



8 de enero de 2026

CARTA-MS-AI-22-2026

Doctor

Bernny Francisco Villarreal Cortés

Director General de Salud

Ministerio de Salud

Asunto: REMISIÓN INFORME CARTA-MS-AI-1065-2025

Estimado (a) señor (a):

Me permito remitirle el informe MS-AI-1065-2025, 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 en Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, considera esta Auditoría Interna que la Institución debe ejecutar acciones tales como el ajuste al formulario unificado de solicitud de PSF, rediseñar el flujo documental, implementar un mecanismo estandarizado de inspecciones, actualizar el procedimiento MS.NL.FIMPR.02.02.58, realizar capacitaciones y supervisiones con el fin de lograr un mejor cumplimiento del reglamento y los procedimientos establecidos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento

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 de la Contraloría General de la República 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 la recomendación y remitirlo a través del Sistema SAGAI a esta Dirección para su aprobación.



Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA

Licda. Miriam Calvo Reyes. MBA
AUDITORA INTERNA a.i.

JLF/OAM//

*C: Dr. Christian Valverde Alpizar, Director Regional de Rectoría de la Salud Brunca
Dra. Andrea Garita Castro, Dirección de Planificación*



INFORME MS-AI-1065-2025

Auditoría de carácter especial sobre el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento en Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca

Tabla de Contenido

| | |
|---|----|
| RESUMEN EJECUTIVO | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. Origen de la auditoría | 3 |
| 1.2. Objetivo general..... | 3 |
| 1.3. Alcance de la Auditoría | 3 |
| 1.4. Generalidad de la auditoría..... | 3 |
| 1.5. Normativa técnica aplicable | 4 |
| 1.6. Ley de Control Interno..... | 4 |
| 1.7. Comunicación de resultados | 4 |
| 2. RESULTADOS | 6 |
| 2.1. Cumplimiento de los requisitos normativos | 6 |
| 2.2. Aplicación de los procedimientos relacionados con el otorgamiento de PSF | 12 |
| 2.3. Inspecciones físico-sanitarias en el proceso de otorgamiento del PSF | 16 |
| 2.4. Renovación del Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF) | 17 |
| 3. CONCLUSIONES..... | 19 |
| 4. RECOMENDACIONES..... | 20 |



INFORME MS-AI-1065-2025

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS SANITARIOS DE FUNCIONAMIENTO EN DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD BRUNCA

RESUMEN EJECUTIVO

La auditoría se realizó en cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de Auditoría para el año 2025, su objetivo consistió en verificar si las Áreas Rectoras de la Salud (DARS) de la Dirección Regional Rectoría de la Salud Brunca cumplen con el reglamento y los procedimientos establecidos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

Según la Ley General de Salud, el Ministerio de Salud es el órgano con potestades regulatorias, operativas y sancionatorias sobre el funcionamiento de establecimientos que inciden en la salud pública, de ahí que las Áreas Rectoras actúan como ejecutores de las disposiciones legales, el otorgamiento de PSF es una manifestación concreta de la función esencial del Estado de tutelar la salud, conforme lo establece el Artículo 1 de la ley.

Con el propósito de verificar que las DARS ejecuten las actividades para la atención del trámite, conforme a los requerimientos establecidos en el Decreto Ejecutivo N° 43432-S, garantizando la atención y resolución oportuna de las solicitudes conforme a los requerimientos de la normativa vigente y manuales de procedimientos y de esta forma garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales del Ministerio de Salud, se ejecutaron pruebas con el fin de establecer aspectos como el cumplimiento de requisitos (Solicitud, Declaración Jurada, Comprobante de pago); emisión de la respectiva prevención, otorgamiento con la vigencia establecida en el Reglamento y dentro del plazo de resolución establecido, realización de la visita de inspección y aplicación de procedimientos y demás aspectos señalados en el Decreto N°43432-S

Del análisis integral de los expedientes revisados en las DARS de la Región Brunca se evidencia una serie de debilidades estructurales, normativas y operativas que afectan la gestión del Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF). Estas carencias se presentan de forma transversal en las etapas de clasificación de riesgo, verificación de requisitos, documentación, trazabilidad, fiscalización y seguimiento posterior.

Estas debilidades no solo incrementan el riesgo de operación de establecimientos sin respaldo legal ni técnico, sino que, también afectan la salud pública, el ambiente y la confianza institucional. La falta de trazabilidad documental, la omisión de inspecciones y la emisión de permisos sin verificación adecuada representan una vulneración al principio de legalidad y al debido proceso, exponiendo al Ministerio de Salud a posibles sanciones, reclamos y pérdida de legitimidad.

En este contexto, se concluye que es urgente y necesario implementar medidas correctivas integrales que fortalezcan la gestión del PSF, aseguren la aplicación uniforme de la normativa, y promuevan la trazabilidad, fiscalización y rendición de cuentas en todas las DARS del país. De ahí, la importancia que el Ministerio considere los aspectos señalados en este informe e implemente las acciones de mejora para garantizar razonablemente a la población la tutela de la salud, garantizando el bienestar de los ciudadanos.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la auditoría

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría para el periodo 2025, el cual corresponde a la determinación del universo auditable, valoración de los riesgos institucionales.

1.2. Objetivo general

Verificar si las Áreas Rectoras de la Salud de la Dirección Regional Rectoría de la Salud Brunca cumplen con el reglamento y los procedimientos establecidos para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

1.3. Alcance de la Auditoría

El alcance del estudio corresponde al Periodo 2024-2025 (primer trimestre 2025), se revisaron expedientes de los permisos sanitarios de funcionamiento, aplicación de los instrumentos básicos establecidos en los protocolos y se efectuaron entrevistas a los encargados de los procesos

1.4. Generalidad de la auditoría

Según la Ley General de Salud, el Ministerio de Salud es el órgano con potestades regulatorias, operativas y sancionatorias sobre el funcionamiento de establecimientos que inciden en la salud pública. Las Áreas Rectoras actúan como ejecutores de las disposiciones legales, el otorgamiento de PSF es una manifestación concreta de la función esencial del Estado de tutelar la salud, conforme lo establece el Artículo 1 de la ley.

La función de otorgar, renovar y cancelar permisos de funcionamiento sanitario se enmarca en el objetivo estratégico de garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel local, según el artículo 55 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

Por lo anterior, de acuerdo con la Ley General de Salud y el Reglamento general para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorizaciones para eventos temporales de concentración masiva de personas, todos los establecimientos industriales, comerciales y de servicio deben contar con la autorización o Permiso Sanitario de Funcionamiento para operar en el territorio nacional, según sea la actividad.

De ahí que sea importante determinar si las Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca cumplen con el Reglamento General para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud, y los procedimientos establecidos tanto para el otorgamiento de PSF, como para la verificación del cumplimiento de la normativa por parte de los administrados.



Además, el Ministerio de Salud ha actualizado la normativa sobre el otorgamiento de PSF, de manera que estos trámites sean expeditos y se mantenga un cumplimiento razonable de los mandatos constitucionales y legales, en materia de salud y ambiente. Por lo que reviste de interés verificar el cumplimiento y aplicación de los procedimientos, esto en aras de minimizar riesgos

1.5. Normativa técnica aplicable

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-DC-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 del recibido de este informe, para ordenar la implementación 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, se le agradece 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”



Por lo tanto, en cumplimiento de la supra citada norma, el día 16 de diciembre de 2025, se procedió a realizar la exposición del presente en Microsoft Teams, con la presencia de los siguientes funcionarios:

Por parte de la Administración:

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Dr. Bernny Villareal Cortés | Director, Dirección General de Salud |
| Dra. Alejandra Marín Mora | Asesora, Dirección General de Salud |
| Dr. Christian Valverde Alpizar | Director, DRRS Brunca |
| Licda. Marilyn Jiménez Mora | DRRS Brunca |
| Licda. Rosibel Cascante Fallas | DRRS Brunca |

Por la Auditoría Interna:

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

La comunicación escrita, se realizó mediante el oficio MS-AI-UARS-36-2025 del 16 de diciembre de 2025, dirigido al Dr. Bernny Villareal Cortés, incluyendo copia del borrador del informe para los demás interesados. Se otorgó un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Auditoría Interna las observaciones que tuviesen sobre el particular.

Al finalizar el plazo otorgado se informa que la DRRS Brunca señaló que no tenía observaciones y la DGS, mediante CARTA-MS-DGS-52-2026 envió observaciones al borrador de informe. Lo resuelto sobre el particular se ajustó en el informe final.



2. RESULTADOS

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

2.1. Cumplimiento de los requisitos normativos

Al desarrollar las pruebas de auditoría para verificar la aplicación del reglamento y los procedimientos para la emisión del Permiso Sanitario por parte de las DARS de la Región Brunca se determinaron las siguientes debilidades:

A. Aplicación integral de criterios de clasificación de riesgo sanitario y ambiental señalados en el artículo 3

En los 29 expedientes revisados en las DARS de Golfito, Osa, Buenos Aires y Pérez Zeledón, se observó que, si bien la mayoría de las actividades fueron clasificadas en los grupos de riesgo A, B o C, el formulario unificado utilizado no contempla los criterios técnicos complementarios requeridos para una clasificación integral. Estos incluyen el tipo de residuos generados, complejidad operativa, potencial de contaminación, y alineación con el Reglamento sobre Higiene Industrial. En el caso de Golfito, un expediente no presenta clasificación visible, y en Pérez Zeledón, dos expedientes no aplican por ser de simplificación de trámites.

B. Información de Pago en Expedientes

En la DARS de Golfito se identificó que el 28,6% de los expedientes analizados (2 de 7) no contienen información relacionada con el pago correspondiente, y en Buenos Aires el 16% (1 de 6) no contaba con el comprobante de pago, debe indicarse que este correspondía a un trámite VUI.

C. Vigencia del PSF y consistencia normativa en el otorgamiento del PSF

Sobre la vigencia de los PSF, se observó que los resultados son satisfactorios ya que los expedientes revisados cumplen con los plazos de vigencias establecidas, sin embargo, en dos casos se detectó inconsistencia:

| DARS | Observación |
|--------------|---|
| Golfito | En el expediente de <i>Terminal de Carga de Exportaciones Golfito</i> , no consta el formulario de solicitud. El PSF se otorga con vigencia retroactiva (inicia en diciembre 2022, pero se otorga en febrero 2023). No hay trazabilidad digital ni evidencia formal del acto administrativo. |
| Buenos Aires | Aunque la gestión general es satisfactoria, se detectan inconsistencias en fecha del PSF de <i>Minisúper K de Oros</i> . La resolución tiene fecha de domingo, no consta fecha de ingreso, y hay discrepancias entre resolución y hoja de verificación. En casos de primera vez (excepto riesgo C), no se emite resolución. |

Fuente: expedientes revisados en la aplicación de las pruebas de AI



D. Cumplimiento de la totalidad de requisitos trámites por primera vez del PSF.

Se identificaron debilidades en cuanto omisión en declaraciones juradas o incompletas, falta de comprobantes, sin indicación del cumplimiento de las obligaciones sociales y tributarias, según se detalla seguidamente:

| DARS | Observaciones |
|---------------|--|
| Golfito | Se detecta: ausencia de declaración jurada, principalmente en trámites VUI, además se observa falta de información sobre uso de suelo, omisión de cédula de identidad y no constancia del cumplimiento de obligaciones sociales. |
| Osa | Declaración jurada firmada pero incompleta: no se indica cumplimiento o no del uso de suelo, viabilidad ambiental, planos, concesión de agua, vertido de aguas residuales. |
| Buenos Aires | En trámites VUI no se documenta el comprobante de pago |
| Pérez Zeledón | 2 expedientes que corresponden a la modalidad del trámite por simplificación, misma en que se completa en un formulario unificado en el que se declara que se cumple lo establecido por la Municipalidad y el Ministerio de Salud, este no abarca todas las condiciones previas que establece el Ministerio de Salud. Además, en los 5 expedientes no consta el Cumplimiento de obligaciones sociales, multas. |

Fuente: expedientes revisados en la aplicación de las pruebas de AI

E. Cumplimiento de los requisitos trámites renovación del PSF.

Se observan debilidades en cuanto a la documentación relacionada con el cumplimiento de los requisitos para renovación del PSF, ya que se visualizó aspectos como:

| DARS | Observaciones |
|---------------------|---|
| Golfito | En 1 de 4 expedientes de renovación no se documenta el formulario ni los requisitos clave. Se otorga PSF con vigencia retroactiva sin trazabilidad técnica ni legal. Lo anterior debido a que en el expediente de TERMINAL DE CARGA DE EXPORTACIONES GOLFITO (ALMACENAMIENTO ACIETE EXPORTACIÓN), no se visualizó el formulario, únicamente información del PSF y la Resolución N° 221-2024, señala que el 3 de febrero de 2023 se recibe la solicitud, y se otorga el PSF con una vigencia del 18 de diciembre de 2022 al 18 de diciembre del 2027 |
| Osa y Buenos Aires. | Trámite de renovación mediante formulario unificado con la municipalidad ¹ , lo que implica el riesgo de no abarcar todos los requisitos institucionales, debido a que el formulario no contiene aspectos como la Descripción de actividades principales y accesorias, si expenderá gas licuado de petróleo o gas natural licuado, aproximado de total de personas usuarias. |

¹ Formulario Único de Apertura y renovación de Empresa, Región Brunca
San José, calle 16 avenida 6 y 8
EDIFICIO CENTRAL

**Pérez Zeledón**

Se observan debilidades relacionadas con declaraciones incompletas o que corresponden a simplificación de trámites y omisión de verificación de obligaciones sociales (CCSS, FODESAF, Hacienda, etc.), certificación eléctrica, etc.

Fuente: expedientes revisados en la aplicación de las pruebas de AI

F. Verificación de condiciones previas en la Declaración Jurada para el trámite del PSF

En relación con el requisito del cumplimiento de las condiciones previas, que deben ser declaradas por el interesado de la actividad bajo fe de juramento, en el documento de la declaración jurada ² se determinó las siguientes debilidades:

| DARS | Observaciones |
|---------------|--|
| Golfito | No se hace el señalamiento del uso de suelo, no se indica cumplimiento de requisitos como viabilidad ambiental, planos, concesión de agua, vertido, regencia, radiaciones, calderas, obligaciones sociales, control de ruido, ya que se deja los campos en blanco o no señalados si aplica o no. |
| Osa | Existe un caso de riesgo A sin indicación sobre cumplimiento de viabilidad ambiental, planos, concesión de agua, vertido. |
| Buenos Aires | En tres casos no se indica cumplimiento del uso de suelo esto en zonas indígenas, ya que, la municipalidad no puede otorgarlo, pero no se documenta esta excepción y en el caso del VUI no se documenta las Declaraciones en el expediente físico. |
| Pérez Zeledón | No se verifica cumplimiento de obligaciones sociales (CCSS, FODESAF, Hacienda), multas sanitarias, ni compromiso de ajuste a normativas de ruido. |

Fuente: expedientes revisados en la aplicación de las pruebas de AI

G. Prevención única en el trámite del PSF

En las DARS de Pérez Zeledón y Golfito se determinaron casos de algún incumplimiento en los requisitos, que no se realizó la prevención única, sino que se tramitó el PSF sin advertir al administrado, sin constancia de prevención ni respuesta en el expediente.

² Artículo 14



H. Trazabilidad documental del PSF en expedientes gestionados vía VUI y simplificación de trámites

En cuanto a los aspectos evaluados con relación a la emisión del PSF, se debe indicar que los resultados son satisfactorios, sin embargo, se determinó debilidad en cuanto a la gestión documental relacionada cuando el trámite se realiza en el VUI, ya que no queda constancia del PSF, si bien, en otras DARS se menciona y se observó que no existe uniformidad en el procedimiento situación similar cuando se realizan en la modalidad de simplificación de trámites, que solo queda evidencia de la resolución. Lo anterior según el siguiente detalle:

| DARS | Observaciones |
|---------------|--|
| Golfito | Se detecta que en trámites vía VUI no queda constancia del PSF en el expediente digital. No se puede verificar fecha de emisión, vigencia ni condiciones técnicas autorizadas. |
| Osa | En el caso de Selva Oculta Alta Tensión no se utiliza el apartado F del formulario unificado, pero el PSF se emite el mismo día. |
| Buenos Aires | En trámites VUI no se utiliza el apartado F del formulario unificado, pero el PSF se emite. |
| Pérez Zeledón | Se observan debilidades en trámites simplificados: no consta emisión inmediata, falta firma por autoridad competente y permisos emitidos sin resolución formal. |

Fuente: expedientes revisados en la aplicación de las pruebas de AI

Sobre las debilidades anteriores, se debe tener presente que el Decreto Ejecutivo N° 43432- S Reglamento General para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud, en su articulado establece los aspectos que se deben observar tanto por los administrados como por las DARS, según se detalla a continuación:

1. El artículo 3 establece los criterios para la clasificación de las actividades según su riesgo.
2. Los artículos 4 y 6 establecen una tabla de clasificación de actividades económicas basada en el nivel de riesgo, utilizando como referencia la CAECR del INEC, y el artículo 6 define las tarifas para obtener o renovar permisos sanitarios.
3. El artículo 7, indica la vigencia de los permisos
4. El Artículo 8, detalla las condiciones previas necesarias para solicitar el permiso por primera vez.
5. El Artículo 10 enlista los requisitos para solicitar el permiso por primera vez. Mientras que el Artículo 13 establece los requisitos para renovar el permiso, similares a los del trámite inicial, con énfasis en mantener vigentes los informes técnicos y cumplir con obligaciones legales, tributarias y sanitarias.
6. El artículo 14 establece la obligación de presentar la declaración jurada que contiene el compromiso del solicitante de cumplir con todas las regulaciones aplicables, y aceptar la cancelación del permiso si se comprueba algún incumplimiento.



7. Por su parte, el artículo 15 señala el plazo de resolución de la solicitud por primera y el artículo 16 señala que las renovaciones se resuelven en 15 días naturales para los grupos A y B, y de forma inmediata para el grupo C.
8. El artículo 17 establece la obligación de realizar una única prevención por parte de la DARS para subsanar errores o faltantes en la solicitud.
9. Con relación a la emisión del permiso el artículo 18, establece cómo se debe emitir el permiso, diferenciando entre solicitudes nuevas y renovaciones, y según el grupo de riesgo.
10. Es importante señalar que el artículo 21 indica que, si se detecta falsedad en la declaración jurada durante una inspección, se cancela el permiso y se clausura la actividad. Además, se pueden presentar denuncias ante las autoridades correspondientes. De ahí la importancia de realizar las inspecciones ya que estas verifican el cumplimiento de las condiciones físico-sanitarias, pero además el cumplimiento de las condiciones previas.

Además, en relación con la aplicación integral de criterios de clasificación, se identificó que esta se genera debido a una debilidad estructural en el diseño del formulario unificado, el cual no incorpora campos específicos para evaluar los criterios técnicos complementarios. Esta omisión no es atribuible directamente a las DARS, sino a la ausencia de un instrumento institucional que permita aplicar de forma estandarizada y completa los criterios de clasificación establecidos en la normativa vigente.

Por otro lado, en relación con la omisión o falta del comprobante de pago, esta se atribuye a la falta de implementación del mecanismo de verificación técnico estandarizado (hoja de verificación de requisitos) que garantiza la inclusión del comprobante de pago como requisito obligatorio en el proceso de revisión y validación de expedientes. Además, se evidencian debilidades en los controles cruzados.

En general, lo denotado podría atribuirse la falta de la designación de recurso humano para atender todos los requerimientos de información y atención que el proceso de Regulación de la Salud y Atención al Cliente, por lo que se presentan errores, omisiones o inconsistencias involuntarias que no permiten que el proceso de otorgamiento de permisos sanitarios sea de acuerdo con lo establecido en el marco técnico- jurídico.

Con relación a las circunstancias señaladas en relación con la Vigencia del PSF se pueden señalar:

- **Golfito:** la falta de aplicación de los protocolos estandarizados para documentación del PSF
- **Buenos Aires:** Fallas técnicas en la herramienta suministrada por nivel central, criterios no uniformes para resolución en casos de primera vez, y debilidad en control de fechas.

Otras causas de las debilidades señaladas, se tiene la falta de protocolos estandarizados para verificación de requisitos, formulario unificado sin homologación técnica con los requisitos del Ministerio de Salud y ausencia de controles cruzados, así como la falta de integración entre sistema y el expediente físico.



La subclasificación insuficiente impide distinguir entre actividades de igual naturaleza, pero con diferente impacto sanitario o ambiental, lo que puede derivar en:

- Clasificación errónea de actividades contaminantes como riesgo bajo (Grupo C).
- Aplicación inadecuada de protocolos de control y fiscalización.
- Desfase con otras regulaciones técnicas vigentes.
- Aumento del riesgo de afectación a la salud pública y al ambiente por falta de medidas preventivas.
- Inconsistencias operativas entre DARS y pérdida de trazabilidad técnica en el proceso de otorgamiento del PSF.

Mientras que la ausencia de información sobre el pago genera múltiples implicaciones como:

- Incumplimiento del marco normativo vigente.
- Trámites incompletos e inválidos, impidiendo la emisión de resoluciones.
- Riesgo de operación de establecimientos sin autorización sanitaria, lo que habilita sanciones administrativas.
- Pérdida de ingresos institucionales que afectan la sostenibilidad de servicios de fiscalización y control.
- Limitación en la capacidad de inversión en tecnología y mejora de procesos.
- Acumulación de trámites incompletos y sobrecarga administrativa.
- Dificultades en la trazabilidad documental y riesgo de inconsistencias en bases de datos.

Con relación a la vigencia del PSF, debe señalarse que las situaciones generan implicaciones desde el punto de vista jurídico, normativo y operativo, tales como:

- Riesgo de nulidad del PSF por falta de evidencia formal del acto administrativo.
- Vigencias retroactivas que contradicen el principio de temporalidad y pueden ser impugnadas legalmente.
- Inconsistencias entre fechas de resolución, ingreso y verificación.
- Criterios dispares para emisión de resoluciones en casos de primera vez, lo que genera desigualdad entre regiones.
- Pérdida de trazabilidad documental.
- Riesgo de duplicidad, pérdida de información y sobrecarga administrativa.

El incumplimiento de los requisitos, implica la existencia del riesgo de nulidad o suspensión del PSF, así como el otorgamiento de permisos sin respaldo legal ni técnico, el hecho que se presenten declaraciones incompletas y formularios no homologados debilitan la legalidad del trámite, en el caso de las gestiones realizadas por simplificación de trámites podría existir una posible derogatoria tácita del Decreto N° 39506-MEIC-MAG-S por el Decreto N° 43432-S, lo que genera inseguridad jurídica.



Además, expedientes incompletos dificultan inspecciones, fiscalización y defensa institucional, y la omisión de informes técnicos (GLP, GNL, radiaciones, calderas) expone a riesgos estructurales y sanitarios, además pueden existir implicaciones como la desalineación con sistemas de verificación digital (CCSS, FODESAF, Hacienda) y la desigualdad en la aplicación de la norma entre DARS, afectando la equidad institucional. De vista operativo implica la pérdida de trazabilidad documental y riesgo de arbitrariedad operativa, además una desigualdad en la aplicación de la norma entre DARS y vulneración del principio de equidad

La falta de verificación adecuada de las condiciones previas en la Declaración Jurada para el trámite del PSF genera un incremento significativo de riesgos desde el punto de vista jurídico, normativo y operativo. Esta deficiencia puede derivar en el otorgamiento de PSF sin respaldo legal, en zonas no autorizadas o sin cumplir requisitos técnicos, lo que conlleva la posible nulidad del trámite, sanciones administrativas, exposición a reclamos legales y vulneración del principio de legalidad. Además, las declaraciones sin contenido técnico pierden valor como instrumento de verificación, y los expedientes incompletos dificultan las inspecciones, la fiscalización y la defensa institucional. La omisión de requisitos técnicos específicos —como los relacionados con radiaciones, calderas o niveles de ruido— expone a riesgos estructurales y sanitarios que comprometen la seguridad y la legalidad del proceso.

La omisión o aplicación inconsistente de la prevención única implica un riesgo de funcionamiento sin autorización sanitaria, si no se documenta correctamente, se pierde la capacidad de verificar cumplimiento de plazos reglamentarios. La prevención debe ser única, escrita y enviada por los medios indicados en la solicitud, si no se notifica correctamente, el administrado puede alegar violación al debido proceso, lo que expone al Ministerio a reclamos administrativos o judiciales.

Si en el expediente no se documenta la prevención ni la respuesta del administrado, se pierde evidencia clave del cumplimiento del procedimiento, lo que impide justificar legalmente el archivo del trámite. Esta omisión afecta directamente la capacidad institucional para rendir cuentas, y genera desigualdad en la aplicación de la normativa. Cuando algunas DARS aplican correctamente la prevención y otras no, se produce arbitrariedad en el proceso, lo que deriva en un trato desigual entre los administrados y compromete la transparencia y equidad del sistema.

Las debilidades en la trazabilidad documental de los expedientes del PSF gestionados vía VUI y simplificación de trámites aumentan el riesgo de operación sin respaldo documental, incluso cuando el PSF ha sido emitido, lo que expone a la institución a reclamos, apelaciones y procesos judiciales. La falta de documentación impide verificar las condiciones técnicas y sanitarias autorizadas, y la emisión de permisos sin resolución formal compromete la legalidad del trámite.

2.2. Aplicación de los procedimientos relacionados con el otorgamiento de PSF

De la revisión de expedientes realizada se determina que existen algunas debilidades en la aplicación de los procedimientos institucionales relacionados con el otorgamiento del PSF, las cuales se detallan seguidamente:



1. Manual de Procedimientos PSF MS.NL.SLA.07.P.15 Trámite de Solicitud de PSF

- **DARS Golfito:** Se identifican debilidades en 9 de las actividades del procedimiento, incluyendo falta de documentación en expedientes VUI, foliado incompleto, ausencia de hoja de verificación, prevención no emitida, falta de firma en formularios, no uso del anexo 15, escasa evidencia de análisis técnico y resolución, y discrepancias en fechas clave.
- **DARS Osa:** Gestión satisfactoria. Se evidencia cumplimiento adecuado del procedimiento y documentación técnica conforme al manual.
- **DARS Buenos Aires:** Gestión general satisfactoria, pero se observan inconsistencias en algunos casos en la firma del Formulario Unificado (solo nombre sin firma) y ausencia de constancia del análisis técnico en la actividad 8.17 cuando no hay prevención.
- **DARS Pérez Zeledón:** Se evidencian debilidades similares a Golfito en apertura y foliado, verificación de requisitos, entrega de hoja de verificación, prevención, firma de documentos, análisis técnico y confección de resolución.

2. Manual de Procedimientos MS.NI.FIMPR.02.02.12 Inspección general de establecimientos

Al evaluar si se ejecutan las actividades establecidas en el Manual de Procedimientos sobre inspección MS.NI.FIMPR.02.02.12, en los expedientes que se encontró alguna inspección se determina que el Manual no es aplicado, ya que existen debilidades:

- **DARS Golfito:** En los expedientes donde se realizó alguna inspección, no se aplicó el procedimiento conforme al manual. El informe corresponde a una inspección interinstitucional sin los apartados del anexo, no se utilizaron actas ni guías oficiales, no consta notificación al administrado, y existe una nota de cierre sin verificación técnica posterior.
- **DARS Osa:** No se encontró evidencia de inspecciones en los expedientes revisados. No se aplicaron las actividades ni los instrumentos del procedimiento.
- **DARS Buenos Aires:** No se realizaron inspecciones físico-sanitarias en los establecimientos revisados. No se aplicaron los instrumentos del manual ni se documentaron informes técnicos, actas o resoluciones.
- **DARS Pérez Zeledón:** De 10 expedientes revisados, solo en 2 se encontró evidencia de inspección, pero fuera del periodo de alcance. No se aplicaron los instrumentos del manual, y en los restantes casos no hay trazabilidad ni documentación técnica.

3. Manual de Procedimientos MS.NL.FIMPR.02.02.58 Inspecciones posteriores al otorgamiento de permisos

En las cuatro DARS evaluadas (Golfito, Osa, Buenos Aires y Pérez Zeledón), se determinó que el procedimiento MS.NL.FIMPR.02.02.58 no se aplica de forma efectiva. Las principales debilidades observadas incluyen:



- Ausencia de informes técnicos de inspección posteriores al PSF.
- No utilización de la Hoja de Trazabilidad (Anexo 3).
- No aplicación de la tabla de priorización establecida en el manual.
- Programación de inspecciones basada en criterios operativos propios (sectorización territorial, atención de denuncias, PSF vencidos), sin respaldo documental estandarizado.
- En Golfito, se identifican factores territoriales (zonas indígenas, fronterizas, marítimo-terrestres, parques nacionales) que limitan la ejecución técnica.
- En Osa, se recibió instrucción verbal de no realizar inspecciones, sin respaldo formal.
- En Buenos Aires y Pérez Zeledón, se reconoce que la tabla de priorización no contempla la integralidad de trámites atendidos, por lo que no se aplica.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen que el jerarca y los titulares subordinados son responsables del establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del Sistema de Control Interno (SCI). Esta responsabilidad implica:

- Enfocar esfuerzos en áreas críticas, según su materialidad, riesgos e impacto institucional.
- Emitir instrucciones claras para que las políticas, normas y procedimientos del SCI estén:
 - Documentados
 - Oficializados
 - Actualizados
 - Divulgados y disponibles para consulta

Además, las normas 4.6 y 5.6.1 señalan que deben establecerse actividades de control que aseguren el cumplimiento de disposiciones legales y técnicas, prevengan desviaciones y permitan tomar medidas correctivas cuando sea necesario. La información generada debe ser confiable, libre de errores y omisiones.

Para lograr un desempeño institucional satisfactorio, es esencial que:

- Las políticas y procedimientos estén documentados
- Se incorporen controles que reduzcan riesgos inherentes a las actividades
- Se cuente con manuales de procedimientos oficializados e implementados

Estos manuales deben contener:

- Información detallada, ordenada y sistemática
- Instrucciones, aspectos legales y responsabilidades
- Guía para funcionarios actuales y nuevos
- Soporte para la mejora continua y la gestión de riesgos



La ausencia de estos manuales puede generar errores, falta de comprensión y debilitar el sistema de control interno, de ahí la importancia de que estos se implementen.

Lo anterior se debe a factores como:

- Falta de estandarización operativa entre DARS para aplicar el procedimiento MS.NL.SLA.07.P.15.
- Limitaciones del sistema VUI para integrar formularios, firmas, trazabilidad y resoluciones.
- Ausencia de protocolos claros para documentación de actividades técnicas y administrativas.
- Deficiencia en la capacitación funcional sobre el uso de formularios, anexos y herramientas digitales.
- Criterios dispares entre funcionarios sobre cuándo documentar el análisis técnico.
- Falta de aplicación sistemática del procedimiento MS.NI.FIMPR.02.02.12 y sus anexos (actas, guías, hoja de trazabilidad).
- Desalineación entre los sistemas de programación y los expedientes físicos o digitales.
- El procedimiento MS.NL.FIMPR.02.02.58 no se ajusta a la realidad operativa de las DARS, especialmente en zonas con alta dispersión geográfica o diversidad de trámites.
- Falta de actualización técnica de la tabla de priorización para incluir criterios como denuncias, PSF vencidos, órdenes sanitarias y servicios de salud, etc.
- Ausencia de lineamientos institucionales que armonicen la planificación técnica con la normativa vigente.

La falta de aplicación de los procedimientos tiene implicaciones desde el punto vista Técnico y sanitario, jurídico-normativo, operativo tales como:

- Riesgo de nulidad del PSF por incumplimiento de requisitos formales y técnicos.
- Vulneración del debido proceso por falta de prevención y trazabilidad documental.
- Debilitamiento de la legalidad del acto administrativo por ausencia de firma y resolución.
- Expedientes incompletos dificultan, fiscalización externa y defensa institucional.
- Trámites sin verificación técnica pueden derivar en operación de establecimientos sin condiciones mínimas de seguridad.
- Desigualdad en la aplicación del procedimiento entre DARS.
- Pérdida de uniformidad institucional y confianza en el sistema.
- Establecimientos operando sin verificación de condiciones mínimas de seguridad, higiene o legalidad.
- Riesgo directo para la salud pública por falta de control sobre instalaciones, procesos y condiciones sanitarias
- Vulneración del procedimiento técnico establecido en el Manual MS.NL.SLA.07.P.15., MS.NI.FIMPR.02.02.12. y MS.NL.FIMPR.02.02.58
- Riesgo de nulidad del PSF por falta de fiscalización posterior.



- Falta de trazabilidad impide justificar decisiones administrativas ante reclamos o apelaciones.
- Pérdida de confianza institucional y debilitamiento de la rendición de cuentas.
- Establecimientos operando sin verificación técnica posterior, lo que incrementa el riesgo de afectación a la salud pública y al ambiente.

2.3. Inspecciones físico-sanitarias en el proceso de otorgamiento del PSF

Del análisis realizado a expedientes correspondientes a trámites de primera vez y renovación del Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF), se determinó que el 72,41% no evidencian inspección físico-sanitaria al establecimiento dentro del periodo de alcance. Solo el 6,8% presentan inspección en el periodo evaluado, el restante 20,7% corresponde a inspecciones fuera del alcance o por motivos específicos (COVID-19 o Ley 9028), o se encontraban en tiempo para programar la visita.

De los que tenían inspección ya sea dentro del periodo de alcance o fuera de este, solo en dos casos se verificó el cumplimiento de la declaración jurada, la revisión de planes y programas, y la visita de seguimiento por inconformidades.

Según lo establecido en el artículo 20 del Reglamento general para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud, una vez otorgado el permiso sanitario de funcionamiento, las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS) están obligadas a realizar inspecciones posteriores, conforme la clasificación el grupo de riesgo. De igual forma los permisos renovados, deben realizar una visita de inspección para verificar que la actividad continúa cumpliendo con los requisitos necesarios para su funcionamiento y que la declaración jurada sigue siendo válida.

Además, las autoridades de salud tienen la facultad de realizar inspecciones en cualquier momento, ya sea por iniciativa propia, como parte del seguimiento de actos administrativos, o en respuesta a denuncias recibidas. Estas inspecciones pueden aplicarse a cualquier tipo de actividad, sin importar su clasificación de riesgo.

Todos los resultados obtenidos durante las inspecciones deben ser documentados en informes técnicos, los cuales deben ser firmados por los funcionarios responsables. Estos informes forman parte del expediente administrativo correspondiente y sirven como base para la emisión de los actos administrativos que sean necesarios.

Según lo indicado por los directores de las DARS, la falta de recurso humano para atender todos los requerimientos de información y atención que los procesos de Regulación de la Salud y la ausencia de un sistema institucional estandarizado de programación, ejecución y trazabilidad de inspecciones por parte de las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS), que tome en consideración el universo de trámites que se atiende en las DARS, ya que según lo señalado por los Directores no se puede realizar una priorización sin tomar en consideración, los trámites, dinámica y particularidades que tienen las DARS en su día a día en la ejecución de las diferentes



actividades ejecutadas por la institución en su rol rector, es lo que provoca la falta de realización de las inspecciones.

Además, se determinó lugares donde se indicó se les había emitido instrucciones verbales contradictorias sobre la suspensión de inspecciones sin respaldo documental.

La omisión de inspecciones compromete la validez técnica del PSF, debilita el control sanitario sobre establecimientos en operación, especialmente aquellos clasificados como riesgo A y B, y expone al Ministerio de Salud a observaciones por parte de entes fiscalizadores. Además, se genera desigualdad operativa entre DARS, pérdida de trazabilidad documental, y riesgo directo para la salud pública por la posible operación de establecimientos sin verificación de condiciones sanitarias, estructurales y ambientales.

Las carencias en la ejecución, trazabilidad y documentación de inspecciones posteriores al PSF permiten que establecimientos operen sin verificación técnica ni validación de condiciones mínimas de seguridad, elevando el riesgo de afectación a la salud pública por ausencia de control sobre instalaciones, procesos y condiciones sanitarias. Esta situación vulnera el principio de legalidad y el procedimiento técnico establecido para el seguimiento del PSF, genera riesgo de nulidad del permiso por falta de fiscalización, debilita el control documental y la trazabilidad institucional, e impide justificar decisiones administrativas ante instancias judiciales.

2.4. Renovación del Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF)

Del análisis realizado a 29 expedientes, se identificó que a 14 les correspondía renovación dentro del periodo de alcance. De estos, solo el 35,7% (5 expedientes) fueron renovados antes del vencimiento, mientras que el 64,3% (9 expedientes) se renovaron de forma extemporánea, con un promedio de atraso de 411 días. Esta situación evidencia que los establecimientos operaron sin permiso vigente durante periodos prolongados.

Según lo señala el Artículo 11 del reglamento en estudio, toda persona o entidad que posea un permiso sanitario, sin importar el nivel de riesgo de su actividad, debe gestionar su renovación ante el Ministerio de Salud. Esta gestión debe realizarse dentro de los siguientes plazos, según el grupo de riesgo asignado:

- Para actividades clasificadas en los grupos A y B (riesgo alto y moderado): la solicitud debe presentarse al menos 15 días naturales antes de que el permiso actual expire, salvo lo indicado en el inciso b) del artículo 30 del reglamento.
- Para actividades del grupo C (riesgo bajo): la renovación debe solicitarse como mínimo un día hábil antes del vencimiento del permiso.

Siempre que se cumplan los requisitos establecidos, el nuevo permiso tendrá vigencia a partir del día siguiente al vencimiento del anterior, garantizando así la continuidad de la autorización para operar.



Se determinó la ausencia de mecanismos institucionales de control, tales como alertas preventivas, de seguimiento de vencimientos y protocolos estandarizados para fiscalización de renovaciones. Esta debilidad operativa refleja una falta de gestión proactiva por parte de las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS).

El incumplimiento en la renovación oportuna del PSF expone al Ministerio de Salud a riesgos legales y administrativos, incluyendo la operación de establecimientos sin respaldo normativo, la vulneración del principio de equidad institucional, la pérdida de trazabilidad temporal en los expedientes, y la posibilidad de observaciones por parte de entes fiscalizadores, además, se debilita el control sanitario.



3. CONCLUSIONES

3.1. El análisis integral de los expedientes revisados en las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS) de la Región Brunca evidencia una serie de debilidades estructurales, normativas y operativas que afectan la gestión del Permiso Sanitario de Funcionamiento (PSF). Estas deficiencias se presentan de forma transversal en las etapas de clasificación de riesgo, verificación de requisitos, documentación, trazabilidad, fiscalización y seguimiento posterior.

3.2 Se constata que la ausencia de instrumentos técnicos homologados, la falta de integración entre sistemas digitales y físicos, y la aplicación dispareja de criterios entre DARS han generado inconsistencias que comprometen la legalidad, equidad y eficacia del proceso regulatorio. Además, la insuficiencia de recurso humano y la carencia de protocolos estandarizados han limitado la capacidad institucional para garantizar el cumplimiento del marco técnico-jurídico vigente.

3.3 Estas debilidades no solo incrementan el riesgo de operación de establecimientos sin respaldo legal ni técnico, sino que también afectan la salud pública, el ambiente y la confianza institucional. La falta de trazabilidad documental, la omisión de inspecciones y la emisión de permisos sin verificación adecuada representan una vulneración al principio de legalidad y al debido proceso, exponiendo al Ministerio de Salud a posibles sanciones, reclamos y pérdida de legitimidad.

3.4. La aplicación de las pruebas de auditoría realizadas revela una gestión deficiente en la renovación oportuna de permisos sanitarios de funcionamiento (PSF), ya que de los 14 expedientes que requerían renovación dentro del periodo evaluado, solo el 35,7% fueron renovados antes de su vencimiento, mientras que el 64,3% se realizaron de forma extemporánea. Esto indica que varios establecimientos operaron sin permiso vigente durante lapsos prolongados, comprometiendo la legalidad y seguridad sanitaria.

La ausencia de mecanismos institucionales de control —como alertas preventivas, sistemas automatizados de seguimiento y protocolos estandarizados— evidencia una debilidad estructural en la gestión por parte de las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS). Esta falta de proactividad no solo expone al Ministerio de Salud a riesgos legales y administrativos, sino que también afecta la equidad institucional, la trazabilidad documental y el control sanitario efectivo.



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 proceso de otorgamiento de PSF, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

Al Director General de Salud

4.1. Ordenar a la Dirección de Salud Ambiental en coordinación con las direcciones regionales y locales realizar el ajuste técnico al “FORMULARIO UNIFICADO DE SOLICITUD DE PERMISO” utilizado en el trámite del PSF, incorporando los criterios complementarios de clasificación establecidos en el artículo 3 del reglamento. Asimismo, implementar un mecanismo de validación que permita garantizar la aplicación uniforme de estos criterios en todos los expedientes, incluyendo actividades con potencial contaminante, generación de residuos peligrosos o complejidad operativa. Resultado 2.1.

Ingresar en el sistema SAGAI a más tarde el 15 de marzo de 2026 el cronograma con las acciones a ejecutar para lograr la implementación de la recomendación, y para el 30 de junio, 30 de setiembre y 30 de diciembre de 2026, un informe de las acciones desarrolladas que permitan medir el avance alcanzado.

Para el 30 de abril de 2027 deberá ingresar una certificación con las fuentes documentales que hagan constar la implementación del formulario ajustado y el mecanismo definido.

4.2. Ordenar a la Dirección de Salud Ambiental revisar, rediseñar el flujo documental del PSF, y emitir el lineamiento correspondiente asegurando de esta forma la integración al expediente de la información de requisitos, inspecciones, seguimientos, etc, ya sea que el trámite se haya realizado presencial, correo o en el sistema VUI, de forma tal que se documente la trazabilidad de toda la gestión realizada, en un solo expediente y se visualice el cumplimiento de la normativa y procedimientos. Resultado 2.1.

Ingresar en el sistema SAGAI a más tarde el 15 de marzo de 2026 el cronograma con las acciones a ejecutar para lograr la implementación de la recomendación, y para el 30 de junio, 30 de setiembre y 30 de diciembre de 2026, un informe de las acciones desarrolladas que permitan medir el avance alcanzado.

Para el 30 de abril de 2027 deberá ingresar una certificación con las fuentes documentales que hagan constar la implementación.

4.3. Ordenar a la Dirección de Salud Ambiental en coordinación con las Direcciones de Área Rectora de Salud (DARS) implementar un mecanismo de planificación estandarizado que permita llevar la programación, ejecución y trazabilidad de inspecciones físico-sanitarias, que contemple la priorización del universo de trámites o gestiones que debe atender la DARS (Atención de Denuncias, Habilitaciones, PSF vencidos, solicitudes de información de Niveles



superiores, Eventos masivos, etc.) y visualice la reprogramación o cambios surgidos en el periodo. Resultado 2.3.

Ingresar en el sistema SAGAI a más tarde el 15 de marzo de 2026 el cronograma con las acciones a ejecutar para lograr la implementación de la recomendación, y para el 30 de junio, 30 de setiembre 30 de diciembre de 2026, 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre 2027, un informe de las acciones desarrolladas que permitan medir el avance alcanzado.

Para el 29 de abril de 2028 deberá ingresar una certificación con las fuentes documentales que hagan constar la implementación del mecanismo definido.

4.4. Ordenar a la Dirección de Salud Ambiental revisar y actualizar el procedimiento MS.NL.FIMPR.02.02.58, una vez definido el mecanismo estandarizado de programación incorporando en la tabla de priorización, los criterios operativos reales de las DARS, para la programación de las inspecciones como: atención de denuncias, PSF vencidos, seguimiento de órdenes sanitarias, sectorización territorial, recursos disponibles, entre otros Resultado 2.3.

Ingresar en el sistema SAGAI a más tarde el 15 de marzo de 2026 el cronograma con las acciones a ejecutar para lograr la implementación de la recomendación, y para el 30 de junio, 30 de setiembre 30 de diciembre de 2026, 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre 2027, un informe de las acciones desarrolladas que permitan medir el avance alcanzado.

Para el 29 de abril de 2028 deberá ingresar una certificación con las fuentes documentales que hagan constar la actualización del Manual y su implementación.

Al Director Regional de Rectoría de la Salud Brunca

4.5. Ordenar a las Áreas Rectoras de Salud (DARS) implementar un mecanismo de seguimiento de la vigencia del PSF, que incluya alertas previas al vencimiento, trazabilidad digital de fechas clave, y protocolos de fiscalización para renovaciones extemporáneas. Asimismo, se debe establecer un procedimiento institucional que garantice la verificación documental de la vigencia en todos los expedientes. Resultado 2.4.

Ingresar a más tardar el 30 de marzo de 2026 en el sistema SAGAI el mecanismo definido y para el 30 de abril de 2026 una certificación con las fuentes documentales que hagan constar la implementación.

4.6. Ordenar a las DARS implementar el mecanismo de validación estandarizado en las DARS, es decir, la aplicación de "*Hoja de verificación de requisitos*", para el cumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de PSF. Resultado 2.1.

Ingresar a más tardar el 30 de marzo de 2026 en el sistema SAGAI fuentes documentales que hagan constar la implementación.

4.7. Ordenar supervisiones periódicas para la correcta aplicación del Reglamento y los procedimientos y realizar posterior a estas el oportuno seguimiento de las observaciones que generen. Resultado 2.1.



Ingresar a más tardar el 16 de febrero de 2026 en el sistema SAGAI el cronograma de las supervisiones a realizar durante el año 2026, y para el 15 de enero de 2027 las fuentes documentales que hagan constar la ejecución de las supervisiones.

4.8. Capacitar al personal técnico en la importancia de efectuar la prevención única, debido proceso y documentación reglamentaria, con énfasis en casos de primera vez y renovación. Resultado 2.1.

Ingresar a más tardar el 16 de febrero de 2026 en el sistema SAGAI el cronograma de la capacitación a realizar durante el año 2026, y para el 15 de enero 2027 las fuentes documentales que hagan constar la ejecución.

4.9. Realizar talleres periódicos para que el personal conozca el contenido y la importancia de la implementación de los manuales institucionales MS.NL.SLA.07.P.15., MS.NI.FIMPR.02.02.12. y MS.NL.FIMPR.02.02.58. Resultado 2.2.

Ingresar a más tardar el 16 de febrero de 2026 en el sistema SAGAI el cronograma de la capacitación a realizar durante el año 2026, y para el 15 de enero de 2027 las fuentes documentales que hagan constar la ejecución.

4.10. Emitir oficio formal sobre la vigencia y obligatoriedad de los procedimientos, y la prohibición de emitir instrucciones verbales contradictorias a estos. Resultado 2.3.

Ingresar a más tardar el 16 de febrero de 2026 en el sistema SAGAI fuentes documentales que hagan constar la implementación.

AUDITORÍA INTERNA

Licda. Miriam Calvo Reyes, MBA
Auditora Interna a.i.
Aprobado por:

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

Licda. Johana Leandro Fonseca
Auditor Encargado