



MS-AI-320-2024

13 de mayo de 2024

Doctor

Oscar Bermúdez García

Director

DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORIA DE LA SALUD CENTRAL ESTE

ASUNTO: Remisión Informe MS-AI-319-2024

Estimado señor:

Me permito remitirle el informe MS-AI-319-2024, preparado por la Unidad de Auditoría de Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría de Carácter Especial sobre el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, considera esta Auditoría Interna que la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, debe realizar elaboración e implementación de un plan remedial para efectuar las inspecciones de los PSF vigentes durante el período 2022, así como, ordenar a la Unidad de Atención al Cliente la implementación de mecanismos de control que garanticen la evaluación de calidad de los procesos que examina y permita identificar oportunidades de mejora y acciones correctivas y por último, implementar el sistema de archivo y sistema de gestión documental conforme a los protocolos institucionales.

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.

Cordialmente,



Licda. Miriam Calvo Reyes, MSc
SUBAUDITORA INTERNA

C: Dra. María Luisa Ortiz León, Dirección General de Salud
Dra. Andrea Garita Castro Directora, Dirección de Planificación
JSG/OAM/BIB/PAC



INFORME MS-AI-319-2024

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO, DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD CENTRAL ESTE

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Origen de la auditoría	5
1.2. Objetivo general.....	5
1.3. Alcance de la Auditoría	5
1.4. Generalidad del objeto auditado	5
1.5. Normativa técnica aplicable de la auditoría	5
1.6. Ley de Control Interno.....	6
1.7. Comunicación de resultados	6
2. RESULTADOS	7
2.1. Inspección de establecimientos posterior a emitido el Permiso Sanitario de Funcionamiento en la Dirección del Área Rectora de Salud de Cartago.	7
2.2. Informes de supervisión efectuadas por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este a la Dirección de Área Rectora Salud de Cartago.	8
2.3. Cumplimiento de requisitos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.....	10
3. CONCLUSIONES.....	11
4. RECOMENDACIONES.....	11
5. ANEXOS	13



INFORME MS-AI-319-2024

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO, DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD CENTRAL ESTE

RESUMEN EJECUTIVO

La presente auditoría se realizó en cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de Auditoría y su objetivo consistió en verificar si las Áreas Rectoras de la Salud de la Dirección Regional Central Este cumplen con el reglamento y los procedimientos establecidos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

El Ministerio de Salud (MS) tiene a cargo el otorgamiento de los permisos sanitarios de funcionamiento (PSF) de los diferentes tipos de establecimientos en el país, el cual busca prevenir el impacto negativo que la operación del local o establecimiento pueda tener sobre el ambiente y la salud pública. De esa forma, se conciben los PSF como un medio para coadyuvar en la protección de la salud de la población y en garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud realizan inspecciones posteriores a la entrega del PSF pero con la vigencia del nuevo Reglamento general para Permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorizaciones para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud N° 43432-S, dichas inspecciones sufrieron una variante en el grupo A, el cual señala que todas las actividades de este grupo se les debe realizar la visita de inspección entre el cuarto y sexto mes posterior al otorgamiento del permiso.

Se realizó una revisión de inspecciones posterior al PSF donde se solicitó a las Direcciones de las Áreas de Salud de Cartago, Oreamuno y La Unión un reporte de inspecciones basado en el calendario 365, según lo estipula el procedimiento 'Programación de Citas de Inspección' MS.NL.SLA.07. P.02.

De dicha revisión se determinó que las Direcciones de las Áreas de Oreamuno y La Unión cumplen razonablemente con lo estipulado en el procedimiento, por lo que se procedió a realizar una muestra con datos, dando resultado satisfactorio con los documentos archivados en los expedientes.

De este análisis se determinó que, para el año 2022 y hasta agosto de 2023 el Área Rectora de Cartago no realizó inspecciones a establecimientos ya que el Director ingresó a la unidad organizativa en fecha de 21 julio 2022 dando prioridad inmediata a la atención de denuncias acumuladas del año 2022 y años anteriores, así como los actos administrativos derivados de esas querellas.



Adicionalmente, se revisan los Informe “Supervisión Técnica Protocolos de Atención al Cliente” realizados por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, los cuales señalan que las siete Áreas Rectoras de Salud cumplen con los protocolos analizados en la supervisión, lo cual contradice lo observado en la Dirección del Área Rectora de Salud de Cartago.

Se identificó en la Dirección del Área de Salud de Cartago, el incumplimiento de procedimientos emitidos por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de PSF que garanticen y aseguren la transparencia y rendición de cuentas.

Las debilidades determinadas por esta auditoría en la Dirección del Área de Salud de Cartago no permiten avalar que los mecanismos de control para el otorgamiento de PSF del Ministerio de Salud, aseguren razonablemente que el registro de dichos permisos sea correcto y trazable.

Como parte de las oportunidades de mejora que esta Auditoría observa es el establecimiento de mecanismos de control que asegure que los procesos de otorgamiento de PSF, con el propósito de corregir los resultados obtenidos a fin de prevenir el riesgo potencial para los fines específicos relacionados con la salud de las personas y fortalecer los controles establecidos por la administración.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la auditoría

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría para el periodo 2023, el cual corresponde a la determinación del universo auditable, valoración de los riesgos institucionales, los factores críticos para el Ministerio de Salud.

1.2. Objetivo general

Verificar si las Áreas Rectoras de la Salud de la Dirección Regional Central Este cumplen con el Reglamento y los procedimientos establecidos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

1.3. Alcance de la Auditoría

Las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud, en adelante, DARS que se seleccionaron para la Auditoría fueron la de Oreamuno, La Unión y Cartago. Los resultados de las DARS de Oreamuno y la Unión fueron satisfactorios.

Se revisó una muestra de 29 expedientes para la DARS La Unión, 33 expedientes para la DARS Cartago y 28 expedientes para la DARS de Oreamuno y así verificar el cumplimiento de procedimientos y lineamientos propios de los Permisos Sanitarios de Funcionamiento (PSF), así como de inspecciones posteriores al otorgamiento de PSF. También se realizaron entrevistas con el fin de determinar el proceso de revisión de los procedimientos y lineamientos con los PSF.

1.4. Generalidad del objeto auditado

El Ministerio de Salud, a través del proceso de otorgamiento de los permisos sanitarios de funcionamiento (PSF), busca prevenir el impacto negativo que la operación de los diferentes tipos de establecimientos puedan tener sobre el ambiente y la salud pública de los habitantes, siendo así, que se conciben los PSF como un medio para coadyuvar en la protección de la salud de la población y en garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Este proceso se desarrolla en las Direcciones de las Áreas Rectoras de Salud siguiendo el Reglamento general para Permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorizaciones para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud N° 43432-S con fecha vigencia 24 de julio de 2022, y normativa interna que regula el procedimiento.

1.5. Normativa técnica aplicable de la auditoría

La auditoría se efectuó de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, las “Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público” (R-119-2009), las “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público” (R-DC-064-2014) y los procedimientos internos de esta Dirección.



1.6. 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.

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.

1.7. Comunicación de resultados

Las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público aprobadas mediante Resolución de la Contraloría 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”

En cumplimiento de la citada norma, el equipo de Auditoría procedió a realizar la exposición virtual del presente informe a la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, el día 2 de mayo de 2024, según el siguiente detalle:

Por parte de la Administración:

Nombre del funcionario	Cargo	Unidad Organizativa
Dr. Oscar Bermúdez García	Director	Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este
Dr. Carlos Granados Siles	Director	Dirección Área Rectora Salud Cartago

Por parte de la Auditoría Interna:

Nombre del funcionario	Cargo	Unidad Organizativa
Licda. Olga Alvarado Mora	Jefe	Unidad de Auditoría de Rectoría de la Salud
Lic. Jorge Sanabria Gómez	Profesional Auditor	Unidad de Auditoría de Rectoría de la Salud

La comunicación escrita, se realizó el día 2 de mayo de 2024 mediante el oficio MS-AI-304-2024, y se otorga un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitiera a esta Dirección, las observaciones que tuviesen sobre el particular. Al término del plazo no se realizaron comentarios dentro del plazo indicado para estos efectos.



2. RESULTADOS

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

2.1. Inspección de establecimientos posterior a emitido el Permiso Sanitario de Funcionamiento en la Dirección del Área Rectora de Salud de Cartago.

Se determinó que la DARS de Cartago para el año 2022 no realizó inspecciones ni la programación de inspección a los establecimientos que se les otorgó permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorizaciones para eventos temporales de concentración masiva de personas. Esta DARS emitió 2429 PSF según reporte enviado por la Unidad de Atención al Cliente de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, distribuidos de la siguiente forma:

TOTAL DE PSF OTORGADOS SEGÚN TIPO DE RIESGO

Tipo de Riesgo	Aplican a		TOTAL DE PERMISOS
	Reglamento N° 39472-S	Reglamento N° 43432-S	
A	95	26	121
B	1063	489	1552
C	471	285	756
TOTAL	1629	800	2429

Fuente: Elaborado con base en información suministrada por la DRRS Central Este

Del cuadro anterior, se aprecia que se emitieron un total de 2429 PSF otorgados con diferentes tipos de riesgos, los cuales tiene una vigencia que oscila entre 1 a 5 años, por lo que a este momento, algunos podrían estar vencidos y el proceso de inspección posterior pierde su propósito de control y constatación del cumplimiento de requisitos.

La situación encontrada en la DARS de Cartago, no es congruente con lo establecido en el procedimiento "Programación de Citas de Inspección" MS.NL.SLA.P.02 el cual señala que la programación de las citas de inspección se debe de agendar al calendario de office 365 contenido en el sistema utilizado para el correo institucional, el cual debe ser compartido con los funcionarios de los Procesos de Regulación, Atención al Cliente y la DARS.

De igual manera no se está cumpliendo con el objetivo señalado en el Procedimiento "Inspección General de Establecimientos, actividades u otros" MS.NI.FIMPR.02.02.12 el cual se fundamenta en verificar el cumplimiento de la normativa vigente, mediante visitas de inspección y control a la actividad, establecimiento y otros.

Por otro lado, el Reglamento General para Permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorizaciones para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el ministerio de salud N° 43432-S y N°39472-S, en sus artículos 20 y 45 respectivamente señala:



Art 20 Verificar que las inspecciones se realicen una vez otorgado el PSF de la siguiente manera:

Grupo A (Riesgo Alto): A todas las actividades de este grupo se les debe realizar la visita de inspección entre el cuarto y sexto mes posterior al otorgamiento del permiso.

Grupo B (Riesgo Moderado): A todas las actividades de este grupo se le debe realizar la visita de inspección al menos una vez durante su vigencia.

Grupo C (Riesgo Bajo):

Las actividades de este grupo son sujetas de inspección de forma selectiva y programada, de conformidad con los procedimientos institucionales que se definan para este fin.

El artículo 45 indica que la primera visita de inspección para los establecimientos con actividades del Grupo riesgo A deberá realizarse dentro del plazo de dos (2) meses posteriores a la entrega del PSF, tanto para trámites de PSF de primera vez como para renovaciones y en el caso de los PSF riesgo B y C, serán sujetos de inspección de forma programada o por muestreo selectivo, posterior al otorgamiento del PSF.

Las situaciones descritas transgreden lo indicado en la norma 4.5 de las Normas de Control Interno del Sector Público, la cual señala el deber del jerarca y los titulares subordinados, de establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional, tomando en cuenta, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas.

La falta de inspecciones a establecimientos durante el periodo de estudio obedece a que según el Director de la DARS de Cartago, desde el ingreso a esta unidad organizativa el día 21 julio 2022 brindó prioridad inmediata a la atención de denuncias acumuladas del año 2022 y años anteriores, así como los actos administrativos derivados de esas querellas.

Lo anterior, conlleva que, al no realizar una revisión posterior al otorgamiento de los PSF, podría devenir en que los establecimientos estén operando al margen de la Ley y colocando a la ciudadanía en situaciones de inseguridad y riesgo de salud pública.

2.2. Informes de supervisión efectuadas por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este a la Dirección de Área Rectora Salud de Cartago.

Se determinó que los informes de Supervisión Técnica de Protocolos de Atención al Cliente, efectuado por la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, no muestran el incumplimiento que determinó esta auditoría, en relación, con Inspecciones de establecimientos o el cumplimiento de los protocolos y lineamientos por parte de la Dirección de la DARS de Cartago.

Se solicitó a la Unidad de Atención al Cliente de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, los informes trimestrales de supervisión realizados a las Áreas Rectoras de Salud en los temas relacionados con los protocolos de trámites desde el año 2020 hasta el I trimestre



2023, dando como resultado que de 13 informes de supervisión, 8 contemplaban la revisión de Permisos Sanitarios de Funcionamiento dando como conclusión que en términos generales los protocolos se cumplen al 100%.

Sobre el particular, la Ley General de Control interno 8292 en su Artículo 12. señala que, en materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:

a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo. b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.

Además, el Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud 2022, señala, entre las responsabilidades de la Unidad de Atención al Cliente, la siguiente:

Colaborar con el desarrollo y la aplicación de la metodología en el nivel regional y local para determinar la calidad de los trámites y servicios brindados.

Por último, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) en su punto 4.4 indica:

4.4 Exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información

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

La situación señalada anteriormente sobre las debilidades que se presentan con las inspecciones de establecimientos o el cumplimiento de los protocolos y lineamientos por parte de la DARS de Cartago, que no han sido detectadas en la Supervisión Técnica de Protocolos, efectuado por la Unidad de Atención al Cliente, es el resultado de una práctica de ésta última en la forma de supervisar a las DARS, donde no logra evidenciar la calidad de los trámites del proceso de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, tales como, inspecciones, seguimientos, verificación de requisitos, expedientes no localizados, entre otros, de tal manera que reflejen la situación real de cada DARS.

La jefe de la Unidad de Atención al Cliente, señala que no existe un protocolo para las supervisiones, y que cada trámite se revisa con los anexos respectivos pero de la actividad propiamente no, por lo que la práctica ha sido solicitar a las DARS, los expedientes a revisar, previo a la visita, permitiendo de esta manera que estos sean ubicados y preparados en conjunto con el responsable de atención al cliente, para posteriormente ser analizados por los funcionarios responsables de la Unidad de Atención al Cliente.

El resultado de los informes de Unidad de Atención al Cliente en la DRAS de Cartago no permite garantizar razonablemente el cumplimiento por parte de los administrados de la normativa relacionada con los Permisos Sanitarios de Funcionamiento.



2.3. Cumplimiento de requisitos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento

En la DARS de Cartago se revisó un total de 33 expedientes correspondientes a los años 2022 y 2023, los cuales carecen de foliatura, algunos no fueron localizados o estaban duplicados, no se deja constancia de la verificación de requisitos para el otorgamiento del PSF y expedientes carecen sin el documento de apertura, tampoco se visualizaron las inspecciones a establecimientos, en los casos que corresponde. Ver anexo 1.

De esta forma, las situaciones encontradas no son congruentes con el Manual de Procedimientos y protocolos '*Trámite de solicitudes de Permiso Sanitario de Funcionamiento y de habilitación de servicios de salud*', código MS.NL.SLA.07.P.15 establecidos por la Administración, que establece suministrar herramientas estandarizadas para el trámite de PSF y de habilitación de servicios de salud, garantizando la atención y resolución oportuna de las solicitudes conforme a los requerimientos de la normativa vigente.

Por su parte las Normas de control interno del Sector Público N.º N-2-2009-CO-DFOE señala:

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

Las situaciones encontradas se atribuyen a que la DARS de Cartago, no ha definido medidas para asegurar la correcta aplicación de los mecanismos de control establecidos para el otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento, esto por cuanto el sistema de archivo y sistema de gestión documental de la DARS de Cartago no está conforme a los protocolos institucionales establecidos, situación que según el Director del Área está en proceso de mejora debido al alto volumen de expedientes existentes y al poco recurso humano con el que cuenta el ARS ya que el proceso de atención al cliente es asumido por una única funcionaria, lo cual es un recurso insuficiente que permita atender de forma óptima lo indicado en todos los procedimientos y protocolos atinentes.

La DARS de Cartago al contar con una gran cantidad de expedientes de PSF que no se encuentran de conformidad con los protocolos institucionales, impide contar con información confiable, oportuna, consolidada y pertinente, que facilite el monitoreo sobre el estado de los permisos y la toma de decisiones para la mejora del proceso de tramitación por parte del Ministerio de Salud.



3. CONCLUSIONES

3.1. Para el año 2022 y hasta agosto de 2023 la DARS de Cartago no realizó inspecciones a establecimientos, debilidad con la cual esta unidad organizativa asume los posibles riesgos de los permisos otorgados. Esta omisión permite concluir que la supervisión y control de la autoridad de salud, dispuesta en la normativa y procedimientos, no se ejerció como un punto de control que tiene como objetivo corroborar que el establecimiento cumple con los requisitos necesarios para su funcionamiento y según el tipo de riesgo de la actividad.

3.2 De la revisión de los informes trimestrales realizados por la Unidad de Atención al Cliente correspondientes a los años 2020 al 2023 se concluye que en su mayoría reflejaban debilidades en la revisión de protocolos y lineamientos de los Permisos Sanitarios de Funcionamiento por parte de la DARS de Cartago, debido a la forma como están ejecutando la revisión, por lo que no permite advertir desviaciones o presentar mejoras al proceso de otorgamiento de los permisos.

3.3. La realización de esta auditoría determinó una débil gestión en relación con el control y resguardo de la documentación correspondiente a los PSF de la DARS de Cartago, evidenciando riesgos en la evidencia de respaldo de los certificados que se emite como autoridad de salud, lo cual permite concluir que algunos trámites no se ajustan de conformidad con el cumplimiento de las regulaciones y protocolos institucionales, lo cual puede incidir directa o indirectamente en la salud de las personas y el ambiente.

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 la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

AI DIRECTOR REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD CENTRAL ESTE

4.1. Ordenar al Director de la DARS de Cartago, la elaboración e implementación de un plan remedial para efectuar las inspecciones de los PSF vigentes durante el período 2022, atendiendo en primer instancia los de mayor riesgo, para el cual él debe dar seguimiento. Además, atender el procedimiento de inspección para los PSF del 2023 en adelante.

Para dar por acreditado el cumplimiento de esta recomendación, se deberá remitir a más tardar el día 12 de agosto de 2024 a esta Dirección un plan remedial que establezca la metodología a utilizar para agendar las visitas pendientes, así como una certificación que establezca la metodología a utilizar para atender el procedimiento de inspección para los PSF del 2023.



Asimismo, remitir se deberá remitir a más tardar el día 10 de mayo de 2025 una certificación que acredite que se encuentran al día las inspecciones correspondientes al año 2022.

Para dar por acreditado el cumplimiento de esta recomendación, se realizará comprobación de campo mediante muestreo para verificar la atención a las inspecciones el día 10 de agosto de 2024. Resultado 2.1

4.2. Ordenar a la Unidad de Atención al Cliente la implementación de mecanismos de control que garanticen la evaluación de calidad de los procesos que examina y permita identificar oportunidades de mejora y acciones correctivas, en aras de fortalecer la mejora continua en los servicios que se brindan a la ciudadanía.

Para dar por acreditado el cumplimiento de esta recomendación, se deberá remitir a más tardar el día 10 de junio de 2024, un oficio con las instrucciones giradas y a más tardar el día 11 de noviembre de 2024, una certificación donde haga constar que los mecanismos de control han sido implementados por parte de la Unidad de Atención al Cliente, los cuales serán de aplicación para todas las Direcciones de Áreas Rectoras de la Salud. Resultado 2. 2

4.3. Ordenar al Director de la DARS de Cartago implementar el sistema de archivo y sistema de gestión documental conforme a los protocolos institucionales para el manejo de los expedientes de permisos sanitario de funcionamiento, en aras de salvaguardar el acervo documental.

Para dar por acreditado el cumplimiento de esta recomendación, se realizará comprobación de campo mediante muestreo para verificar la correcta gestión documental el día 12 de agosto de 2024. Resultado 2.3

AUDITORÍA INTERNA

Lic. Jorge Sanabria Gómez
Auditor Encargado

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

Licda. Miriam Calvo Reyes, MSC
Subauditora Interna
Aprobado por:

**5. ANEXOS****ANEXO 1**

Expedientes no localizados o duplicados, sin verificación de requisitos PSF, sin documento de apertura

Nombre del establecimiento	Exped. no localizados	No cumple Verificación Requisitos	Falta firma Resolución	Exped. duplicado	Falta doc. Verif PSF	No Doc. Apertura
Soda Asia	X					
Industrias Químicas S. A	X					
Clínico Medico Quirúrgica de Cartago (Vascular Periférico)	X					
Pulpería La Palmera	X					
Panadería G y M	X					
Farmacia Centro Cartago	X					
Peri-Cartago Grupo Empresarial de Super mercados SRL		X				
Maquila-Kani Mil novecientos uno		X				
Pastelería Dulces Creaciones		X				
KFC Ruinas		X				
'Botica Miranda'			X	X		
Peri-Cartago Grupo Empresarial de Super mercados SRL					x	
Bar y Restaurante Algo diferente					x	
Helados Memo					x	
A la plancha N° 3					x	
Restaurante El éxito					x	
Panadería Vianor					x	
Terrazu Cafetería					x	
Panadería Croissant					x	
Sucursal de Dos Pinos Cartago					x	
Soda la Deportiva					x	
Novus Boutique.						X