

INFORME SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO SOBRE LA EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL SEVRI

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen del estudio

El estudio a que se refiere el presente informe se efectuó en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de la Auditoría Interna.

1.2. Objetivo general

El objetivo principal del estudio consistió en evaluar el funcionamiento del SEVRI y el cumplimiento por parte de la Administración de las Directrices emitidas por la Contraloría General de la República (Resolución R-CO-64-2005).

1.3. Alcance y periodo del estudio

El estudio consistió en evaluar el proceso integral del SEVRI, así como verificar si los procedimientos y actividades se realizaron de conformidad con lo dispuesto por la normativa técnica aplicable. El periodo de estudio abarcó del 01 de enero al 31 de diciembre del 2009, extendiéndose en los casos que se consideró necesario hasta el 10 de febrero del 2012.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron como criterios de evaluación en el funcionamiento del SEVRI, lo dispuesto en el siguiente bloque de legalidad: Ley General de Control Interno, N° 8292, “Propuesta de Modificación Parcial de la Estructura Organizativa del Instituto Mixto de Ayuda Social para la creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno”¹ y la Resolución R-CO-64-2005 “Directrices Generales para el Establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE”.

Para la realización del estudio, se consideraron las disposiciones del Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (M-2-2006-CO-DFOE), así como la demás normativa de Auditoría Interna de aceptación general.

¹ Aprobado mediante acuerdo N° 265-07 del 31 de julio del 2007.

1.4. Comunicación verbal de resultados

En reunión celebrada el día 02 de marzo del 2012, se comunicaron los resultados del presente informe a la Máster Mayra Díaz Méndez, Gerente General y a la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de Control Interno, en la cual se efectuaron algunas observaciones que en lo pertinente, una vez valoradas por esta Auditoría Interna, fueron incorporadas en el acápite de recomendaciones del presente informe.

2. RESULTADOS

2.1. Seguimiento de la implementación del Plan de trabajo² y el Cronograma de actividades³

Con respecto a la actualización del Marco Orientador con los componentes del SEVRI y presentación del informe de gestión de riesgos, se debe indicar que el Plan de trabajo aprobado por el Consejo Directivo, mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008 dispone en el punto 2 del por tanto lo siguiente: “Ordenar a la Gerencia General, remitir a la Contraloría General de la República, el Plan de Trabajo para el ajuste y corrección del SEVRI, con el objeto de indicar que el sistema está operando y que se requiere realizar algunos ajustes.”.

No obstante, al 10 de febrero del 2012 no se había finiquitado dicha actualización, se contrato a la empresa “Asociación Fundes de Costa Rica” por un monto de ¢3.500.000,00 (tres millones quinientos mil colones) para efectuar el proceso de desarrollar talleres para analizar el Marco Orientador y el fortalecimiento de los componentes del SEVRI, con la finalidad de consolidar las observaciones y sugerencias dentro de un informe final, acto que se finiquitó en el mes de diciembre del 2009.

Al respecto, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno (UCI) señaló que la actualización del Marco Orientador es una actividad que no se ha concluido por la serie de actividades implícitas en el proceso contratado y se esperaba que el “...producto que (sic) tendríamos para el mes de abril...”.

² Denominado Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) 2008-2009, aprobado mediante acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008.

³ Denominado Cronograma de actividades 2009 para el fortalecimiento del SEVRI, ha probado mediante acuerdo N° 105-09 del 17 de marzo del 2009.

2.2. Disposición de un plan o actividades que mejoren el SEVRI

La Unidad de Control Interno (UCI) para definir los planes de trabajo de cada año debe analizar las mejoras y ajustes que requiere el Sistema Específico de Evaluación y Valoración de Riesgos, no obstante no se dispone de un diagnóstico que permita conocer qué áreas o componentes del sistema no están funcionando adecuadamente y que requieren de un plan de mejora, con el fin de alcanzar un funcionamiento óptimo del SEVRI.

Al respecto, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno, señaló que en ausencia de un plan de mejora "...se propuso a la Gerencia General hacer una evaluación del SEVRI, que permita saber cuál es el nivel del sistema y cuáles son las necesidades de mejoras para el buen funcionamiento del mismo una vez terminado el plan de ajuste concluido en diciembre del año pasado...", la cual se llevó a cabo por medio de la contratación directa N° 2010 CD-000066-IMAS (10007762), por un monto total de ¢6.000.000,00 (seis millones de colones), cuyo objetivo señala: "Fortalecer el Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI), mediante la evaluación de las actividades realizadas por la Institución en el establecimiento y funcionamiento del sistema, de manera que este genere los productos y resultados de acuerdo a lo establecido por la Contraloría General de la República en las Directrices Generales del SEVRI. Así como brindar el seguimiento oportuno en la implementación de las medidas de administración de riesgos y la revisión de los riesgos identificados."

No obstante, conviene recordar que los requerimientos de evaluar las actividades realizadas por la Institución en el establecimiento y funcionamiento del SEVRI, así como el seguimiento de las medidas de administración, corresponden tanto a labores propias de la Unidad de Control Interno como a responsabilidades establecidas al jerarca y los titulares subordinados, según lo dispuesto en la directriz 2.7 de la Resolución R-CO-64-2005, que literalmente señala:

Responsabilidad del SEVRI. El jerarca y los respectivos titulares subordinados de la institución son los responsables del establecimiento y funcionamiento del SEVRI. Para lo anterior deberán: /a) Establecer y disponer los componentes del Sistema indicados en la sección 3. /b) Definir y ejecutar las actividades del Sistema indicados en la sección 4. /c) **Evaluar y dar seguimiento al Sistema para verificar su eficacia y eficiencia en relación con el objetivo indicado en la directriz 2.3.** /d) Verificar el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en relación con el Sistema referidas en las directrices 3.2. Y 3.3. /e) **Tomar las medidas necesarias tendientes a fortalecer y perfeccionar el Sistema y al cumplimiento de la presente normativa.** /f) **Comunicar a los sujetos interesados el estado del SEVRI y de las medidas que ha tomado para su fortalecimiento.** (Lo resaltando no es parte del original)

Se debe mencionar que dentro de las actividades contempladas en el cronograma de actividades programadas para realizar durante el año y elaborado por la Unidad de Control

Interno, se encuentra el seguimiento de las medidas de administración (2005), acción que se encontraba pendiente de ejecutar por parte de la Unidad de Control Interno. En cuanto al seguimiento de implementación de las medidas de administración propuestas por las unidades de trabajo en los riesgos identificados durante el proceso llevado a cabo en el transcurso del año 2009, fueron revisados por la Unidad de Control Interno durante los meses de abril y agosto del año 2011. No obstante, mediante revisión efectuada el 09 de febrero 2012, se corroboró en los expedientes administrativos de: Empresas Comerciales, Área de Desarrollo Informático y Área Regional de Desarrollo Social de Heredia que efectivamente se realizó el seguimiento de las medidas de administración.

2.3. Diagnóstico del SEVRI

Durante el año 2009 y principios del 2010 se realizó una actualización de la versión y se efectuaron ajustes al funcionamiento de la herramienta denominada ERA, la cual es utilizada para registrar, procesar y sistematizar la información del SEVRI.

En relación con lo expuesto, se considera importante reseñar lo dispuesto en el inciso b) del punto 4.1.4.2 de la “Propuesta de Modificación Parcial de la Estructura Organizativa del Instituto Mixto de Ayuda Social para la creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno” que a la letra dispone: “Analizar las mejoras y ajustes que requiera el Sistema Especifico de Valoración de Riesgos, para su presentación ante la Comisión Gerencial de Control Interno.”, lo que a criterio de esta Auditoría presupone que la Unidad de Control Interno debe realizar una valoración de la operacionalidad de la herramienta, como de la veracidad de la información suministrada.

2.4. Comisión Gerencial de Control Interno

Entre las funciones y competencias⁴ que debe asumir la Comisión Gerencial de Control Interno se encuentran el dictaminar, asesorar, analizar y validar tanto los parámetros de aceptabilidad del riesgo como dictaminar las políticas, programas de trabajo e informes emitidos por la Unidad de Control Interno en materia de riesgos y control interno. Sin embargo, dichas actividades no son concordantes con las funciones que desempeña la Comisión, así fue confirmado tanto en la revisión documental como por el Lic. Guillermo Lee Ching, representante de la Gerencia General ante la Comisión Gerencial de Control Interno, que indico lo siguiente:

⁴ Véase punto 4.1.3.1 de la Propuesta de Modificación Parcial de la Estructura Organizativa del IMAS para la creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno.

Podemos ver las políticas nosotros **no podemos dictaminar** las políticas eso le corresponde al Consejo Directivo, generalmente nosotros vemos no dictaminamos. /.../La Comisión (según la conceptualización de ustedes) **no asesora**, la Comisión es el nivel gerencial, hay que recordar que la Comisión es la Gerencia General, los señores Subgerentes y la señora responsable de Planeamiento Institucional, por lo que está involucrada en las acciones de la UCI, y vela porque ésta cumpla con los objetivos, la metodología y la programación definida, tanto para la autoevaluación como con el SEVRI. /.../Nosotros no dictaminamos, **lo que hacemos es conversar sobre algún documento para que se le hagan algunos ajustes**, esto se da cuando no estamos de acuerdo de (sic) algo, los ajustes que se hacen son de forma, los ajustes deben y son de fondo también, por ejemplo cuando una palabra está mal escrita, **avalamos el documento**, con la observación de que se corrija para presentarlo a la Gerencia, para lo que corresponda. (Lo resaltado no es parte original)

Por otra parte y con respecto al apoyo o asesoría que recibe la UCI en la ejecución de sus labores por parte de la precitada Comisión, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno señaló: “Yo lo que veo en el proceso del 2009 la Comisión **se alejo del proceso de valoración de riesgo en el sentido de asesorar** más el proceso si hubo cierta coordinación algunas actividades en el papel de revisión de los informes pero que como dictar lineamientos o dirigir, instrucciones o asesorar creo que ahí hay una **gran ausencia de parte de la Comisión (SIC)**.” (Lo resaltado no es parte del original)

2.5. Análisis del seguimiento e implementación de las medidas de administración de riesgos

De conformidad con la primera revisión efectuada por esta Auditoría no se había efectuado el seguimiento ni implementación de las medidas de administración establecidas para los riesgos identificados durante el proceso del año 2009, por parte de los titulares subordinados de las Unidades objeto de estudio, tal situación se evidenció con las medidas de administración de Tesorería, Avancemos, Contabilidad y Departamento de Administración de Instituciones y Bienestar Social. Lo anterior se dio, aparentemente, por la necesidad de concienciación a los funcionarios de la importancia y responsabilidad que tienen en la valoración y evaluación de los riesgos.

Sobre el particular, la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno señaló que no se ha “...iniciado con el seguimiento de las medidas de administración del proceso 2009, pero hemos venido dando seguimiento a las medidas institucionales que venían implementándose desde los años 2006, 2007...”. No obstante, es preciso definir a partir de qué momento las medidas de administración deben ser implementadas, ya que la Licda. Sandoval señala que es hasta tanto el Informe de gestión de riesgos, en este caso del proceso 2009, se encuentre avalado por el Consejo Directivo, sin embargo se enfatiza que el precitado informe fue aprobado aproximadamente 11 meses después de haberse efectuado la evaluación de riesgos. A partir de lo expuesto, durante esos once meses los riesgos identificados, valorados y evaluados por cada una de las

unidades o áreas se encontraban sin que se aplicaran las medidas de administración propuestas. Sobre este asunto, la Auditoría se refirió en el informe AUD.024-2011 “INFORME DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS DEL ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN”, punto 4.3, inciso b en donde se recomendaba lo siguiente:

Elaborar y someter a la aprobación del Consejo Directivo, las siguientes modificaciones del Marco Orientador de SEVRI: /b) Documentar de forma clara y explícita el o los responsables de iniciar el proceso de implementación, seguimiento y análisis de la efectividad de los planes de acción. Considerando que no es necesaria la aprobación del informe de gestión de riesgos por parte del Consejo Directivo para iniciar el proceso de implementación, seguimiento y análisis de la efectividad de los planes de acción; y la responsabilidad de los Titulares Subordinados en la implementación de los planes de acción, los cuales deben ser razonables y consecuentes según el riesgo a administrar y considerando el análisis de costo y beneficio en su diseño e implementación. (Ver punto 2.3.3 del acápite de resultados)

Entre las consecuencias que se generan a partir de un inoportuno seguimiento de las medidas administrativas de riesgos se pueden citar: la inadecuada minimización del impacto de materialización de los riesgos, falta de una culturización institucional en materia de administración de riesgos y control, limitaciones en el logro de las metas y objetivos institucionales, inadecuada utilización de los recursos institucionales invertidos con el propósito de crear una atmósfera de riesgos adecuada e inexactitud de la información que se genera para la toma de decisiones.

Con respecto a los informes de avance en la implementación de medidas y la valoración de la efectividad de dichas medidas para controlar los riesgos, la Licda. Sandoval Sandoval señaló que para verificar los resultados de las medidas de administración “...Debemos hacerlo, para lo que dentro de los términos de referencia de la evaluación de SEVRI, estamos incluyendo lo que es el seguimiento a las medidas de administración y la efectividad de esas...”.

A través de una contratación de servicios profesionales se valoró la efectividad de las medidas para controlar los riesgos, siendo una responsabilidad del titular subordinado el adoptar las medidas necesarias para administrarlos, tomar de inmediato medidas correctivas y ubicar los riesgos, mediante las medidas administrativas, en niveles aceptables. Sin embargo, dicha responsabilidad recae en el Consejo Directivo y en la Administración Activa, asimismo sobre la Unidad de Control Interno que tiene el deber de “Dar seguimiento a las medidas de administración de riesgo implementadas por las diferentes unidades funcionales de los procesos de administración de riesgos.⁵”, siendo del

⁵ Tal como lo destaca el punto 3.2 “Responsabilidades” del Marco Orientador en concordancia con lo indicado en el apartado 2.7 de la Resolución R-CO-64-2005 “Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del

criterio de esta Auditoría Interna que no puede ser delegada dicha responsabilidad a la contratación de un tercero, por cuanto puede afectar el fortalecimiento y funcionamiento del SEVRI en el IMAS.

2.6. Análisis de la disponibilidad de normativa interna

De conformidad con la revisión documental de ese momento, se había determinado que se carecían de procedimientos orientados a guiar la realización del proceso de evaluación y valoración de riesgos, no obstante se dispone de un Marco Orientador y del Plan de trabajo para el ajuste y corrección del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI). Tal situación, fue confirmada, por la Licda. Sandoval Sandoval que literalmente, en lo de interés, indico: “En este momento no cuenta (Sic), es parte de las debilidades de la Unidad de Control Interno porque la unidad tiene un año y medio funcionando...”.

En relación con lo expuesto, la norma 4.1 de las Normas de Control Interno para el Sector Público señala que el diseño, adopción, evaluación y perfeccionamiento de dichas actividades a través de la definición de procedimientos, políticas y mecanismos que regulen la operación, en este caso, la evaluación y valoración de riesgos.

Lo indicado anteriormente, afectaba el adecuado funcionamiento del SEVRI por el hecho de no disponerse de normativa interna orientada a guiar y regular cada uno de las acciones que se deben seguir para efectuar la identificación, valoración y administración de los riesgos.

Sin embargo, mediante el oficio GG-0231-02-2012, de fecha 09 de febrero del 2012, la Gerente General aprobó el “Manual de Procedimientos para la Sistematización y Documentación de la Gestión del Riesgos Institucional”, dicho manual contempla las regulaciones contenidas en la Ley General de Control Interno, las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específicos de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, las Normas de Control Interno para el Sector Publico N-2-2009-CI-DFOE, y la Actualización del Marco Orientado y fortalecimiento de los Componentes del SEVRI (Aprobado por Consejo Directivo mediante acuerdo N° 105-09).

2.7. Culturización e interiorización del riesgo en las unidades de trabajo

De conformidad con lo expuesto en el punto 3.3 del documento “Actualización del Marco Orientador y Fortalecimiento de Componentes del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)”, denominado en adelante como Marco Orientador, para llevar a cabo el “Proceso de Culturalización” se debe efectuar un “...proceso constante de capacitación que permita modificar la cultura institucional. Con visión de planificación con base en la identificación de riesgos, para el fortalecimientos del SEVRI, con el fin de que el Jerarca y Titulares Subordinados y demás funcionarios tengan claridad e interioricen el aspecto metodológico del modelo, los conceptos, sus responsabilidades y deberes en la ejecución de éste.”. Por ende, dicha labor debe ser acompañada por la UCI brindando apoyo y asesoría a las unidades durante el proceso de análisis y revisión de los riesgos identificados durante la valoración del riesgo.

Adicionalmente, la directriz 3.3 de la Resolución R-CO-64-2005 dispone que en cada institución debe promoverse una cultura favorable mediante la concienciación de los funcionarios sobre la importancia de la valoración del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales, no obstante, de conformidad con las pruebas efectuadas, se determinó que los titulares subordinados accionan, a petición de parte, cada vez que la UCI realiza requerimientos de información, es decir no existe un flujo de información constante por parte de cada unidad o área que permita monitorear el nivel de riesgo y el estado de implementación de las medidas de administración.

Sobre el particular, la Licda. Sandoval Sandoval señalo que las unidades de trabajo no comunican oportunamente a la UCI la implementación y el resultado de las medidas de control, solamente cuando se les pregunta “...yo no sé si es falta de un lineamiento institucional o compromiso del titular de estar informando sobre las acciones, si no se envía un oficio preguntando sobre los resultados no informan...”. (El subrayado no es parte del original)

Lo expuesto anteriormente, podría tener como causa la carencia de procedimientos definidos y de un liderazgo que permita la toma oportuna de decisiones que promuevan un movimiento fluido en el desarrollo y fortalecimiento del SEVRI.

2.8. Identificación de riesgos

De la revisión efectuada sobre el proceso de identificación y valoración de los riesgos llevado a cabo por las Unidades de Contabilidad, Tesorería, Avancemos y Departamento de Administración de Instituciones y Bienestar Social, se determinó que estos presentan errores de identificación y definición por cuanto en las unidades revisadas lo que se ubicó, en algunos casos, como riesgos, corresponden a la causa, o debilidades de control o una

necesidad administrativa, así como la identificación de causas no correlacionadas con el evento.

Estos riesgos fueron revisados por la Unidad de Control Interno, sin embargo fueron incorporados en la herramienta ERA a pesar de las observaciones realizadas a dichas deficiencias. Tal situación se evidenció en los siguientes casos:

Con respecto a los riesgos registrados en la herramienta ERA, se debe mencionar que los riesgos “Pérdida de documentación financiera y respaldo de los asientos contables”, “No suministro de la información o información incompleta de unidades externas.”, “Registros inadecuados por personal externo a la contabilidad involucradas al proceso contable”, “Errores u omisiones en la información generada por parte de la contabilidad”, “Errores u omisiones involuntarias en los registros contables”, “No brindar la respuesta oportuna en cuanto al diseño, dirección técnica, articulación y supervisión de los programas y las estrategias metodológicas”, “No contar con los lineamientos para la operacionalización de ley 7769” y “Errores en las operaciones ordinarias de la unidad”; identificados y valorados por las precitadas unidades, corresponden no a eventos sino a causas y debilidades de control interno.

Lo anterior genera que no se disponga de una base de datos que brinde información veraz para la toma de decisiones, lo cual podría ser causado por el desconocimiento y falta de capacitación que tienen los titulares subordinados en el momento de identificar los riesgos, diferenciando entre causa, evento y consecuencia.

En relación con lo expuesto, conviene reseñar lo establecido en el artículo 14 de la Ley General de Control Interno, N° 8292, referente a identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y metas institucionales; analizar el efecto posible de los riesgos identificados y finalmente adoptar las medidas necesarias para ubicar el riesgo en un nivel aceptable; sin embargo si las unidades institucionales están identificando riesgos que por sí mismos corresponden a causas o debilidades de control interno, es criterio de la Auditoría que los recursos y mecanismos no se están direccionando a administrar los riesgos institucionales y por ende se encuentran áreas expuestas a la materialización de riesgos por la necesidad de identificar, valorar y evaluar aquellos riesgos latentes que requieren de medidas de administración para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.9. Análisis de la información contemplada en el expediente administrativo de la gestión de riesgo

De la revisión efectuada a los expedientes administrativos de la gestión de riesgo, seleccionados previamente, de las unidades de: Contabilidad, Avancemos, Tesorería y Departamento de Administración de Instituciones y Bienestar Social, se determinó que la

información no se encuentra archivada cronológicamente y foliada (numeración consecutiva), documentos sin la firma del personal involucrado en el proceso, se carecen de registros históricos del flujo de la información, de los programas o planes de seguimiento o implementación de medidas, notas de supervisión u observaciones enviados por la Unidad de Control Interno.

Al respecto, es conveniente mencionar lo señalado por la Procuraduría General de la República en el pronunciamiento C-363-2008 del 07 de octubre del 2008 referente al orden del expediente y su foliatura que a la letra señala, en lo de interés, lo siguiente: "...la numeración del expediente debe seguir un orden cronológico de manera tal que los documentos más antiguos (salvo que aparezcan adjuntos a un acto procedimental posterior) tengan la numeración más baja y viceversa. Del mismo modo, el orden debe ser ascendente, de forma tal que al abrir el expediente aparezca el folio con la numeración más baja y no a la inversa...".

En relación a lo expuesto, se debe mencionar lo citado en la directriz 4.7 de la Resolución R-CO-64-2005, referente a la documentación de riesgos y medidas de administración de riesgos que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión) que en lo de interés dispone:

Deberá de establecerse registros de riesgos que incluyan, como mínimo, la **información sobre su probabilidad, consecuencia, nivel de riesgo asociado y medidas seleccionadas para su administración.** /En relación con las medidas para la administración de riesgos deberá documentarse como mínimo su **descripción, sus resultados esperados en tiempo y espacio, los recursos necesarios y responsables para llevarlas a cabo.** /Se deberá velar por que los **registros sean accesibles, comprensibles y completos** y que la documentación se realice de forma continua, oportuna y confiable. /Toda esta información deberá servir de base para la elaboración de los reportes del SEVRI dirigidos a los sujetos interesados y podrá ser requerida por la Contraloría General de la República o la auditoría interna, por lo que deberá de estar actualizada en todo momento. (Lo resaltado no es parte del original)

2.10. Actualización de la Intranet con los riesgos institucionales

De conformidad con la primera revisión efectuada por esta Auditoría no existía información a disposición de los usuarios y del público en general a través de la página Web ni en la Intranet del IMAS; por cuanto la UCI no había cargado la información relacionada con los riesgos institucionales de los periodos 2009 y 2010; lo cual imposibilitaba que los sujetos interesados externos e internos puedan consultar el mapa de riesgos y el estado de las medidas administrativas.

No obstante, mediante revisión efectuada el 10 de febrero del 2012, tanto a la Intranet como a la página WEB Institucional, se constato que se encuentran incorporadas la

información vinculada con la Gestión de Riesgos 2009 y 2010, cuya actualización se efectúa de acuerdo con el avance de las actividades de la Unidad de Control Interno.

Sobre el particular, conviene traer a colación lo establecido en la norma 5.7.1 de las Normas de Control Interno para el Sector Público, que señala que “Deben establecerse y funcionar **adecuados canales y medios de comunicación**, que permitan trasladar la información de manera **transparente, ágil, segura, correcta y oportuna**, a los destinatarios idóneos dentro y fuera de la institución.”. (Lo resaltado no es parte del original).

3. CONCLUSIONES

De conformidad con los resultados obtenidos en el presente estudio, esta Auditoría concluye lo siguiente:

3.1. Los elementos que integran el Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) del IMAS no están interaccionando entre sí, en el sentido que existen debilidades, claramente identificadas en el presente informe, relacionadas con la identificación, administración, revisión y comunicación de los riesgos, y que además desde el año 2008 se han realizado una serie de gestiones para disponer de un Marco Orientador que a la fecha se encuentra pendiente de actualización, viene a afectar en forma significativa el funcionamiento y perfeccionamiento del SEVRI y consecuentemente, existe una alta probabilidad de que los objetivos que éste persigue lograr, no se alcancen y por el contrario se produzca un estancamiento que impida a las unidades/áreas adquirir un nivel mayor de madurez.

De tal forma, la Unidad de Control Interno, como unidad técnica, requiere redoblar acciones que le permita, con los recursos que dispone (material, humano, tecnológico e infraestructura) un mayor empoderamiento del SEVRI, a través de la definición de políticas, procedimientos, lineamientos y una constante labor de culturalización de la población institucional orientada a mejorar la calidad en la identificación, análisis, evaluación, administración y comunicación de los riesgos.

3.2. El 31 de julio del 2007 el Consejo Directivo le otorgo⁶ una serie de funciones, competencias y deberes a la Comisión Gerencial de Control Interno, orientadas a brindar apoyo, asesorar, dictaminar y acompañar el proceso y gestiones emprendidos por la Unidad de Control Interno, tanto en materia de riesgos como en control interno. No obstante, aparentemente dicha Unidad no ha contado con el acompañamiento y la asesoría constante de la citada Comisión, situación que no se ajusta a los deberes establecidos a ese órgano

⁶ Mediante acuerdo N° 265-07 del acta N° 059-2007 se aprueba la “Propuesta de modificación Parcial de la Estructura Organizativa del Instituto Mixto de Ayuda Social para la Creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno”.

por el Consejo Directivo y que además limita el fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.

3.3. A pesar de la campaña de divulgación, concienciación y participación constante que ha realizado la Unidad de Control Interno, en relación al tema del SEVRI, existen debilidades en la Administración activa, pero principalmente los titulares subordinados en la aplicación del concepto de riesgos y su identificación. En este sentido las unidades identifican y valoran debilidades de control no así riesgos, las medidas correctivas no son implementadas inmediatamente y el seguimiento e implementación de las medidas de administración de riesgos se efectúa a partir del momento en que la Unidad de Control Interno inicia el proceso de ejecución de las actividades del SEVRI. Esta situación expone la falta de métodos sistematizados y continuos en la identificación, revisión, supervisión y seguimiento de las medidas de administración, lo cual limita el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.

Producto de lo anterior, la Unidad de Control Interno debe efectuar un proceso preventivo y planificado en la actualización y mejora del SEVRI, no obstante las medidas ejecutadas deben ser parte de la iniciativa del equipo y brotar como resultado del análisis de la información suministrada por la herramienta ERA, durante el último año. Con respecto a la identificación y valoración de riesgos se debe trabajar de forma coordinada con las diferentes unidades, con el propósito de fortalecer el proceso de identificación, valoración y gestión de los riesgos institucionales relevantes, así como la revisión, supervisión y seguimiento de las medidas de administración.

4. RECOMENDACIONES

Disposiciones Legales sobre recomendaciones

Esta Auditoría Interna respetuosamente se permite recordar a la Máster Mayra Díaz Méndez, Gerente General y a la Licda. Guadalupe Sandoval Sandoval, Coordinadora de la Unidad de Control Interno que de conformidad con lo preceptuado por el artículo 36 de la Ley General de Control Interno, N° 8292, disponen de diez días hábiles, contados a partir de la fecha de recibido de este informe, para ordenar la implantación de las recomendaciones.

Al respecto, se estima conveniente transcribir a continuación, en lo de interés, lo que disponen los artículos 36, 38 y 39 de la Ley N° 8292:

Artículo 36._ Informes dirigidos a los titulares subordinados. Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera: /a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las

recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados. /b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes. /c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.

Artículo 38.- Planteamientos de conflictos ante la Contraloría General de la República.

Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas. / La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en últimas instancias, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994.

Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. ... / Igualmente, cabrá responsabilidad administrativa contra los funcionarios públicos que injustificadamente incumplan los deberes y las funciones que en materia de control interno les asigne el jerarca o el titular subordinado, incluso las acciones para instaurar las recomendaciones emitidas por la auditoría interna, sin perjuicio de las responsabilidades que les puedan ser imputadas civil y penalmente./...

A LA GERENCIA GENERAL

4.1. Actualizar el Marco Orientador, atendiendo a la brevedad posible lo dispuesto en el acuerdo N° 273-08 del 18 de agosto del 2008 emitido por el Consejo Directivo. (Ver punto 2.1. del aparte de resultados)

4.2. Determinar si a la Comisión Gerencial de Control Interno le corresponde dictaminar, asesorar, analizar y validar tanto los parámetros de aceptabilidad del riesgo como dictaminar las políticas, programas de trabajo e informes emitidos por la Unidad de Control Interno en materia de riesgos y control interno, contempladas en el documento

denominado “Propuesta de Modificación Parcial de la Estructura Organizativa del IMAS para la creación del Equipo Técnico de Apoyo a Control Interno” y comunicar a ese órgano lo correspondiente. (Ver punto 2.4. del aparte de resultados)

4.3. Ordenar a los Titulares Subordinados la presentación de informes, según la periodicidad definida por la naturaleza y nivel de riesgo de cada unidad/área, ante la Unidad de Control Interno sobre la gestión de los riesgos e implementación de las respectivas medidas de administración establecidas y a la Unidad de Control Interno realizar seguimiento sobre la efectiva implementación de esas medidas de administración. (Ver punto 2.7. del aparte de resultados)

4.4. Ordenar a la titular subordinada de la Unidad de Control Interno, considerando los informes sobre la gestión de riesgos remitidos por los titulares subordinados de las áreas de trabajo, informar con esa misma periodicidad a la Gerencia General lo referente al monitoreo de los cambios observados en los riesgos, el estado de la implementación de las medidas administrativas y el nivel de riesgo, para que se tomen las medidas correctivas que correspondan en aras de fortalecer el SEVRI. (Ver punto 2.7. del aparte de resultados)

A LA COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CONTROL INTERNO

4.5. Elaborar, en coordinación con la Comisión Gerencial de Control Interno, un diagnóstico sobre las necesidades de fortalecer y mejorar el sistema informático (Herramienta ERA) que se utiliza para procesar la información del SEVRI, con el propósito de mejorar su capacidad productiva y aumentar su rendimiento, y así contribuir al perfeccionamiento y adecuado funcionamiento del SEVRI. (Ver puntos 2.2. y 2.3. del aparte de resultados)

4.6. Proceder a actualizar y presentar, a la brevedad posible, ante la Gerencia General, la actualización del Marco Orientador utilizando como insumo el informe técnico presentado por las firmas contratadas para realizar la actualización del mismo. (Ver punto 2.1. del aparte de resultados)

4.7. Efectuar acciones dirigidas a los funcionarios o unidades de trabajo involucradas con el SEVRI, tendiente a generar un ambiente de apoyo, actitud proactiva y concienciación de la importancia de la adecuada gestión de los riesgos institucionales para el acertado cumplimiento de los objetivos institucionales. (Ver puntos 2.5. y 2.7. del aparte de resultados)

4.8. Analizar las deficiencias expuestas en el punto 2.8 del presente informe, relacionadas con el proceso de identificación y valoración de riesgos y tomar las medidas correctivas que correspondan, entre las que se considere la preparación de un programa de

capacitación que involucre a los titulares subordinados y al personal de esa Unidad de Control Interno. (Ver punto 2.8. del aparte de resultados)

4.9. Velar porque los expedientes administrativos de la gestión de riesgo contengan la información que indica la Resolución R-CO-64-2005 “Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE” de la Contraloría General de la República y cumplan con los requisitos que exige la Ley del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento y el pronunciamiento C-363-2008 del 07 de octubre del 2008, en el sentido de que dichos expedientes se mantengan actualizados, contengan información de los eventos relevantes relacionados con la gestión de los riesgos y se archiven en orden cronológico, numeración consecutiva (foliados), firmados por el personal involucrado en el proceso e información de las acciones desplegadas por la Unidad de Control Interno. (Ver punto 2.9. del aparte de resultados)

4.10. Valorar la conveniencia y viabilidad técnica de que la información relevante referente a la operación y gestión del SEVRI sea publicada y se mantenga actualizada, ya sea en la página WEB o la Intranet del IMAS, con el propósito de brindar mayor transparencia y de lograr una mejor comunicación, eficiencia y eficacia de la gestión del SEVRI. (Ver punto 2.10. del aparte de resultados)

Lic. Álvaro Fernández Murillo
PROFESIONAL EJECUTOR

VB° Licda. María Celina Madrigal Lizano
COORDINADORA AUDITORÍA

AUDITORIA INTERNA
MARZO, 2012