSF por primera vez o renovaciones; en el caso de los Laboratorios Farmacéuticos (Grupo A), que sí requieren de la inspección previa al otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento, deberá realizarse una inspección previa por las autoridades de salud del Nivel Local y el Nivel Central, donde el Nivel Local inspecciona las condiciones físico sanitarias y el Nivel Central valorará las Buenas Prácticas de Manufactura.

Y en cuyos casos en que la visita de inspección se determine que el permisionario faltó a la verdad en su declaración jurada, según lo establecido en el artículo 10 de dicho Reglamento, se procederá a la suspensión o a la cancelación del PSF, o podrá interponer la denuncia respectiva ante el Ministerio Público y la denuncia del profesional responsable ante la Fiscalía del Colegio Profesional respectivo si aplica.

Por su parte el artículo 45 establece las inspecciones de control con la posibilidad de que esta visita se realice de forma programada o por muestreo selectivo, posterior al otorgamiento, pero siempre con el objetivo de verificar las condiciones que fueron declaradas y en caso que existan inconformidades, el cumplimiento de las medidas correctivas recomendadas se verificarán con una visita posterior, para ello se elaborará la resolución del PSF y el informe técnico correspondiente, el cual debe ser notificado al representante legal del establecimiento o empresa.

Con respecto a la realización de la inspección el Manual de Procedimientos y Protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12. se establece en la actividad 8.4 que el equipo encargado de la inspección debe aplicar los instrumentos oficializados y equipos requeridos para la ejecución de la evaluación del establecimiento, basado en la normativa vigente, de modo que permita obtener información que ayude a la toma de decisiones o acciones legales necesarias.

Así mismo la actividad 8.5 establece como una formalidad de la reunión de la visita de inspección la elaboración del acta de inspección, en la cual se le explica al encargado las inconformidades detectadas y los pasos a seguir por la institución para el comunicado oficial de los resultados obtenidos; sin embargo, como se indicó antes estos documentos no se encontraban en los expedientes.

Finalmente, en relación a los casos en los que se haya girado un acto administrativo de igual forma se establece en el protocolo antes indicado en su actividad número 8.8 la obligación de la DARS de dar seguimiento al procedimiento administrativo y en caso de incumplimiento se debe elaborar el acta inspección ocular procediendo a ejecutar las medidas especiales correspondientes, caso contrario se elabora un acta de inspección ocular donde se manifiesta la

---

corrección de la no conformidad, se notifica al interesado y se envía una copia al expediente para cerrar el caso.

Según se mencionó por parte de la Directora del Área de Curridabat se cuenta con recursos muy limitados en cuanto a colaboradores en el equipo de Regulación de la Salud, lo cual dificulta la realización de Inspecciones de Verificación y Control, por lo que se le ha dado prioridad a las denuncias que se reciben en el Área, realizando la programación de 6 a 8 Permisos Sanitarios de Funcionamiento en la medida de lo posible dando prioridad a los Riesgo A.

Sin embargo, a pesar de que el artículo 45 del Reglamento establece esa posibilidad de hacerse por muestreo selectivo o programación como se indicó antes, no se determinó evidencia de la programación de citas, ni la implementación de la tabla priorización que es remitida en su aplicación en la actividad 8.1 del Protocolo de Programación de Citas de Inspección indicando que se encuentra en el protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12 sobre Inspección General de Establecimientos el cual establece los lineamientos a seguir para realizar la inspección, con el fin de verificar el cumplimiento de las regulaciones aplicables a la actividades establecimientos , pero este si bien trae el archivo de la “Tabla de Clasificación de la denuncia con prioridad inmediata<sup>1</sup>” aplicando únicamente para casos de denuncias, no incluye una para la priorización de las inspecciones a los establecimiento por PSF, por lo que en el DARS no se usa en estos casos .

De igual forma el Director de la DARS de Moravia manifestó la limitante de personal del DARS para lograr atender todas las necesidades y trámites que se deben atender en relación a Regulación de Salud y Atención al Cliente.

Al ser el objetivo de las visitas de inspección corroborar el cumplimiento de la normativa sanitaria o bien verificar infracciones a ésta, ante la no verificación de las condiciones físico-sanitarias de un establecimiento, y por ende, la posibilidad de establecimientos desarrollando actividades sin cumplir con dicha normativa, o en los pocos casos que se realizan las visitas existiendo debilidades en relación al seguimiento como la orden sanitaria MS-DRRSCS-CU-OS-082-2019 antes indica, se incrementan riesgos de afectación a la salud, ambientales y legales que afectan la imagen institucional.

Lo anterior, ante la ocurrencia o materialización de eventos con establecimientos operando en condiciones no aptas para la salud o el ambiente que pueden provocar accidentes o afectaciones a las personas que laboran en los mismos establecimientos o clientes y en el ambiente, incrementando denuncias tanto a nivel institucional como en la vía legal que generen recursos de amparo por incumplimiento de la función rectora de la institución ante una posible afectación a la ciudadanía, lo anterior dado que uno de los objetivos institucionales directamente relacionado con el tema es *“Fortalecer la regulación de servicios, establecimientos y eventos, mediante la aplicación de la normativa vigente con el fin de proteger y mejorar la salud de la población”*, lo cual también viene a recargar las demás actividades desarrolladas por los equipos de regulación.

---

<sup>1</sup> Ver los aspectos señalados en el informe MS-AI-368-2020 Auditoría sobre Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento Región Central Occidente

## 2.2. Inconsistencias observadas en el otorgamiento de los Permisos de Funcionamiento.

En los permisos de funcionamiento riesgo A, B y C revisados en la DARS de Moravia y Curridabat, se obtiene que en relación al cumplimiento de los requisitos tanto para primera vez, renovación o cambios no sustanciales, plazos de resolución, emisión de certificado y elaboración de la resolución, prevención única cuando corresponde, pago del PSF según el riesgo, los resultados en términos generales son satisfactorios, sin embargo se determinó casos aislados con debilidades según se detalla seguidamente:

**Cuadro N° 1**  
**Debilidades detectadas en la implementación de los Protocolos y normativa**

<b>DIRECCIÓN ÁREA RECTORA DE SALUD MORAVIA</b>	
<b>VIDRIOS INSTEC</b>	El PSF riesgo B fue emitido el 8 de agosto de 2019 con una vigencia de un año, sin embargo, en la fecha de renovación se anotó el 8 de agosto de 2024, según explicó la compañera de atención al cliente en el momento de la revisión por parte de esta Auditoría, la diferencia entre el plazo de vigencia y la fecha a renovar anotadas en el certificado se debió a un error involuntario. Es importante mencionar que según el artículo 16 del Reglamento la fecha de renovación señalada es correcta por correspondiente una plazo de cinco años, sin embargo, ese error no brinda seguridad jurídica al administrado en relación a la fecha correcta de vencimiento del permiso otorgado.
<b>CLÍNICA DE ROPA Y CONFECCIÓN</b>	La solicitud de PSF riesgo C y declaración fueron presentados el 17 de mayo de 2019, y se emitió el PSF ese mismo día con una vigencia de 5 años, sin embargo, la fecha del comprobante de pago se determina que el mismo fue depositado el 20 de mayo de 2019, con lo cual se determina que al momento del otorgamiento de PSF el administrado no había cumplido con los requisitos, en cuanto al pago y el DARS no realizó la prevención única establecida y se otorgó el PSF sin haberse cancelado el monto establecido en el artículo 8 del reglamento.
<b>PIZZA HUT LOS COLEGIOS, TALLER LA PISTA, PORTOSABOR, CTACHEFS, JT TALLER AUTOMOTRIZ, SEMILLITAS PREESCOLAR</b>	Al verificar si en el expediente existía la hoja de revisión de requisitos según se establece en la actividad 8.4 Anexo 2, 3, o 4 "Hoja de verificación de Requisitos Grupo C, Grupo A y B o de modificaciones" del protocolo MS.NL.SLA.07.P.15 Otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento dichos establecimientos no contaban con la respectiva hoja verificación.
<b>TODOS LOS EXPEDIENTES REVISADOS</b>	En relación con la entrega del certificado de Permiso Sanitario de Funcionamiento al cliente según lo establecido en las actividades 8.10 y 8.18 del protocolo MS.NL.SLA.07.P15. versión 4, no se determinó que existiera evidencia.

<b>DIRECCIÓN ÁREA RECTORA DE SALUD CURRIDABAT</b>	
<b>EL BAR-TO</b>	El trámite del PSF riesgo B fue de 9 días cuando lo establecido son 7 días
<b>PULPERIA EL RIACHUELO</b>	En el expediente del establecimiento riesgo C faltaba el requisito de la declaración jurada.
<b>22 BY BOGASPACCIO</b>	El comprobante de pago existente es de documento de transferencia, el cual no indica la información sobre la cuenta a la que fue depositado el monto, únicamente indica que se ha debitado de la cuenta del administrado \$30 con lo cual no hay certeza que el pago se haya realizado efectivamente a este Ministerio, y no se observa prevención única ni documento que establezca el pago.
<b>EL BAR-TO, YOGURTINI, PANADERIA EL PARCE, PISCINAS MANANTIAL</b>	Al verificar si en el expediente existía la hoja de revisión de requisitos según se establece en la actividad 8.4 Anexo 2,3,o 4 "Hoja de verificación de Requisitos Grupo C, Grupo A y B o de modificaciones" del protocolo MS.NL.SLA.07.P.15 Otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento dichos establecimientos no contaban con la respectiva hoja verificación.
<b>TODOS LOS EXPEDIENTES REVISADOS</b>	En relación con la resolución que debe elaborar previo a la emisión se determinó que si bien se encontraba en el expediente no era en el formulario establecido por la institución, y en el caso de "GASOLINERA DELTA MONTERAN" no se encontró ni la oficializada ni la realizada por la DARS. En relación con la entrega del certificado de Permiso Sanitario de Funcionamiento al cliente según lo establecido en las actividades 8.10 y 8.18 del protocolo MS.NL.SLA.07.P15. versión 4, en dicha DARS no se utiliza el formulario oficializado por la institución, sin embargo, existe comprobante de entrega en expediente (similar al acta de notificación) y constancia en el libro registro.

**Fuente: Elaboración propia con la información revisada en las DARS**

Según se establece en el artículo 14 del Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud, Decreto Ejecutivo 39472, en aquellos casos en que a raíz de la revisión y verificación de los requisitos solicitados por la institución se compruebe que no se ajusta a lo requerido se procederá a emitir por única vez y en forma escrita, la respectiva prevención, en la cual se indicará al interesado que en el plazo de 10 días hábiles debe completar los requisitos omitidos en el trámite, o bien, que en dicho plazo debe aclarar información necesaria para el estudio y evaluación de la misma. Si el interesado no cumple con lo anterior, se procederá a archivar el expediente y se notificará al interesado.

Con respecto al plazo de resolución para el Otorgamiento de Permiso Sanitario de Funcionamiento el artículo 26 del citado reglamento señala que 7 días hábiles para los riesgos A y B, y resolución inmediata para los establecimientos riesgos C.

Así mismo el artículo 8 establece que para el correspondiente trámite de solicitud por primera vez o renovación del PSF, el responsable del establecimiento deberá cumplir con la cancelación del monto de dinero que establece el Ministerio de Salud, de acuerdo a lo indicado en el Decreto Ejecutivo N° 32161-S del 9 de setiembre del 2004 "Reglamento de Registro Sanitario de Establecimientos Regulados por el Ministerio de Salud", correspondiendo en concordancia al

---

artículo 12 a los establecimientos clasificados en el riesgo A US\$ 100,00, riesgo B: US\$ 50,00. y riesgo C US\$ 30,00; en el caso de las Micropymes con el objeto de fortalecerlas indistintamente del grupo de riesgo, éstas pagarán US\$20,00"

Finalmente, en relación a la confiabilidad de la información la norma de control interno 5.6.1 establece que la información que se genere debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, encontrándose así libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas.

Ante la falta de recurso humano para atender todos los requerimientos de información y atención que el proceso de Regulación de la Salud representa y la necesidad de atenderlos en el plazo señalado se presentan estos errores, omisiones o inconsistencias involuntarias que no permiten que el proceso de otorgamiento de permisos sanitarios sea de acuerdo a lo establecido en el marco técnico- jurídico.

Es importante traer a colación que las normas de control Interno 4.6 y 5.6.1 señalan que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes, previniendo la ocurrencia de eventuales desviaciones, y en caso de que éstas ocurran, emprender las medidas correspondientes; así como que *“La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones...”*

La aplicación de los procedimientos para el otorgamiento de los PSF, así como el marco jurídico constituyen los mecanismos para que el Ministerio de Salud ejerza el control de los establecimientos a los cuales ha otorgado un permiso sanitario de funcionamiento, al no lograrse su implementación como se encuentra establecido provoca una afectación o debilitamiento en ese rol de garante y guardián de la salud de la población, influyendo en la imagen que se tiene de la institución por parte de la población.

### 3. CONCLUSIONES

3.1. Al realizar la prueba de verificación para determinar si las DARS de la Región Central Sur cumplen con los procedimientos establecidos para el otorgamiento de PSF, se determina que en el DARS de Curridabat y Moravia no se cumple con los procedimientos establecidos en relación a las inspecciones de verificación de control.

3.2. En relación a los protocolos de otorgamiento que se debe implementar en el proceso de atención al cliente los resultados son parcialmente satisfactorios ya que si bien algunos aspectos si se encuentran implementados y se encontró la información en los expedientes, existen casos en los que los expedientes no cuentan con la información o bien presentan algunas debilidades.

## 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:

### A la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur

4.1. Ordenar a las Direcciones de Área Rectoras de Salud de Moravia y Curridabat implementar las medidas necesarias para garantizar que a los establecimientos a los que se les ha otorgado el permiso de funcionamiento se les realice visita de inspección de verificación del cumplimiento de requisitos para su operación y las condiciones declaradas, según lo establecido en la normativa y los protocolos institucionales, de forma tal que la institución garantice razonablemente la protección y mejoramiento de la salud a través del control de los permisos sanitarios de funcionamiento otorgados. Resultado 2.1

Remitir a la Auditoría Interna, a más tardar el 5 de abril 2021 copia de la instrucción emitida con las medidas a implementar, y para el 30 de setiembre, 2021 certificación que haga constar el porcentaje de cumplimiento de inspecciones realizadas en relación a los PSF otorgados por las DARS.

4.2. Ordenar a las Direcciones de Área Rectoras de Salud de Moravia y Curridabat definir e implementar las medidas necesarias para garantizar razonablemente que el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, se realice según lo establecido en los protocolos institucionales y el marco jurídico, y la información generada cumpla con los atributos establecidos para la calidad de la misma. Resultado 2.2

Remitir a la Auditoría Interna, a más tardar el 5 de abril 2021 copia de la instrucción emitida con las medidas a implementar, y para el 30 de setiembre, 2021 certificación que haga constar el nivel de implementación de los mecanismos establecidos en las DARS

## AUDITORÍA INTERNA

JOHANNA  
LEANDRO  
FONSECA (FIRMA) (FIRMA)

Johana Leandro Fonseca  
Auditor Encargado

Firmado digitalmente  
por JOHANNA  
LEANDRO FONSECA  
(FIRMA)

OLGA MARTA  
ALVARADO MORA  
(FIRMA)

Olga Marta Alvarado Mora  
Jefe Auditoría Rectoría de la Salud

Firmado digitalmente por OLGA  
MARTA ALVARADO MORA  
(FIRMA)  
Fecha: 2021.03.09 11:26:38 -06'00'

BERNARDITA IROLA  
BONILLA (FIRMA) (FIRMA)

Msc. Bernardita Irola Bonilla  
Auditora Interna

**Aprobado por:**

## ANEXO 1

### CUADRO DE OBSERVACIONES RECIBIDAS DIRECCION REGIONAL CENTRAL SUR

N°	Posición inicial del Informe de Auditoría	Observaciones de la Administración	Se acoge			Valoración de la Dirección General de Auditoría
			Si	No	Parcial	
<b>DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE SALUD DE CURRIDABAT</b> oficio MS-DRRSCS-DARSCU-0553-2021						
<b>2.1. Inspecciones de verificación y control a los establecimientos a los que se les otorgó Permiso Sanitario de Funcionamiento</b>						
1	(...)  De los documentos como la tabla de priorización, programación de cita de inspección, acta, herramientas e informes de inspección, que se establecen en los protocolos de Programación de Citas de Inspección, Inspección General de establecimientos e Inspección Posterior Otorgamiento PSF A, B y C, cuya realización de esas actividades se visualizan de una manera práctica en los expedientes no se observó la documentación en ninguno de los casos de la Tabla de Priorización Anexo N°1 del manual MS.NI.FIMPR.02.02.12 utilizada para clasificar y priorizar la inspección según lo establecido en la actividad 8.1 del Protocolo de Programación de Citas de Inspección MS.NL.SLA.07.P.02, tampoco se observó que se realizara la Programación de Cita de Inspección según lo establecido en las Actividades 8.2, 8.3 y 8.4.	<i>Inspecciones de verificación y control a los establecimientos a los que se les otorgó PSF.</i>  Tabla de priorización Anexo N°1 del Manual MS.NI.FIMPR.02.02.12: se menciona en el apartado de resultados, que uno de los documento empleados en el proceso de la auditoría, recae en este anexo, sin embargo y tal como en su momento se le mencionó a la Licda. Leandro, <b><u>este anexo constituye la tabla de priorización de denuncias no de trámites de inspección de Permiso Sanitarios de Funcionamiento.</u></b>			X	Como se indicó el borrador del informe la tabla priorización es remitida en su aplicación en la actividad 8.1 del Protocolo de Programación de Citas de Inspección instrumento que se indica se encuentra en el protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12 sobre Inspección General de Establecimientos, dicho procedimiento establece los lineamientos a seguir para realizar la inspección, con el fin de verificar el cumplimiento de las regulaciones aplicables a la actividades y establecimientos, no hace diferenciación entre priorización de denuncias y permisos sanitarios de funcionamientos, con lo cual era de aplicación en ese momento.  Es importante señalar que esta auditoría también indicó esa debilidad en el archivo de la "Tabla de Clasificación de la denuncia con prioridad inmediata" dado que los criterios que trae aplican únicamente para casos de denuncias y no incluye una para la priorización de las inspecciones a los establecimientos por PSF, debido a que ya este tema había sido abordado en otro estudio, se realizó la referencia ya que actualmente la tabla fue actualizada y se encuentra en proceso de oficialización según oficio MS-DGS-4404-2020

2	<p>Es importante mencionar que en el caso de los establecimientos riesgo A en la DARS de Curridabat en los tres permisos revisados para determinar que se realizara la inspección de control, a uno no le aplicaba al ser un cambio de calidades, sin embargo, de los otros dos casos solo en uno se encontró evidencia que la DARS estuviera cumpliendo con lo señalado, pero dicha inspección de verificación se realizó previo al otorgamiento del PSF a pesar de que ya existía en ese momento la reforma al reglamento en la cual la visita de inspección se realiza posterior al otorgamiento del PSF, generando un atraso en la emisión del mismo de aproximadamente 40 días hábiles posteriores.</p>	<p>Permiso Sanitario de Funcionamiento tipo A: de igual forma en el apartado de resultados se menciona que uno de los expedientes de Permiso Sanitario de Funcionamiento tipo A, no fue emitido en tiempo según nuevos lineamientos emitidos por el Jerarca Institucional, sin embargo, no se indica cual es el establecimiento o número de expediente para poder emitir criterio al respecto.</p>	X		<p>No se presenta argumento al respecto</p>
3	<p>Además, se observó que en el caso de uno de los establecimientos a los cuales se le realizó visita de inspección y se le giró orden sanitaria MS-DRRSCS-CU-OS-082-2019, pero a la fecha de la vista de esta Auditoría no se observó documentación sobre el seguimiento y cumplimiento de lo ordenado según lo establecido en la actividad 8.8 del protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12, sobre la visita de seguimiento establecida también en el artículo 45 del reglamento.</p>	<p>Orden Sanitaria MS-DRRSCS-CU-OS-082-2019: en atención a aparente falta de seguimiento a la orden sanitaria citada, comunico, que si se le brindó el seguimiento respectivo, adjunto acta de inspección donde se constata el cumplimiento de la orden y en el mismo acto queda plasmada la firma del administrado</p>		X	<p>Se modifica a:  Además, se observó que en el caso de uno de los establecimientos a los cuales se le realizó visita de inspección y se le giró orden sanitaria MS-DRRSCS-CU-OS-082-2019, y que a la fecha de la vista de esta Auditoría no se observó documentación sobre el seguimiento y cumplimiento de lo ordenado según lo establecido en la actividad 8.8 del protocolo MS.NI.FIMPR.02.02.12, sin embargo posteriormente se hizo llegar a la auditoría el acta de inspección 783-19 del 20 de diciembre 2020 en la cual consta el seguimiento realizado.</p>
4		<p>MS.NL.SLA.07.P.02 Protocolo de Programación de Citas de Inspección: tal como lo establece el protocolo su objetivo es "...establecer los lineamientos de programación de inspecciones para resolver los trámites ingresados en la Unidad Organizativa en forma estandarizada...", así las cosas se debe tener claro y entender que este protocolo no es exclusivo para trámites de</p>	X		<p>Efectivamente el procedimiento de programación de citas de inspección estandariza la forma que se deben abordar los diferentes tramites, con lo cual va de acuerdo a las posibilidades materiales generando un cronograma de atención de los diferentes asuntos que debe atender un Área Rectora de Salud, con ello la institución programa de forma eficiente los recursos con que dispone, y de</p>

		<p>Permiso Sanitario de Funcionamiento, por lo en este caso y según la capacidad instalada en cuanto a recurso humano versus las demandas de trámites en general incoados en esta unidad organizativa, se debió atender lo que se consideró prioritario, esto fue la atención de denuncias sanitarias, por el riesgo inminente que generan a la salud pública y las implicaciones legales y administrativas, además se dio cumplimiento a las inspecciones de Permisos Sanitarios de Funcionamiento de riesgo sanitario A, las cuales implican las de mayor riesgo, consideradas prioritarias.</p> <p>Debido a esto manifiesto, que la unidad organizativa si se apegó al cumplimiento del protocolo citado, con base en el principio legal "IMPOSSIBILIUM NULLA OBLIGATIO EST" (nadie está obligado a lo imposible) no se puede obligar a la administración a efectuar acciones que están fuera de su alcance, considerando su capacidad instalada y la demanda de los usuarios.</p>			<p>esta forma aunque si bien no está obligada a lo imposible, va realizando acciones que le permita ir cumplimiento paulatinamente con lo establecido en la normativa, entre ellos la inspecciones de verificación y control.</p> <p>De la revisión efectuada no se logró demostrar que por lo menos estuviesen programados para realizar la visita de inspección en algún momento, ya que precisamente estos instrumentos vienen a facilitar que, a pesar de no poder atenderse los diferentes trámites en un momento específico, se puede visualizar las acciones que desarrolla o desarrollará la institución para atender el trámite, y sobre todo para cumplir lo establecido en la normativa, es decir, permite visualizar las acciones que se han realizado en la atención a un trámite, como viene siendo la programación a futuro cercano de la realización de la inspección, y no solo indicar que no se cuenta con capacidad instalada, debe recordarse como nuestra sala constitucional ha rechazado esta argumentación de que no se cuenta con los recursos, dado que los bienes jurídicos tutelados salud y ambiente revisten de gran importancia para el bienestar de la población y por ende deben ser atendidos aún con limitaciones de personal.</p>
5	<p><b>2.2. Inconsistencias observadas en el otorgamiento de los Permisos de Funcionamiento.</b></p> <p><b>EL BAR-TO</b> El trámite del PSF riesgo B fue de 9 días cuando lo establecido son 7 días</p>	<p>Establecimiento BAR-TO, expediente 8.1-6.01-170: efectivamente el PSF fue dado fuera del plazo legal, esto obedeció a que dicho establecimiento había presentado irregularidades un año previo, donde se generó una obtención de un PSF sin constituirse el desarrollo del establecimiento o la actividad comercial, (falsedad de la</p>	X	<p>No se aporta documentación que evidencie que el atraso se debió a un seguimiento de un permiso que había sido revocado, además es importante señalar que en ese caso señalado, el Área se encontraba ante la nueva solicitud frente a un otorgamiento por primera vez, y por ende en el supuesto argumentado contaba con la visita de inspección de control que le permitirían evaluar</p>	

		<p>declaración jurada), debido a esto en el año 2018 se le revocó el PSF. Ante el ingreso del nuevo trámite en el año 2019 y según consta en el expediente administrativo, se consideró pertinente efectuar inspección sanitaria de previo a la emisión del PSF. Considero que en este caso si bien es cierto existió un exceso de 2 días en la emisión del PSF, las acciones efectuadas fueron en procura de verificar las condiciones físico sanitarias y resguarda cualquier afección que producto de la instauración de la actividad se pudiera presentar provocando eventualmente un afección a la salud de las personas o al ambiente.</p>			<p>las condiciones físico-sanitarias a posterior y de ser necesario revocar el permiso.</p>
6	<p><b>EL BAR-TO, LA COCHERA, YOGURTINI, PANADERIA EL PARCE, TACO BELL, MULTIPLAZA DEL ESTE, PISCINAS MANANTIAL</b></p> <p>Al verificar si en el expediente existía la hoja de revisión de requisitos según se establece en la actividad 8.4 Anexo 2,3,o 4 "Hoja de verificación de Requisitos Grupo C, Grupo A y B o de modificaciones" del protocolo MS.NL.SLA.07.P.15 Otorgamiento del permiso sanitario de los establecimientos no contaban con la respectiva hoja verificación.</p>	<p>BAR-TO, expediente 8.1-6.01-170, LA COCHERA expediente 8.4-4.25-002, TACO BELL MULTIPLAZA DEL ESTE, 8.1-6.01-096: respecto a que estos establecimientos no contaban con la hoja respectiva de verificación de requisitos de grupo A, Grupo B y C, se comunica que las mismas si se encuentran contenidas dentro de los expedientes administrativos, por lo que se procede a adjuntar las respectiva evidencias para su revisión.</p>		X	<p>Si bien se aporta de la hoja de verificación de BAR-TO, la misma indica en su fecha 21-5-2021 y al final un sello con fecha 15-5-2019, con respecto a la cochera dado que se aporta en este momento se elimina del apartado al igual que Taco Bell, sin embargo, no se aporta la de Piscinas Manantial, Panadería El Parce, y Yogurtini; ante lo anterior se modifican a: <b>EL BAR-TO, YOGURTINI, PANADERIA EL PARCE, PISCINAS MANANTIAL</b></p> <p>Al verificar si en el expediente existía la hoja de revisión de requisitos según se establece en la actividad 8.4 Anexo 2,3,o 4 "Hoja de verificación de Requisitos Grupo C, Grupo A y B o de modificaciones" del protocolo MS.NL.SLA.07.P.15 Otorgamiento del permiso sanitario de los establecimientos no contaban con la respectiva hoja verificación.</p>
7		<p>Resolución de Permiso Sanitario de Funcionamiento: se asevera que "...se determinó que si bien se encontraba en el expediente no era en el formulario</p>		X	<p>Se indica que antes de el manual de procedimientos de 2019, existía ausencia de un formato estandarizado por la institución por lo que se empleó un formato</p>

		<p>establecido por la institución...”. Ante esta manifestación y según los expedientes revisados al menos los citados dentro del informe, consta que algunos de estos permisos fueron emitidos al tenor de reglamentos de permiso sanitario de funcionamiento previos al vigente, así mismo hay permisos emitidos con el reglamento actual, pero de previo al Protocolo Trámite de Solicitud del Permiso Sanitario de Funcionamiento MS.NL.SLA.07. P .15, de noviembre del 2019, fecha en el que fue actualizado con un formato específico de resolución de permiso, por lo que en ausencia de un formato estandarizado por la institución se empleo un formato elaborado por la Unidad de Atención al Cliente del Nivel Regional, el cual se empleó de previo a la actualización e incorporación de este nuevo documento dentro del protocolo. Para tales efectos se aporta dos ejemplos de los mismos expedientes citados en el informe y se solicita revisar estos aspectos de previo a emitir el informe final.</p>		<p>elaborado por la Unidad de Atención al Cliente del Nivel Regional, sin embargo, según consta en la versión 4 del protocolo para el otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento, emitida en agosto 2014 y vigente a mayo 2019 ya existía un formato estandarizado el cual es el mismo para la versión 4 y 5.</p>
8		<p>En atención a las recomendaciones planteadas por la auditoría se solicita analizar dicho pronunciamiento por cuanto y tal como fue expuesto durante la sesión de presentación de éste informe preliminar “Auditoría sobre Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento en las Áreas Rectoras de Salud de Curridabat y Moravia”, es materialmente imposible realizar la visitas de inspección sanitaria a los establecimientos que tramitan el Permiso Sanitario de Funcionamiento ante ésta unidad organizativa siendo que existe un promedio de establecimientos registrados en</p>	X	<p>En la recomendación no se le esta obligando a lo imposible como se señala, se indica que se deben implementar las acciones necesarias para garantizar que a los establecimientos a los que se les ha otorgado el permiso de funcionamiento se les realiza visita de inspección de verificación y control, sobre el cumplimiento de requisitos para su operación y las condiciones declaradas, según lo establecido en la normativa y los protocolos institucionales.</p> <p>En ese sentido es que la Dirección de Área Rectora de Salud en conjunto con la Dirección Regional deben elaborar el plan de acción de actividades a desarrollar, de</p>

		<p>base de datos estimado de 2800, así mismo el promedio de ingreso de trámites anual ronda entre 750 a 800 establecimientos, unido a esto la atención de las denuncias sanitarias, lo cual debe quedar en claro no implica solo una inspección como muchas veces se hace ver en protocolos o documentos institucionales, sino en muchas ocasiones hasta tres o más inspecciones no solo para hacerlas efectivas, sino para dar seguimiento respectivo, los tiempos de movilización, generación de informes y actos administrativos, notificaciones, atención de alertas sanitarias por productos de interés sanitario-COVID-19, inspecciones en operativos con otras instituciones, revisión de reportes operaciones, seguimiento de Planes de Gestión de Residuos, revisión de planos menores de 300 metros, entre muchas otras actividades. Así mismo el protocolo actual de Procedimiento de inspección posterior al otorgamiento de PSF MS.NL.FIMPR.02.02.58, para establecimientos de riesgo tipo A, B y C generan proyecciones de inspección, que a mi criterio y según el recurso humano contenido en ésta unidad organizativa, y la situación actual de recorte de plazas a nivel de gobierno central, constituyen prácticamente una utopía.</p> <p>Reitero el principio de "IMPOSSIBILIUM NULLA OBLIGATIO EST" (nadie está obligado a lo imposible), por cuanto esta unidad organizativa no podrá cumplir con lo descrito en la recomendación teniendo en cuenta la capacidad de recurso humano, dos gestores ambientales, no hay plaza de chofer, no se cuenta con una</p>		<p>acuerdo con lo establecido en la normativa y procedimientos, definiendo y valorando esas limitaciones y posibilidades de realizar inspecciones, no se está indicando en la recomendación una meta específica de inspecciones a cumplir; eso se define con la región implementando aquellas acciones que les permitan lograr que a los establecimientos a los que se les ha otorgado el permiso de funcionamiento se les realiza visita de inspección.</p>
--	--	---	--	--

		<p>oficinista o secretaria para apoyar este proceso al menos desde el punto de vista documental o de notificación de oficios que pueda mejorar algunas actividades del proceso de regulación, por lo que no es posible eventualmente cumplir con esta recomendación.</p> <p>Soy consciente del accionar de la Auditoría Interna y de su deber dentro del marco institucional, sin embargo, si bien es cierto la institución debe velar por el cumplimiento de lineamientos u protocolos al estar constituidos dentro del marco legal, muchas veces se encuentra fuera del alcance real de las Áreas Rectoras como unidades locales operativas, siendo una constante la falta de recursos para poder ejercer un rol rector de forma eficiente.</p>				
<b>DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE SALUD DE CURRIDABAT</b>						
	Se remite oficio MS-DRRSCS-DARSM-0078-2021 en el cual se señala acciones a realizar para subsanar las debilidades señaladas por esta Auditoría Interna, mas no se indican elementos a considerarse en la emisión del informe final.					