



15 de diciembre del 2025
CARTA-MS-AI-1072-2025

Doctor
Carlos Granados Siles
Director a.i.
Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este

ASUNTO: Remisión Informe MS-AI-1071-2025

Estimado doctor:

Me permito remitirle el informe MS-AI-1071-2025, preparado por la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría de Carácter Especial sobre el otorgamiento de Permiso de Habilitación de un servicio de salud en Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, considera esta Auditoría Interna que la Administración debe trabajar en lineamientos y mecanismos de control, que contribuyan al cumplimiento de las labores encomendadas sobre el proceso de Habilitaciones de Servicios de Salud.

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 las recomendaciones y remitirlo a través del Sistema a esta Dirección para su aprobación.



Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA



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

C: Dra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación



INFORME MS-AI-1071-2025

Auditoría de carácter especial sobre el otorgamiento de Permiso de Habilitación para el funcionamiento de un servicio de salud en Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
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 de la auditoría	5
1.5. Normativa técnica aplicable	6
1.6. Ley de Control Interno.....	6
1.7. Comunicación de resultados	6
2. RESULTADOS	8
2.1. Vencimientos de Habilitaciones de Servicios de Salud.....	8
2.2. Inspecciones de Habilitaciones de Servicios de Salud	11
2.3. Gestión Documental del proceso de Inspecciones de Habilitaciones de Servicios de Salud.....	13
2.4. Implementación de la Matriz de Priorización.....	14
3. CONCLUSIONES.....	15
4. RECOMENDACIONES	16



INFORME MS-AI-1071-2025

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL OTORGAMIENTO DE PERMISO DE HABILITACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE SALUD EN DIRECCIÓN REGIONAL DE RECTORÍA DE LA SALUD CENTRAL ESTE

RESUMEN EJECUTIVO

La presente auditoría se realizó en cumplimiento del Plan Anual de Labores de la Auditoría Interna para el período 2025, el objetivo general del estudio fue 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 Permiso de Habilitación de un servicio de salud.

Dado que le compete al estado apoyar las condiciones de competitividad y contribuir al desarrollo de la actividad económica del país, se ha establecido por medio del Ministerio de Salud la reglamentación donde se establece claramente los requisitos y los plazos para la resolución de permisos de habilitación de servicios de salud (en adelante PHSS) con el propósito de velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Las pruebas de cumplimiento incluyeron las siguientes áreas : ARS Los Santos, ARS El Guarco, ARS Oreamuno, ARS Turrialba y ARS Paraíso, se procedió con la revisión de los requisitos de las solicitudes de primera vez y de las renovaciones, donde se tienen resultados razonables ya que como parte de los requisitos se incluye la declaración jurada, quedando sujeto el establecimiento para una visita de inspección posterior a su aprobación, el permisionario presenta los requisitos y si cumple con toda la documentación se genera la resolución de aprobación de manera inmediata.

De igual forma, se revisaron los expedientes según la muestra establecida para determinar el seguimiento de las inspecciones de conformidad con los procedimientos: "Inspección General de establecimientos, actividades u otros" MS.NI.FIMPR.02.02.12, donde se determinó que algunas ARS tienen un bajo cumplimiento sobre la realización de inspecciones como parte de las visitas de control, así como la ausencia de Informes Técnicos aspecto que debe ser corregido, en apego a lo establecido en los manuales de procedimientos para inspecciones, esta inconsistencia se ha dado por la rotación de recurso humano, estas debilidades influyen en el cumplimiento del control interno para el proceso de habilitaciones de servicios de salud.

Se determinó la falta de implementación oportuna de la matriz de priorización, en ARS Los Santos, ARS Paraíso y ARS Turrialba, lo cual afecta la programación de las inspecciones de manera estratégica basada en los riesgos e incrementa la posibilidad de atender tardíamente actividades de riesgo sanitario y compromete la eficacia del control preventivo.

Por lo anterior, se emiten las recomendaciones con la finalidad de que el nivel regional responsable implemente con prontitud y gestione las acciones de mejora con los lineamientos y actividades de control, los cuales le contribuyan con las labores encomendadas sobre el control de vencimientos, gestión documental de las inspecciones y se tenga una mejora respecto a la ejecución de inspecciones en el campo como parte de la implementación de matriz de priorización establecida en el Manual Inspecciones Posteriores al Otorgamiento de Permisos por parte del Ministerio de Salud MS.NL.FIMPR.02.02.58.



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 del otorgamiento de Permiso de Habilitación de un Servicio 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 Permiso de Habilitación de un servicio de salud.

1.3. Alcance de la Auditoría

El alcance contempla el período 2024 y I Semestre del 2025 se realizaron las siguientes visitas:

- Área Rectora de la Salud Los Santos
- Área Rectora de la Salud El Guarco
- Área Rectora de la Salud Oreamuno
- Área Rectora de la Salud Turrialba
- Área Rectora de la Salud Paraíso

Respecto a las pruebas de cumplimiento se realizó la revisión de expedientes para verificación de requisitos de permisos de nuevo ingreso, así como renovaciones, se revisaron los vencimientos y su correspondiente renovación, así como lo concerniente a inspecciones.

1.4. Generalidad de la auditoría

La habilitación de servicios de salud en Costa Rica se fundamenta en la Ley General de Salud, Ley N.º 5395, que establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado y que toda persona física o jurídica que pretenda brindar servicios de salud debe obtener autorización del Ministerio de Salud antes de su instalación y operación.

De igual forma, en el Artículo 346 de esta ley se dispone que los funcionarios del Ministerio, debidamente identificados, pueden realizar inspecciones o visitas para verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias, recolectar muestras y pruebas, y practicar operaciones sanitarias en cualquier establecimiento donde se presuma la existencia de infracciones. Estas inspecciones son esenciales para garantizar la seguridad sanitaria y el cumplimiento de las normas técnicas aplicables a los servicios de salud.

Este mandato se complementa con los reglamentos específicos emitidos por el Poder Ejecutivo, como el Reglamento General para Permisos Sanitarios de Funcionamiento y Habilitación Decreto N.º 43432-S, que establece la obligación de realizar inspecciones para constatar las condiciones



declaradas por los administrados, incluyendo la modalidad ex post en algunos trámites, conforme al Decreto Ejecutivo N.º 41795-MP-MEIC sobre agilización de trámites mediante declaración jurada.

Además, el Ministerio de Salud ha desarrollado guías técnicas de inspección para distintos tipos de establecimientos y servicios, que orientan la labor de los inspectores en la verificación de requisitos sanitarios y buenas prácticas.

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 supracitada norma, el 4 de diciembre del 2025, se procedió a realizar la exposición de los resultados del presente informe con la presencia de los siguientes funcionarios:

Por Parte de la Administración:

Nombre del funcionario	Cargo
Dr. Carlos Granados Siles	Director a.i., Dirección Regional Rectora de la Salud Central Este
Dra. Mariela Díaz Ríos	Jefe, Unidad de Rectoría de la Salud, DRRSCE
Dra. Tatiana Sancho Quesada	Colaboradora, Unidad de Rectoría de la Salud. DRRSCE

Por parte de la Auditoría Interna:

Nombre del funcionario	Cargo
Mba. Miriam Calvo Reyes	Auditora Interna a.i
Licda. Floria Villegas Sibaja	Auditora responsable

La comunicación escrita, se realizó mediante el oficio CARTA MS-AI-1054-2025 del 4 de diciembre del 2025, dirigido a la Dr. Oscar Bermúdez García. Director de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este. Se otorgó 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. Vencimientos de Habilitaciones de Servicios de Salud

En los procesos de renovación de permisos de habilitación en las ARS se han identificado inconsistencias en los controles internos, especialmente en lo relacionado con el seguimiento y el cierre definitivo de los servicios de salud cuya autorización se encuentra vencida. Asimismo, en el ARS de Paraíso se evidenció un expediente extraviado, lo que revela deficiencias significativas en la gestión documental. A continuación, se detalla lo encontrado en cada una de la ARS visitadas:

ARS LOS SANTOS

Se revisaron los vencimientos de 9 expedientes, de los cuales 5 estaban renovados y 4 se mantienen pendientes según se muestra:

ESTABLECIMIENTO	PHSS	FECHA DE VENCIMIENTO	CONDICIÓN
CCSS Farmacia Ebais San Carlos	0081-2024	07/06/2025	Oficio CARTA-MS-DRRSCE-DARSLS-0669-2025 con fecha 3-10-2025 de notificación a CCSS
Fisioterapia Cordero Rojas	008-2021	16/09/2025	Se envió correo electrónico el 22-09-2025 solicitando La renovación, se encuentra en trámite.
Clínica Dental Dra. Hannia Quirós Mora	002-2020	30/01/2025	Apercibimiento del 09-10-2025 CARTA-MS-DRRSCE-DARSLS-0691-2025, se notificó en forma personal el 14-10-2025
Clínica Dental Dra. Natalia Chacón Chacón	006-2020	04/03/2025	no se evidencia apercibimiento ni correo solicitando la renovación

Fuente: Expedientes Habilitaciones Servicios de Salud

ARS OREAMUNO

De los 9 expedientes revisados, 4 estaban en condición de pasivos y los otros 5 presentaron la renovación, pero presentan inconsistencias como las que se describen seguidamente:



ESTABLECIMIENTO	PHSS	FECHA DE VENCIMIENTO	CONDICIÓN
Clínica Dental 'C.C.S.S. San Pablo	043-2019	06/12/2024	Se presentó una solicitud incompleta para renovación de permiso, pendiente de seguimiento sin renovar
Clínica Dental Centro Odontológico 'Bright Smile'	013-2023	22/08/2025	se encuentra para prevención única por incumplimiento de los requisitos, no cuenta con el documento de la prevención.
Clínica Dental 'San Antonio'	016-2020	02/09/2025	Oficio MS-DRRSCE-DARSO-860-2025 del 6 de octubre, donde se recomienda no otorgar el permiso renovación, por ausencia de la regencia.
Laboratorio Clínico 'Risú Sucursal San Rafael'	1371-2023	NA	no cuenta con renovación, pendiente lo del Colegio de Microbiólogo
Laboratorio Clínico 'Probelab'	005-2024	29/04/2025	

Fuente: Expedientes Habilitaciones Servicios de Salud

Se desprende del cuadro anterior que, aunque los permisionarios gestionan las renovaciones, estas permanecen en condición de vencidas hasta que se aporte la totalidad de los requisitos solicitados.

ARS PARAÍSO

Se revisó un total de 10 expedientes de los cuales 5 se encontraron pasivos con sus respectivos oficios de cierre, 1 con trámite de renovación y los vencidos se detallan a continuación:

ESTABLECIMIENTO	PHSS	FECHA DE VENCIMIENTO	CONDICIÓN
Clínica Dental Plus Dent	MS-DRRSCE-DARSP-H-014-2019	10/06/2024	Sin renovación
Consultorio Odontológico Am - Pm	MS-DRRSCE-DARSP-H-002-2020	20/01/2025	Sin renovación
Nutrimedics Dras. Bolaños Y Quesada		07/03/2024	Expediente extraviado
Fisioterapia Perpetuo Socorro	DARS-P-005-2019	04/02/2024	Sin renovación

Fuente: Expedientes Habilitaciones Servicios de Salud



ARS TURRIALBA

Se revisó un total de 18 expedientes de los cuales 11 expedientes estaban con su respectiva renovación, 2 en condición de pasivos y 4 expedientes con fecha de vencimiento a noviembre vigentes y se tiene el siguiente expediente pendiente de renovar:

ESTABLECIMIENTO	PHSS	FECHA DE VENCIMIENTO	CONDICIÓN
FARMACIA TURRIALBA CINCO DE ABRIL S. A	0726-2023	08/10/2025	Sin renovación

Fuente: Expedientes Habilitaciones Servicios de Salud

ARS EL GUARCO

Se revisó un total de 13 expedientes de los cuales 1 se encontraba pasivo, 4 contaban con su renovación, 4 se encontraban vigentes ya que su vencimiento es a noviembre y 4 se encontraron sin renovar los cuales se describen a continuación:

ESTABLECIMIENTO	PHSS	FECHA DE VENCIMIENTO	CONDICIÓN
Farmacia Tobosi	DARSEG-0254-2023	13/07/2025	Cerro operaciones en junio del 2025
Consultorio Médico Dr. Douglas Cerdas Brenes	DARSEG-0397-2022	26/06/2025	Responsable fuera del país regresa hasta el mes de noviembre
San Isidro Labrador	DARSEG 0165-2020	10/02/2025	Cerro operaciones
Smile And Beauty Dental	DARSEG-0354-2020	11/09/2025	Trámite de renovación

Fuente: Expedientes Habilitaciones Servicios de Salud

Según lo establecido en el Reglamento 43232-S sobre la renovación de los permisos se indica:

Artículo 11°. - Obligatoriedad de renovación del permiso. Todo permisionario, independientemente del grupo de riesgo al que su actividad pertenezca, tiene la obligación de tramitar ante el Ministerio de Salud la renovación de su permiso. Dicha solicitud debe presentarse en los siguientes plazos:

- a. *Grupos de Riesgo A y B: con al menos 15 días naturales de antelación al vencimiento del permiso, a excepción de lo establecido en el inciso b) del Artículo 30° del presente reglamento.*
- b. *Grupos de Riesgo C: con al menos un día hábil de antelación al vencimiento del permiso.*

De cumplir con los requisitos establecidos, el nuevo permiso se emitirá con una fecha de vigencia a partir de la fecha de vencimiento del permiso anterior.

De igual forma se establece en el artículo 49 lo siguiente:

Artículo 49°. - Cancelación del permiso. El Ministerio debe proceder con la cancelación del permiso y/o la clausura definitiva de la actividad, utilizando la colocación de sellos en el



establecimiento o unidad móvil de servicios de salud, cuando determine alguna de las siguientes condiciones:

a. Funcione sin contar con el permiso del Ministerio.

b. Cuando se compruebe que el permisionario faltó a la verdad en su declaración jurada (Anexo 3 o Anexo 4 del presente reglamento), según lo establecido en el Artículo 21° del presente Reglamento.

c. El estado o condición del establecimiento o unidad móvil de servicios de salud involucren peligro inminente y grave para la salud de la población, de su personal o de las personas que los frecuenten.

Sobre lo anotado, las Normas de Control interno para el Sector Público en la norma 4.1 establece la necesidad de diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del sistema de control interno, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del sistema de control interno y el logro de los objetivos institucionales.

La ausencia supervisiónes periódicas y de controles que permita identificar y generar alertas automáticas previas al vencimiento de los permisos de habilitación de servicios de salud, ocasiona que estos se encuentren operando fuera de las regulaciones establecidas en la normativa.

La falta de alertas y controles oportunos genera que los establecimientos se mantengan con permisos vencidos, retrasos en la regularización y posibles incumplimientos en la aplicación de medidas correctivas, afectando la eficacia del proceso y la credibilidad institucional. Esta situación afecta el seguimiento y la regularización de los establecimientos en condición de vencidos, evidenciándose que algunos permanecen en esta condición sin que se ejecuten los cierres respectivos, lo cual contraviene lo dispuesto en la normativa.

2.2. Inspecciones de Habilitaciones de Servicios de Salud

En la revisión de expedientes de habilitación de servicios de salud en las ARS de Salud Los Santos, ARS Turrialba y ARS Paraíso, se identificaron inconsistencias significativas en la ejecución y documentación de las inspecciones técnicas requeridas por la normativa, que afectan la trazabilidad y el aseguramiento de la calidad en los servicios habilitados.

ARS Los Santos: De 10 expedientes revisados, solo 2 tenían inspección programada; 5 no contaban con evidencia de inspección; una inspección se realizó con fines físico sanitario y no con el tema de habilitación de servicios de salud.

ARS Paraíso: De 11 expedientes, únicamente 2 contaban con inspección documentada; 9 no tenían evidencia de inspección, incluso se determinó que la Óptica Paraíso renovó su permiso cuyo vencimiento fue en el 2023 y a la fecha no cuenta con la inspección, De igual forma la Farmacia VALUE se tiene la orden sanitaria MS-DRRSCE-DARSP-OS-0251-2024 con fecha del 27-11-2024 la cual tenía un plazo de 60 días, sin embargo, no se tiene documentación de respaldo que evidencie su respectivo seguimiento y corrección de la situación.



ARS Turrialba: El establecimiento Clínica Odontológica Dr. Hernán Rivera, el cual fue renovado con el permiso MS-DRRSCE-DARST-H-874-2024 con fecha el 22/11/2024 nunca se le ha realizado la visita de inspección.

Respecto a las inspecciones el artículo 20 de Reglamento 43432-S indica lo siguiente:

Artículo 20°. - Inspecciones a las actividades. Los funcionarios de las DARS deben realizar inspecciones posteriores al otorgamiento del permiso según las siguientes disposiciones:

a. Permisos por primera vez: Una vez otorgado el permiso por primera vez, los funcionarios de las DARS asignados, deben realizar una visita de inspección a la actividad con el objeto de corroborar que la misma cumple con los requisitos necesarios para su funcionamiento, así como verificar el cumplimiento de la declaración jurada, según el tipo de riesgo de la actividad ...

De igual forma se tiene el Manual MS.NI.FIMPR.02.02.58 Inspecciones Posteriores Al Otorgamiento De Permisos Por Parte Del Ministerio De Salud indica en su objetivo lo siguiente:

Desarrollar las inspecciones posteriores al otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento o habilitación a las diversas actividades, por parte de las Direcciones de Área Rectora de Salud, mediante la aplicación de las herramientas estandarizadas.

La norma 4.5 de Control interno para el Sector Público indica a los jefes que se deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional, de conformidad con el bloque de legalidad y naturaleza de sus operaciones

Según lo indicado por los directores, el ARS de Paraíso ha pasado por cambios tanto en la dirección como en la parte de Servicios de la Salud, el ARS de los Santos la baja ejecución de inspecciones se explica principalmente por factores de recurso humano, como ausencias prolongadas por incapacidad, jubilaciones y dificultades en los nombramientos, sumado a la sobrecarga de trabajo en gestión ambiental y limitaciones del personal con múltiples recargos. En relación con el ARS de Turrialba, se indicó que no se realizó la inspección debido a que el establecimiento opera en un horario de 4:00 p.m. a 9:00 p.m., lo que ha dificultado la ejecución de las inspecciones. Sobre los aspectos señalados, solo el ARS de los Santos aportó justificantes de las acciones realizadas, en las otras áreas no se logró comprobar que existan medidas de abordaje de esta situación por parte de los responsables, en aras de minimizar los riesgos derivados de esta inacción.

La falta de inspecciones y verificación técnica adecuada implica riesgos significativos, como la habilitación de establecimientos sin cumplir requisitos sanitarios, lo que aumenta la probabilidad de incidentes relacionados con la salud pública. Además, puede derivar en incumplimiento normativo, sanciones regulatorias y pérdida de credibilidad institucional. La ausencia de evidencia documental limita la trazabilidad, la transparencia y la capacidad de auditoría para detectar riesgos oportunamente. Todo esto impacta directamente en la calidad y seguridad del servicio, comprometiendo la atención al paciente y generando pérdida de confianza por parte de la población usuaria.



2.3. Gestión Documental del proceso de Inspecciones de Habilitaciones de Servicios de Salud

Relacionado con la gestión documental de inspecciones se obtuvieron resultados razonables en las visitas realizadas, excepto en el ARS de Turrialba donde se determinaron debilidades de control interno las cuales se detallan a continuación:

- Falta de informes técnicos

En tres expedientes no se localizaron los informes técnicos que detallan lo encontrado en la visita de inspección.

- Ausencia de referencia normativa en informes:

En varios informes técnicos (Clínica Torrealba, Clínica Dental Tatiana Araya, Farmacia Torrealba y Farmacia 5 de abril) no se indica la norma aplicada ni se incluye el cuestionario de verificación del establecimiento.

Respecto a los Informes Técnicos el Manual MS.NL.FIMPR.02.02.58 en el punto 8.4 detalla lo siguiente:

El Equipo que realizó la inspección posterior debe elaborar el informe técnico dirigido al Director(a) de Área Rectora de Salud exponiendo las situaciones encontradas durante la inspección posterior, en caso de encontrarse incumplimientos a las normativas sanitarias aplicables, estos deben ser descritos y hacer referencia a su fundamento legal.

Al respecto, la Norma de Control Interno para el Sector Público 5.4 Gestión documental, indica que el jerarca y sus subordinados deben garantizar que los sistemas de información permitan una gestión documental adecuada, asegurando control, almacenamiento y recuperación eficiente de la información según las necesidades institucionales.

En relación con la falta de informes de técnicos de inspecciones en los expedientes, el Director del ARS de Turrialba indicó de manera verbal obedece a limitaciones en la cantidad de copias asignadas para impresión, lo que restringe la generación de documentos físicos. Por otra parte, en cuanto a la ausencia de la norma aplicada en los informes técnicos de inspecciones, responde a una omisión según lo indicado por el responsable de este proceso.

La ausencia de documentación de respaldo, así como la correcta inclusión en los informes de las normas y herramientas aplicadas en las inspecciones realizadas, representa una debilidad crítica en el control interno, cuando no se tienen los informes técnicos ni cuestionarios de verificación, se pierde evidencia que permita demostrar el cumplimiento normativo y los resultados obtenidos en cada caso y el seguimiento a las actividades. Esta situación afecta la trazabilidad del proceso, limita la capacidad de auditorías y dificulta demostrar transparencia y una rendición de cuentas adecuada, ya que no existe un registro completo que respalde las acciones ejecutadas. Asimismo, la falta de documentación impide identificar patrones de incumplimiento, evaluar la efectividad de las acciones correctivas y garantizar al usuario un servicio de calidad. En consecuencia, se incrementa el riesgo de habilitar establecimientos sin las adecuadas condiciones sanitarias, lo que puede derivar en problemas de salud pública y responsabilidades legales para la institución.



2.4. Implementación de la Matriz de Priorización

El Anexo 1 es el instructivo con las indicaciones para llenar la herramienta de Matriz de Priorización, tiene como finalidad orientar de manera técnica y uniforme el proceso de priorización de las actividades que deben ser objeto de inspección posterior al otorgamiento del permiso sanitario. Su aplicación permite definir el orden y el momento oportuno en que dichas verificaciones deben programarse, tomando en cuenta criterios previamente establecidos por el Ministerio de Salud. Este instructivo asegura que la programación de las inspecciones se realice de forma objetiva, organizada y acorde con el nivel de riesgo de cada actividad, garantizando así un uso eficiente de los recursos institucionales y el cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes.

Por lo anterior, se solicitaron estos instrumentos a las áreas de estudio donde únicamente el ARS El Guarco y ARS Oreamuno, suministraron la matriz de priorización; a diferencia de las ARS Los Santos, ARS Turrialba y ARS Paraíso que no aplican dicho instrumento para la priorización de inspecciones.

El anexo 2 “matriz de priorización” consiste en proporcionar una matriz estandarizada que permite aplicar de manera estructurada los criterios de priorización establecidos para la programación de las inspecciones posteriores. Esta herramienta facilita la organización, clasificación y ordenamiento de las actividades según su nivel de prioridad, de forma que la planificación se realice con base en parámetros objetivos, consistentes y verificables.

En el Manual de INSPECCIONES POSTERIORES AL OTORGAMIENTO DE PERMISOS POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD MS.NL.FIMPR.02.02.58 se indica lo siguiente:

- *Anexo 1 Instructivo para realizar la priorización de actividades a inspeccionar posteriormente al otorgamiento del permiso por parte del Ministerio de Salud*
- *Anexo 2 Matriz de Priorización*

El uso de esta matriz contribuye a asegurar transparencia en la selección de las actividades a inspeccionar, optimiza la gestión operativa y respalda la toma de decisiones conforme a la normativa sanitaria vigente.

El ARS Los Santos informó que comenzó a implementar la matriz de priorización el 23 de octubre de 2025, indicando que no se utilizó previamente por desconocimiento de la existencia de la herramienta. El ARS Paraíso manifestó que desconocía si el procedimiento se aplicó durante el periodo en estudio, debido a que en ese tiempo se encontraba laborando en otra Dirección de Área Rectora de Salud. Respecto al ARS Turrialba, verbalmente indicó desconocimiento de la herramienta y en consulta enviada por correo electrónico, no se obtuvo respuesta a sobre la implementación de la matriz de priorización.

La ausencia de implementación oportuna de la matriz de priorización generó deficiencias en la programación basada en riesgo, lo que pudo ocasionar que las inspecciones posteriores se realizaran de manera reactiva y no estratégica, aumentando la probabilidad de atender tardíamente actividades de alto riesgo sanitario y afectando la eficacia del control institucional.



3. CONCLUSIONES

3.1. La ausencia de un mecanismo de control con alertas automáticas para la gestión de vencimientos de permisos de habilitación genera incumplimientos en los procesos de seguimiento y regularización de establecimientos. Esta deficiencia compromete la trazabilidad y la aplicación de medidas correctivas, incrementando el riesgo de incumplimiento normativo, afectación a la calidad de los servicios de salud y deterioro de la imagen institucional.

3.2. Se evidencia un incumplimiento en la ejecución y documentación de las inspecciones posteriores al otorgamiento de permisos sanitarios en las ARS Turrialba, ARS Los Santos y ARS Paraíso, lo cual contraviene lo dispuesto en el Reglamento 43432-S y el Manual MS.NI.FIMPR.02.02.58. Esta situación refleja debilidades en los controles internos y en la gestión operativa, generando riesgos significativos para la salud pública, la legalidad del funcionamiento de los establecimientos y la credibilidad institucional. La ausencia de trazabilidad y seguimiento limita la capacidad de supervisión y aumenta la probabilidad de que se materialicen incumplimientos normativos y afectaciones a la calidad y seguridad de los servicios habilitados.

3.3 La revisión de los expedientes evidenció deficiencias significativas en la gestión documental del proceso de inspecciones en el ARS de Turrialba. La falta de informes técnicos impresos y la ausencia de referencia normativa en varios casos limitan la trazabilidad y el respaldo de las actuaciones realizadas. Esta situación refleja una debilidad en el control interno, afecta la transparencia y dificulta la rendición de cuentas, incrementando el riesgo de habilitar establecimientos sin evidencia suficiente del cumplimiento normativo. Además, la ausencia de gestiones formales para corregir las limitaciones operativas (como la falta de copias) agrava el problema, comprometiendo la confiabilidad del proceso y la capacidad de auditoría institucional.

3.4 La falta de implementación oportuna y homogénea de la matriz de priorización (anexo 1-2) en varias ARS evidencia debilidades en la gestión del control posterior al otorgamiento de permisos. Este incumplimiento ha limitado la capacidad institucional para programar inspecciones de manera estratégica basada en riesgo, lo que incrementa la posibilidad de atender tardíamente actividades de alto riesgo sanitario y compromete la eficacia del control preventivo. Es fundamental que todas las ARS adopten de inmediato el procedimiento establecido, integrando la matriz en su planificación anual y en los informes de gestión, para garantizar un enfoque sistemático, eficiente y alineado con los objetivos normativos del Ministerio de Salud.



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 habilitaciones de servicios de salud, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

Al Director Regional de Rectoría de la Salud Central Este

4.1. Ordenar a los directores de las Áreas Rectoras de Salud la implementación de un control de alertas previas sobre el plazo de vencimiento de los permisos de habilitaciones de servicios de salud, con el propósito de identificar el estado de los permisos y se generen los apercibimientos correctivos para los casos que corresponda. **Resultado 2.1**

La Dirección Regional de Rectoría de la Salud de la Central Este debe registrar en el SAGAI a más tardar el 30 de enero del 2026 certificación de acciones que implementaran la ARS, donde se estará verificando la implementación del control de alertas previas al 30 de julio del 2026.

4.2. Ordenar a las ARS de Paraíso y ARS Los Santos implementar un plan remedial de inspecciones que incluya un cronograma con actividades, fechas, responsables y otros que permita darle seguimiento al cumplimiento de los requerimientos establecidos para las inspecciones, con la finalidad de mejorar la eficiencia operativa y garantizar el adecuado control interno y evitar riesgos en la prestación de servicios relacionados con el control de las habilitaciones de servicios de salud. **Resultado 2.2**

La Dirección Regional de Rectoría de Salud de la Central Este deberá registrar en el SAGAI a más tardar el 30 de enero del 2026 una certificación de las acciones realizadas por ARS de Paraíso y ARS Los Santos, se estará verificando al 30 de junio del 2026 los resultados de las acciones ordenadas.

4.3. Ordenar al Director de la ARS de Turrialba la programación de las inspecciones de habilitaciones de servicios de salud para aquellos establecimientos que brindan sus servicios en un horario diferente al de la institución, con la finalidad de que se efectúe el cumplimiento de los parámetros establecidos en el Reglamento N.º 43432-S. **Resultado 2.2**

La Dirección Regional de Rectoría de Salud de la Central Este deberá registrar en el SAGAI a más tardar el 30 de enero del 2026 una certificación de las acciones realizadas por parte de la ARS Turrialba, se estará verificando al 30 de junio del 2026 los resultados de las acciones ordenadas.



4.4. Ordenar al Director de la ARS Turrialba implementar medidas para asegurar la integridad documental de los expedientes de habilitaciones de servicios de salud, garantizando que cada uno cuente con sus respectivos informes técnicos donde se indique la norma analizada y cuestionario de verificación con la finalidad de cumplir con la adecuada gestión documental según la normativa que rige la materia. **Resultado 2.3**

La Dirección Regional de Rectoría de Salud de la Central Este deberá registrar en el SAGAI a más tardar el 30 de enero del 2026 una certificación de las acciones realizadas por parte de la ARS Turrialba, se estará verificando al 30 de junio del 2026 los resultados de las acciones ordenadas.

4.5. Ordenar a las ARS el acatamiento de manera inmediata del procedimiento INSPECCIONES POSTERIORES AL OTORGAMIENTO DE PERMISOS POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD MS.NL.FIMPR.02.02.58 especialmente en lo relacionado a la implementación de la matriz de priorización, asegurando su integración en la programación anual y en los informes de gestión, con el objetivo de la realizar la priorización de visitas, las inspecciones y las actividades de seguimiento de conformidad con la aplicación de las herramientas estandarizadas según el tipo de riesgo. **Resultado 2.4**

La Dirección Regional de Rectoría de Salud de la Central Este deberá registrar en el SAGAI a más tardar el 30 de enero del 2026 una certificación de las acciones realizadas por las ARS, se estarán verificando al 30 de junio del 2026 los resultados de las acciones ordenadas.

Licda. Floria Villegas Sibaja
Auditora Encargada

Licda Olga Alvarado Mora
Jefe, Unidad Auditoria Rectoría de la Salud

Licda. Miriam Calvo Reyes, MBA
Auditora Interna a.i.