

**MS-AI-647-2025**

23 de julio de 2025

Ingeniera
Ana Villalobos Villalobos
Jefe
Unidad de Protección Radiológica

ASUNTO:	REMISIÓN INFORME MS-AI-646-2025
----------------	--

Estimada señora:

Me permito remitirles el informe MS-AI-646-2025, preparado por la Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría sobre la fiscalización y el control en los Trámites para la Autorización en el Uso, Manejo, Importación, Exportación y Comercialización de Materiales Radiactivos y Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, considera esta Auditoría Interna recomienda organizar los expedientes administrativos electrónicos de las autorizaciones vigentes, de acuerdo con lo que establece la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos y el protocolo MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos; garantizando la integridad del expediente; asimismo definir y comunicar los criterios para la priorización y programación de las inspecciones de los establecimientos a los cuales se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones.

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.



De usted con atentos saludos.

Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA



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

MIEH/OAM/MCR

*c. Dra. Mary Denisse Munive Angermüller. Ministra de Salud
Dr. Bernny Francisco Villarreal Cortés, Director General de Salud
Dr. César Gamboa Peñaranda, Director Dirección de Servicios de Salud
Dra. Andrea Garita Castro Directora, Dirección de Planificación*



INFORME MS-AI-646-2025

Auditoría de carácter especial sobre la fiscalización y el control en los Trámites para la Autorización en el Uso, Manejo, Importación, Exportación y Comercialización de Materiales Radiactivos y Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes.

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Origen de la auditoría.....	6
1.2. Objetivo general	6
1.3. Alcance de la Auditoría	6
1.4. Generalidades del objeto de estudio.....	6
1.5. Normativa técnica aplicable	7
1.6. Ley de Control Interno.....	7
1.7. Comunicación de resultados.....	7
2. RESULTADOS.....	8
2.1 Expedientes administrativos electrónicos sobre autorizaciones emitidas .	8
2.2 Inspecciones a actividades asociadas a fuentes o equipos generadores de radiaciones ionizantes	10
3. CONCLUSIONES	11
4. RECOMENDACIONES	12



INFORME MS-AI-646-2025

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA FISCALIZACIÓN Y EL CONTROL EN LOS TRÁMITES PARA LA AUTORIZACIÓN EN EL USO, MANEJO, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MATERIALES RADIACTIVOS Y EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES.

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio de Auditoría de Carácter Especial sobre la fiscalización y el control en los trámites para la autorización en el uso, manejo, importación, exportación y comercialización de materiales radiactivos y equipos generadores de radiaciones ionizantes, se realizó en cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de la Auditoría del año 2025 y comprendió la verificación de la fiscalización y control de los trámites para la autorización en el almacenamiento, producción, manipulación, exportación, importación, transporte, mantenimiento, comercialización, transferencia o eliminación de materiales radiactivos y equipos generadores de radiaciones ionizantes.

La relevancia de esta auditoría radica en que el Ministerio de Salud es el órgano Regulador como autoridad legalmente facultada para establecer la normativa de protección y seguridad radiológica y de verificar su cumplimiento, por lo cual las acciones de esta auditoría se orientaron a verificar el cumplimiento de la labor fiscalizadora y de control. De acuerdo con esto, las radiaciones ionizantes están reguladas por un reglamento que tiene alcance nacional y establece los requisitos para la protección de la vida, la salud humana y el ambiente contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes, así como para la protección y seguridad radiológica de las fuentes de radiación. Esto se constituye además en parte elemental de la función regulatoria que tiene el MS, ya que, si bien hay beneficios derivados del uso de las radiaciones ionizantes, también se conocen los riesgos y daños para la salud y el ambiente que ocasionan ciertos niveles de radiación, cuando no se adoptan adecuadas medidas de protección.

En la auditoría realizada se determinó que los expedientes administrativos electrónicos que fueron suministrados en el tema de autorizaciones, no cumplen la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos ni con el protocolo MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos, ya que se observa que los documentos que contienen no están clasificados e identificados para su localización, ordenados cronológicamente conforme la fecha de recibo y foliados.

Por otra parte, no se localizaron lineamientos o procedimientos para priorizar, programar las inspecciones, y definir las actividades de seguimiento cuando fuesen necesarias; sino que, la Unidad de Protección Radiológica define las instalaciones que se deben inspeccionar considerando el nivel de riesgo de las estas; determinándose que la relación porcentual que hay entre la cantidad de autorizaciones emitidas y la cantidad de



inspecciones realizadas es escasa, considerando la responsabilidad que tiene delegada la Institución de proteger la salud de la población de los riesgos radiológicos que puedan derivarse de su empleo.

Con el propósito de corregir las situaciones señaladas por la auditoría, se recomienda organizar los expedientes administrativos electrónicos de las autorizaciones vigentes, de acuerdo con lo que establece la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos y el protocolo MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos; asimismo, realizar las acciones que permitan completar los expedientes y la visualización de las imágenes e información de los documentos, con el fin de asegurar razonablemente que la información que se comunica resguarde las características propias de calidad, disponibilidad y acceso.

También, considerando el impacto que puede tener el manejo inadecuado de las radiaciones ionizantes, y con el fin de incrementar la cantidad de inspecciones que realiza la Institución, se recomienda definir y comunicar los criterios para la priorización y programación de las inspecciones a los establecimientos que se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones, o en cualquier lugar en el que pudieran perpetuarse infracciones al reglamento vigente.



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, y el control interno de las funciones y actividades relacionadas con las autorizaciones que el Ministerio de Salud emite en el tema de radiaciones ionizantes.

1.2. Objetivo general

Verificar si la Unidad de Protección Radiológica cumple con la función de fiscalización y control de los trámites para la autorización en el almacenamiento, producción, manipulación, exportación, importación, transporte, mantenimiento, comercialización, transferencia o eliminación de materiales radiactivos y equipos generadores de radiaciones ionizantes.

1.3. Alcance de la Auditoría

La auditoría se desarrolló en el Nivel Central, específicamente en la Unidad de Protección Radiológica (en adelante UPR) de la Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, verificando el cumplimiento de las funciones establecidas para proteger la salud de la población y el medio ambiente contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes y material radioactivo y para vigilar la seguridad física de los emisores de radiaciones ionizantes utilizadas en las prácticas médicas, odontológicas, industriales, veterinarias y de investigación, que establece el Manual de Organización y Funciones.

El periodo revisado fue el año 2024, durante el cual se emitieron aproximadamente 246 autorizaciones por primera vez o por renovación, de las cuales se obtuvo una muestra de 55 autorizaciones.

Como parte del procedimiento de rigor, se realizaron consultas y se solicitaron documentos e información relacionada con el tema en estudio.

1.4. Generalidades del objeto de estudio

La reglamentación emitida sobre protección de las emisiones ionizantes tiene por objeto establecer los criterios tendientes a proteger la salud de la población de los riesgos radiológicos que puedan derivarse de su empleo. El Ministerio de Salud es la autoridad legalmente facultada para establecer la normativa de protección y seguridad radiológica, así como de verificar su cumplimiento, por lo que es necesario la implementación de las funciones institucionales orientadas a proteger la salud de la población y el medio ambiente, contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes y material radioactivo. Esto es posible mediante el ejercicio de la regulación y de la vigilancia de la seguridad física de los emisores de radiaciones ionizantes que se utilizan en las prácticas médicas, odontológicas, industriales, veterinarias y de investigación.



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 deberá 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

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

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



Por lo tanto, en cumplimiento de la supracitada norma, el día 07 de julio de 2025, se procedió a realizar la exposición del presente informe, con la presencia de los siguientes funcionarios (as):

Por parte de la Administración:

Ana Villalobos Villalobos, Jefe Unidad de Protección Radiológica.
Kenneth Muñoz Bolaños, Profesional Unidad de Protección Radiológica.
Irma Agüero Fallas, Secretaria Unidad de Protección Radiológica.
Eduardo Ramírez Cover, Profesional Unidad de Protección Radiológica.
Juan Carlos Oreamuno Hernández, Profesional Unidad de Protección Radiológica.

Por la Auditoría Interna:

María Isabel Espinoza Hernández, Encargada del estudio de auditoría.
Olga Marta Alvarado Mora, Jefe Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud.

La comunicación escrita, se realizó mediante el oficio **CARTA MS-AI-559-2025 MS-AI-878-2024** del 7 de julio de 2025, dirigido a la Ingeniera Ana Villalobos Villalobos, Jefe de la Unidad de Protección Radiológica con copia al Dr. César Augusto Gamboa Peñaranda, Director de Servicios de Salud y al Dr. Bernny Francisco Villarreal Cortés, Director General de Salud. Se otorgó un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Dirección las observaciones que tuviesen sobre el particular.

Se recibieron observaciones por parte de la Unidad de Protección Radiológica mediante el oficio CARTA-MS-DPRSA-UPR-0834-2025 del 11 de julio de 2025. La Auditoría Interna revisó el documento para conocer el fondo de las observaciones y considerar su trascendencia para la modificación del informe y el cumplimiento de las recomendaciones. Lo resuelto sobre el particular se comunicó a la Unidad de Protección Radiológica en el oficio CARTA MS-AI-650-2025.

2. RESULTADOS

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

2.1 Expedientes administrativos electrónicos sobre autorizaciones emitidas

Los documentos que contienen los expedientes administrativos electrónicos de los establecimientos de las autorizaciones emitidas en el 2024 no están clasificados e identificados para facilitar su localización. Tampoco se encuentran foliados y ordenados cronológicamente conforme la fecha de recibo.

Aunado a lo anterior, en la revisión de los siguientes expedientes no se localizaron algunos de los requisitos que establece la normativa para el otorgamiento de las autorizaciones, por saber:



- **Laboratorios Kerigma:** No se localizaba la formación universitaria, curso avanzado de PR, licencia de operador.
- **Clínica Aura Surgical:** No se podía abrir el archivo relacionado con el curso avanzado de PR y no se localizaba el título de formación universitaria.
- **Clínica San Gabriel:** No se localizaba la licencia de operador, curso avanzado de PR y título de formación universitaria.

Estos documentos, si bien fueron incluidos en los expedientes respectivos, no despliegan el contenido, por lo que no fue posible visualizar la información que contienen.

La conformación de expedientes administrativos tanto en soporte papel como electrónico está regulada por la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos, de aplicación obligatoria para todos los órganos del Poder Ejecutivo. Asimismo, el protocolo institucional MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos que tiene el objetivo de Estandarizar los pasos a seguir para la conformación, foliado y préstamo de expedientes administrativos de trámites y/o peticiones que ingresan a la institución, realizados por clientes internos y externos, con el fin de regular la producción documental en los tres niveles de gestión y mantener la transparencia en las gestiones administrativas del Ministerio de Salud.

La norma señalada establece en el punto 5.1 las siguientes características que identifican al expediente administrativo:

1. La existencia de un proceso y un procedimiento administrativo que lo respalda
2. Que puede causar afectación de los derechos o intereses particulares
3. Que consta de requisitos formales
4. Que demuestra una secuencia lógica de actuaciones y resoluciones.

Lo ordenado por la norma es con el fin de evidenciar lo actuado por la administración, conservar el valor probatorio para posibles litigios, testimoniar la rendición de cuentas y facilitar la transparencia administrativa.

Por otra parte, la Norma sobre actividades de Control 5.7 establece la importancia de la seguridad de la información e indica la necesidad de que se instauren los controles que aseguren que la información que se comunica resguarde sus características propias de calidad, y que garanticen razonablemente su disponibilidad y acceso por parte de los distintos usuarios con la oportunidad y prontitud que se requiera.

La situación expuesta, podría deberse a que la UPR no consideró en la producción de expedientes digitales lo que establece el protocolo institucional MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos, emitido en el 2017 y actualizado en el 2020, el cual está basado en la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos, norma que está dirigida a todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Archivos. Asimismo, la digitalización de los expedientes administrativos no se realizó con la asesoría del Área de Archivo Central.



Lo señalado, podría atribuirse a la falta de controles que aseguren que los documentos e información de los expedientes de autorizaciones sean resguardados apropiadamente para que la información que contienen resguarde sus características propias de calidad, y se garanticen razonablemente su disponibilidad y acceso por parte de los distintos usuarios.

La falta de ordenamiento de los expedientes administrativos electrónicos de acuerdo con lo que establece la normativa, no facilita comprobar e identificar la trazabilidad y transparencia administrativa de los trámites de autorización. Asimismo, potencializa la amenaza en la continuidad de las operaciones y procesos institucionales y, por corresponder a trámites públicos, podría requerirse en cualquier momento para su uso, consulta o evaluación.

Por otra parte, la falta de completitud de los expedientes limita que los órganos de control comprueben la información de los requisitos de las autorizaciones, porque, para obtener los documentos de los expedientes se requiere de la consulta frecuente a la UPR, lo cual implica sustraer a los funcionarios de sus actividades técnicas y profesionales para atender requerimientos de información, esto podría interferir en los resultados de la investigación y en el cumplimiento de los objetivos.

2.2 Inspecciones a actividades asociadas a fuentes o equipos generadores de radiaciones ionizantes

De acuerdo con la información recopilada, en el año 2024 se tramitó un aproximado de 256 autorizaciones desglosadas de la siguiente forma: 138 autorizaciones para responsables de la protección radiológica, 88 autorizaciones para operación de instalación con emisores de radiaciones I, II, III y IV y 66 autorizaciones para actividades asociadas a radiaciones ionizantes (Transporte de materiales radiactivos, exportación e importación de materiales radiactivos, prestación de servicios a instalaciones con emisores de radiaciones ionizantes, exportación de equipos generadores de radiaciones ionizantes, cierre definitivo de instalaciones con emisores de radiaciones ionizantes).

No obstante, de las 88 autorizaciones para operación de instalación con emisores de radiaciones I, II, III y IV y 66 autorizaciones para actividades asociadas a radiaciones ionizantes, la UPR programó 7 inspecciones y realizó 3; los 4 restantes no se efectuaron por diversos motivos.

De la revisión efectuada no se evidenciaron lineamientos o procedimientos para priorizar y programar las inspecciones, ni la definición de actividades de seguimiento cuando fuesen necesarias; sino que la UPR define las instalaciones que se deben inspeccionar considerando el nivel de riesgo de estas; sin embargo, la relación porcentual que hay entre la cantidad de autorizaciones emitidas y la cantidad de inspecciones realizadas es de 1.9% (3 autorizaciones), que es bajo considerando la responsabilidad que tiene delegada la Institución de proteger la salud de la población de los riesgos radiológicos que puedan derivarse de su empleo, dado que los beneficios del uso de las radiaciones ionizantes están evidenciados, pero también los riesgos y daños a la salud que pueden derivarse si no se efectúa una adecuada inspección y al medio ambiente cuando no hay controles sobre los niveles de radiación.



Al respecto es importante retomar el artículo 54 del Decreto 24037-S Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica, que estuvo vigente hasta el 25 de marzo de 2025; el cual establecía la realización de inspecciones periódicas a todo tipo de instalaciones, públicas o privadas y también, a cualquier tipo de instalaciones, dependencias, vehículos, sitios públicos o privados, en donde existan o se presuma que existan fuentes o equipos generadores de radiaciones ionizantes.

Asimismo, aunque se está revisando las inspecciones del 2024, es importante citar el nuevo Decreto N° 44653-S Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica, vigente a partir de marzo de 2025, el cual indica en el artículo 172 que los establecimientos a los cuales se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones y registros, o en cualquier lugar en el que pudieran perpetuarse infracciones al reglamento, serán sujetos de inspección de forma programada aplicando el enfoque graduado; en este sentido también las Normas sobre Actividades de Control en su apartado 1.3 establecen que las actividades deben adaptarse a la capacidad de la institución de implantarlas, teniendo presente, fundamentalmente, la disponibilidad de recursos, la capacidad del personal para ejecutarlas correcta y oportunamente, y su ajuste al bloque de legalidad.

De tal forma, es claro que la normativa que rige actualmente estas actividades establece la inspección de los establecimientos a los cuales se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones.

La situación expuesta, se origina en que la Institución no tiene definidos y documentados los criterios que deben ser aplicados para priorizar y programar las inspecciones de todas aquellas actividades en donde existan fuentes o equipos generadores de radiaciones ionizantes, y que eso permita dar cumplimiento a la normativa que regula y controla el tema.

La falta de definición de los criterios para priorizar y programar las inspecciones no garantiza a la Institución determina con efectividad las actividades que deben ser priorizadas para la verificación del cumplimiento de los requisitos y las condiciones de protección y seguridad radiológica; lo que conlleva un riesgo de que no se comprueben las condiciones que puedan estar comprometiendo la protección y seguridad radiológica de la población y el ambiente, y de poder aplicar las medidas cuya finalidad tiendan a evitar la aparición de peligros, la agravación o difusión del daño, o la continuación o reincidencia en la perpetración de infracciones legales o reglamentarias que atenten contra la salud de las personas.

3. CONCLUSIONES

3.1. Los expedientes administrativos electrónicos que fueron suministrados por la UPR, no cumplen la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos ni con el protocolo MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos, ya que se observa que los documentos que contienen no tienen una secuencia lógica, no están ordenados cronológicamente, no están identificados, no están numerados.

El MS no tiene un sistema que coadyuve en la conformación de expedientes electrónicos, por lo que se debe recurrir a lo que establece la “Norma técnica nacional: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos”, dirigida a todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Archivos.



Además, se determinó debilidad en la completitud de los expedientes de las autorizaciones emitidas, y en la descarga de imágenes de algunos documentos, condición que obstaculizó comprobar la información de los requisitos y que la Auditoría Interna pueda emitir resultados acertados basados en información fidedigna, ya que, para obtener los documentos faltantes de los expedientes, se requeriría de la consulta frecuente a la UPR.

3.2. La Institución no tiene establecidos los criterios que deben ser aplicados para programar las inspecciones de las actividades en donde existan o se presume que existan fuentes o equipos generadores de radiaciones ionizantes, y que eso permita dar cumplimiento y ser congruentes con lo ordenado por la normativa que regula el tema.

Tanto el Decreto 24037-S Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica que estuvo vigente hasta el 25 de marzo de 2025, como el nuevo Decreto N° 44653-S Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica que rige a partir del 26 de marzo de 2025, regulan el tema de inspecciones; este último establece que los establecimientos a los cuales se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones y registros, o en cualquier lugar en el que pudieran perpetuarse infracciones al reglamento, serán sujetos de inspección de forma programada aplicando el enfoque graduado, por lo cual en alineamiento con las Normas de Control Interno es necesario la definición de criterios que permitan la congruencia del sistema de control interno con el bloque de legalidad establecido.

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo estipulado en el inciso b) del artículo 22 de la Ley de Control Interno, debido a las debilidades encontradas en el desarrollo del estudio expuestas en el presente informe y con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno de las labores relacionadas con las radiaciones ionizantes y material radiactivo, considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

A la Jefe de la Unidad de Protección Radiológica

4.1. Organizar los expedientes administrativos electrónicos de las autorizaciones vigentes, de acuerdo con lo que establece la Norma Técnica Nacional NTN-001: Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos y el protocolo MS.NI.SLA.09.03.P.01 de apertura, foliado, y préstamos de expedientes administrativos; garantizando la integridad del expediente y el espacio de almacenamiento donde se van a gestionar los documentos digitalizados, con el fin de cumplir con la norma de producción documental emitida y facilitar el contenido y el acceso a los documentos que demuestran la trazabilidad y transparencia administrativa de los trámites realizados. **Resultado 2.1**

La UPR debe registrar en el sistema SAGAI antes del 30 de septiembre de 2025, un cronograma con las acciones y plazos que se requieren para obtener el producto citado, y antes del 30 de setiembre de 2026 informar a esta Auditoría Interna los avances obtenidos.



4.2. Definir y comunicar los criterios para la priorización y programación de las inspecciones de los establecimientos a los cuales se les ha otorgado previamente cualquiera de las autorizaciones, o en cualquier lugar en el que pudieran perpetuarse infracciones al reglamento vigente, con la finalidad de incrementar el alcance de inspecciones que le permitan a la Institución verificar los requisitos y las condiciones de protección y seguridad radiológica establecidos. **Resultado 2.2**

La UPR debe registrar en el sistema SAGAI antes del 30 de enero de 2026 el documento formal que a nivel institucional defina y comunique los criterios para la priorización y programación de las inspecciones.

Licda. María Isabel Espinoza Hernández
Auditora Encargada

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

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