

DGA-126-2019
02 de abril 2019

Doctor
Daniel Salas Peraza
Ministro de Salud
DESPACHO MINISTERIAL

ASUNTO:	ASESORÍA SOBRE EL ÍNDICE DE GESTIÓN INSTITUCIONAL
----------------	--

Estimado doctor:

Dentro de las competencias de la Auditoría Interna indicadas en el artículo 22 inciso d) de la Ley de Control Interno, así como a la Norma 1.1.4 del Manual de Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público R-DC-119-2009, se encuentran regulaciones que establecen los servicios preventivos que debe prestar la Auditoría Interna a la Administración activa, entre los cuales se consigna la asesoría, sobre situaciones, decisiones o conductas que son de conocimiento de la auditoría.

Que es precisamente dada la participación de la Dirección General de Auditoría en el proceso de verificación del IGI 2018, sumado a la solicitud expresa del Despacho Ministerial en realizar una asesoría en este tema, que se ha realizado una revisión íntegra de las respuestas brindadas por la Administración en la herramienta del IGI-2018, específicamente en aquellas en las que se consignó un NO, o bien se presentó diferencia de respuesta al verificarse la misma contra el expediente y no encontrarse documentación de respaldo.

Que, a efectos de conducir adecuadamente los hallazgos de la revisión integral realizada, es necesario se conozcan de primero los aspectos generales que representan limitantes dentro del proceso de verificación, para posteriormente enfocarse en los aspectos específicos que directamente impactan sobre los resultados obtenidos, y cuya atención permitiría incrementar la eficiencia y la eficacia de los procesos de gestión institucional y por ende obtener una mejora en la calificación del índice de gestión institucional.

A. ASPECTOS GENERALES

A continuación, se presentan hallazgos generales:

- Se evidenció el incumplimiento a la instrucción dictada en la sección “Instrucciones para responder el cuestionario” en su punto 5) que estipulaba que la casilla de “Documentación de respaldo de repuesta sí” debía incluir una descripción breve de los documentos aportados. Sobre este aspecto se observó un exceso en la generalidad o

brevidad de las descripciones presentadas por la Administración, siendo que algunas no dirigían al documento de prueba o, en razón de su ambigüedad, no eran consistentes con el nombre del documento incluido en el expediente, sumado a lo anterior, se determinó también el exceso en la inclusión de enlaces (links) en la descripción, sin mediar ningún otro tipo de soporte documental (imagen) en el expediente, lo cual era requerido.

- Se determinó el incumplimiento a la instrucción dictada en la sección “Expediente con la información de respaldo”, en su segunda línea que estipulaba que cada respuesta afirmativa debía contener al menos un documento de sustento. Sobre este se detectó que, a pasar de realizar la Administración una descripción breve sobre el documento de respaldo, no se incluyó evidencia documental, por lo que se comprende la Administración sugiere que lo indicado en la descripción era prueba suficiente, o bien, resultaba innecesario la inclusión del documento o imagen. Aquí nuevamente se hace énfasis a la utilización de enlaces (link), los cuales, por sus características no son pruebas suficientes ya que son susceptibles a la variación o inactivación, que en tanto no se incluya una imagen que ratifique su existencia, no es factible su inclusión.
- Se detectó el incumplimiento a la instrucción dictada en la sección “Expediente con la información de respaldo” en su tercera línea que estipulaba que el expediente debía estar apropiadamente ordenado e indexado para su eventual revisión. Sobre este punto, se resalta que la Dirección General de Auditoría recibió una carpeta digital con un conjunto de subcarpetas y archivos, mismos relacionados con las unidades organizativas que participaron en el proceso de documentación, pero no presentaba sujeción alguna a la estructura del cuestionario, y tampoco se facilitó un índice que permitiera una fácil verificación. En términos concretos el expediente digital no estaba debidamente ordenado y **ni** indexado, exceptuándose la carpeta de pruebas documentales asociada a Recursos Humanos, misma que presentaba un orden razonable.

Por lo anteriormente indicado, y en sujeción a lo solicitado en el Instructivo del índice de gestión Institucional emitido por la Secretaría Técnica de la Contraloría General de la República, es necesario que en adelante se atiendan los siguientes aspectos generales, esto a fin de obtener mejoras en el proceso y resultado de la evaluación del índice de gestión institucional:

- Se verifique que la descripción del documento de prueba sea breve, precisa, consistente y pertinente con la interrogante realizada.
- Se verifique que exista al menos un documento probatorio por cada respuesta afirmativa, comprendiéndose que toda mención a links o enlaces debe incluir un documento/imagen de prueba.
- Se verifique que el expediente esta ordenado e indexado, acorde a la estructura del cuestionario, y atendiendo el orden de las preguntas.

B. ASPECTOS ESPECIFICOS

Sobre Planificación:

1. La Institución debe **establecer un mecanismo para considerar opiniones de los ciudadanos y los funcionarios durante la formulación del plan operativo institucional y el presupuesto institucional**. Como elemento integral se debe designar funcionarios para canalizar las opiniones que permitan valorar las observaciones de los ciudadanos y funcionarios, en relación con asuntos que la institución podría contemplar tanto en el plan anual como en el presupuesto institucional. (1.3)
2. La Institución debe **oficializar una metodología para la definición, medición y ajuste de los indicadores que incorpora en sus planes**, la cual debe contener los procedimientos a observar para definir, medir y ajustar los indicadores incorporados en los planes. (1.7)
3. La Institución debe **evaluar anualmente la gestión institucional** a efectos de determinar éxitos y retos en términos de si lo ejecutado corresponde a lo planeado desde diferentes perspectivas, considerando el cumplimiento de metas y los resultados de los indicadores incorporados en el plan anual operativo. Es importante indicar que para la evaluación del IGI-2018, el expediente no **incluyó** la evaluación del POI-2018, debiéndose considerar como evidencia el informe asociado a la norma 4.5.6 de Normas sobre presupuestos públicos N-1-2012-DC-DFOE, sin embargo, se enfatiza que para una mejor determinación de éxitos y retos resulta indispensable contar con el Plan Anual Operativo del periodo correspondiente. (1.10-1.14)
4. La Institución debe **garantizar y certificar que el Jerarca conozca la evaluación de la gestión institucional del periodo anterior** con el fin de que esto le permita valorar la gestión y, cuando sea necesario, formular un replanteamiento estratégico, procurando anticipar las decisiones y las acciones ante eventuales obstáculos. La aprobación del Jerarca sobre la evaluación de la gestión permite el reconocimiento de los resultados y del compromiso que ellos implican a futuro, la misma debe ejecutarse a más tardar el 31 de enero de cada año. Nuevamente se enfatiza que para una toma de decisiones integral es indispensable que el Jerarca conozca la evaluación resultante del plan anual operativo del periodo anterior. (1.10-1.14)
5. La Institución debe **formular el plan de mejoras que se deriva de la medición de resultados y la detección oportuna de errores producto de la evaluación de la gestión institucional**, en él se incluye la programación de las acciones concretas con las que la institución mitigará las debilidades. La aprobación del jerarca conlleva el compromiso de su implementación, de ahí que es necesario se formulen plan de mejora

integrales, que contemple el informe anual de ejercicio presupuestario y la evaluación del Plan Anual Operativo correspondiente. (1.10-1.14)

6. La Institución debe ***evaluar los resultados de la estrategia de fortalecimiento de la ética***, específicamente debe ejecutar y evaluar las tácticas estipuladas para la consecución del objetivo estratégico 4.9 “Desarrollar la ética y comunicación estratégica institucional en los tres niveles de gestión, mediante tácticas específicas, a fin de fortalecer la imagen institucional interna y externa.” En este punto se resalta que, si la Institución atiende lo requerido en los puntos 3 al 5 de esta sección, se concretaría la atención de este aspecto, lo anterior dado que es un objetivo estratégico incluido en el plan anual operativo. (1.10)
7. La Institución debe ***sistematizar e integrar la información de los procesos de planificación, presupuesto y evaluación***, de manera que permita que el presupuesto sea la expresión financiera de la planificación y conlleve a la evaluación completa y efectiva de los resultados, comprendiéndose que la actual herramienta de Excel POI 2018 no cumple las características señaladas, resultando ser una herramienta para la presupuestación estimada de lo planificado, con un alto grado de error al no existir un método o sistema institucional para la estimación de costos de las actividades. (1.15)

Sobre Control Interno:

1. La Institución debe ***analizar los controles en operación para eliminar los que han perdido vigencia e implantar los que sean necesarios frente a la dinámica institucional***, para lo cual dispone de la herramienta de autoevaluación de control interno, considerando que esta herramienta evalúa el “Ambiente de Control” y es en este componente en donde se determina si los procedimientos y controles están actualizados, por lo que de presentarse un resultado desfavorable en esta sección, la Administración dispone de la posibilidad de solicitar se implementen las acciones de mejora asociadas y reflejarlos en el informe de autoevaluación el análisis de este aspecto. (2.6)
2. La Institución debe ***designar un responsable de dar seguimiento oportuno a las disposiciones que la Contraloría General de la República (CGR) emite en sus informes de fiscalización***, el seguimiento debe ejecutarse hasta que se dé por finalizada la implementación de las disposiciones debiendo informarse sobre el avance a las autoridades de la entidad, por lo tanto, el jerarca debe ser informado por lo menos una vez al año, de si se cumple oportunamente con las disposiciones giradas a la entidad en los informes de fiscalización emitidos por la CGR. Este proceso de información o de revisión del Jerarca debe quedar documentado. (2.9)

3. La Institución debe **publicar en su página de Internet (Red de Transparencia), los acuerdos o resoluciones del jerarca, según corresponda, a más tardar en el mes posterior a su firmeza**, esto debido a que las instituciones nacen para satisfacer una necesidad pública y se financian con recursos de la colectividad, todos los ciudadanos tienen derecho de acuerdo con la Constitución y las leyes, a tener conocimiento sobre la marcha de las entidades. (2.15)

Sobre Contratación Administrativa:

1. La Institución debe **establecer normativa interna sobre los procesos y procedimientos correspondientes de contratación administrativa**, los cuales deben formalmente definir los roles, las responsabilidades y la coordinación de los funcionarios asignados a las diferentes actividades relacionadas con el proceso de contratación administrativa. Una correcta definición de los roles, responsabilidades y coordinaciones permite que el proceso de contratación sea expedito y con estándares de calidad. Se comprende en este punto que incluir el manual del Sistema SICOP y demás documentación de respaldo del Sistema en cita, así como referir al Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa (RLCA), no responde lo requerido ya que se trata de normativa externa y de acatamiento por parte de todas las instituciones públicas que, aunque dirigen la generalidad de los procesos, queda en claro que lo solicitado es normativa interna. (3.3)
2. La Institución debe **incorporar en el proceso de admisibilidad de ofertas, una definición de los límites máximos y mínimos de los precios aceptables para los bienes y servicios que adquirirá**, derivados del estudio de razonabilidad de precios. La definición de precios máximos y mínimos para las contrataciones que se realicen previene la aplicación de precios ruinosos o excesivos que puedan ser perjudiciales para el proveedor, para la institución y para la ciudadanía en general. Por tal razón, es indispensable que los precios de referencia indicados se incorporen en el estudio de admisibilidad, acorde a lo estipulado en el artículo 30 del RCLA. (3.7)
3. La Institución debe **realizar una evaluación de la ejecución del plan o programa de adquisiciones, su eficacia y su alineamiento con el plan estratégico al final del período correspondiente**, a efectos de verificar el cumplimiento y el éxito de las adquisiciones realizadas frente al plan estratégico original, en términos de su contribución al logro de la estrategia organizacional. La citada evaluación debe contener el análisis del cumplimiento de las metas en cuanto adquisiciones y la medición de la contribución entre las metas alcanzadas y los objetivos estratégicos. Que en razón de su importancia la evaluación debe ser aprobada por escrito por la autoridad competente en la institución. (3.10)

4. La Institución debe **formular un plan de mejoras de la evaluación de la ejecución del programa de adquisiciones** el cual debe contemplar las acciones a emprender por parte de la institución a fin de modificar prácticas o procedimientos que no están siendo efectivos en el proceso de adquisición y, de igual forma, a fortalecer aquellas prácticas que están dando resultados positivos. El plan de mejoras de la evaluación de la ejecución del programa de adquisiciones debe contener al menos vinculación con los resultados de la evaluación del plan de adquisiciones, planteamiento de acciones a emprender para la modificación de prácticas o procedimientos del proceso de contratación que no están siendo efectivas y planteamiento de acciones para fortalecer las prácticas o procedimientos del proceso de contratación que están dando resultados positivos. (3.11)
5. La Institución debe **publicar en su página de Internet (Red de Transparencia) la evaluación de la ejecución de su plan o programa de adquisiciones**, a efectos de fortalecer la transparencia institucional frente a la ciudadanía en general. (3.12)

Sobre Presupuesto:

1. La Institución, como parte de la evaluación presupuestaria, debe realizar una valoración o un análisis individualizado de gasto al menos para los servicios que hayan sido identificados formalmente como más relevantes por la máxima jerarquía, esto en procura de la eficiencia institucional, considerando que las sanas prácticas señalan la necesidad de determinar los gastos asociados a cada servicio que se presta. (4.5)
2. La Institución debe **someter la liquidación presupuestaria a una revisión por parte de personal de la institución**, independiente del que ejecutó las respectivas funciones de registro; ello es requerido por la normativa vigente (numeral 4.3.17 de las Normas técnicas sobre presupuestos públicos) para las instituciones sujetas a ella, y el IGI lo contempla como buena práctica para las demás. (4.7)
3. La Institución debe **documentar la formulación de los distintos escenarios presupuestarios para elaborar el anteproyecto del presupuesto inicial** que se somete al Ministerio de Hacienda, lo anterior con el fin de constatar el análisis de sensibilidad sobre posibles cambios en variables críticas. (4.11)
4. La Institución debe **documentar la elaboración del anteproyecto de presupuesto considerando las variables de la programación macroeconómica y los límites presupuestarios para las propuestas de los diferentes rubros de gastos**, debiendo documentarse formalmente el análisis de las variables utilizadas, así como la descripción de las fórmulas y su interpretación. (4.12)

Sobre Tecnologías de la Información:

1. La Institución debe ***establecer los roles y las responsabilidades de los funcionarios dentro de la estructura formal del departamento de TI.*** Un principio básico de control interno es la división de labores, mediante la cual se identifica a los responsables de ejecutar actividades y procesos que, sumados, contribuyen al logro de objetivos previamente establecidos. Lo anterior se pone de manifiesto en una estructura formal que defina roles y responsabilidades para cada uno de sus miembros. (5.1)
2. La Institución debe ***realizar la designación formal de funcionarios que conformen el Comité de Tecnología de Información de la información*** para que, como parte de sus labores, asesoren y apoyen al jerarca en la toma de decisiones estratégicas en relación con el uso y el mantenimiento de tecnologías de información. El jerarca debe apoyar sus decisiones sobre asuntos estratégicos de TI en la asesoría de una representación razonable de la organización que coadyuve a mantener la concordancia con la estrategia institucional, a establecer las prioridades de los proyectos de TI, a lograr un equilibrio en la asignación de recursos y a la adecuada atención de los requerimientos de todas las unidades de la organización. No se omite que ya esta Dirección se había referido a la necesidad de conformar el citado Comité, esto mediante DGA-336-2018 de asesoría sobre los diferentes sistemas de información que se encuentran en proceso de ejecución.(5.2)
3. La Institución debe ***formular un plan estratégico de tecnologías de información que describa la forma en que los objetivos estratégicos de TI están alineados con los objetivos estratégicos de la institución,*** disponga un mecanismo para evaluar el impacto de TI en los objetivos estratégicos de la institución e incluya fuentes de financiamiento, estrategias de adquisiciones y un presupuesto que esté vinculado con el presupuesto institucional que se presenta ante la CGR. (5.3)
4. La Institución debe ***establecer un modelo de arquitectura de la información que sea conocido y utilizado por el nivel gerencial de la institución y caracterice los datos de la institución,*** aunque sea a nivel general. El modelo de arquitectura de información identifica los datos relevantes para la institución, describe cómo estos son creados, almacenados, transportados y entregados por los procesos y servicios de la organización. Describe además la recepción y entrega de datos por parte de terceros. También identifica su nivel de confidencialidad y tipo de acceso por los roles (o tipos de personas) que los utilizan. No es el diseño de una base de datos ni el de un mecanismo de almacenamiento. (5.4)

5. La Institución debe **establecer un modelo de aplicaciones (software) que defina los estándares para su desarrollo y/o adquisición**. El modelo de aplicaciones describe los tipos de aplicaciones que se utilizan (y utilizarán) para procesar los datos (del modelo de arquitectura de información) y para entregarlos a personas o computadoras. Los tipos de aplicaciones son características y capacidades requeridas para procesar datos, sin hacer referencia a tecnologías específicas. En este modelo se describen, además, los estándares que se utilizan para el desarrollo y/o adquisición de las aplicaciones. No es el diseño de las aplicaciones específicas de la organización. (5.6)
6. La Institución debe **oficializar un marco de gestión para la calidad de la información**, de manera que se generen los productos y servicios de TI de conformidad con los requerimientos de sus usuarios con base en un enfoque de eficiencia y mejoramiento continuo, estandarizándose los criterios de calidad respectivos. (5.8)
7. La Institución debe **formular un plan formal que asegure la continuidad de los servicios de tecnologías de información en la organización**. Según la normativa vigente, toda institución debe mantener una continuidad razonable de sus procesos, de modo que su interrupción no afecte significativamente a los usuarios. Como parte de ese esfuerzo debe documentar y poner en práctica, en forma efectiva y oportuna, las acciones preventivas y correctivas necesarias con base en los planes de mediano y largo plazo de la organización, la evaluación e impacto de los riesgos y la clasificación de sus recursos de TI según su criticidad. (5.15)

Sobre Servicio al Usuario:

1. La Institución debe **emitir una política institucional e implementar mecanismos que le posibiliten la aceptación de documentos digitales mediante el uso de firma digital para la gestión de trámites de los usuarios**, el avance de las facilidades tecnológicas y la posibilidad de realizar trámites en línea conlleva necesidades de autenticación que, hoy por hoy, se suplen mediante la firma digital, conforme a la legislación que rige el uso de ese recurso digital. Es preciso que las instituciones se adapten a estas tendencias tecnológicas, y en consecuencia implementen las medidas idóneas para facilitar sus servicios con base en ellas, mediando para estos efectos una política institucional en la que se defina la obligatoriedad de la aceptación de los documentos con firma digital. (6.3)
2. La Institución debe **generar estadísticas del cumplimiento de plazos máximos establecidos de los asuntos o la prestación de servicios, al menos en el 95% de los casos**, lo anterior en procura de la eficiencia y la eficacia, comprendiéndose que la Institución debe conocer los trámites que los ciudadanos efectúan ante ella y los servicios que les brinda, y determinar plazos máximos de atención. Adicionalmente,

corresponde la verificación de que esos plazos se cumplan, aunque se acepta una tasa de incumplimiento del 5%; a los efectos es conveniente que la institución lleve un registro controlado sobre los plazos reales incurridos. (6.4)

3. La Institución debe **identificar, definir y comunicar los mecanismos por los que los usuarios de sus servicios (personas físicas o jurídicas, públicas o privadas) pueden comunicar sus inconformidades, reclamos, consultas, sugerencias, felicitaciones y otras manifestaciones, y los ha publicado o colocado en lugares visibles**. La entidad debe disponer de mecanismos de canalización de aspectos tales como inconformidades, reclamos, consultas, denuncias, sugerencias o felicitaciones respecto de la forma o el contenido con el que se brinda un servicio, presentadas por las personas usuarias ante la institución. Tales mecanismos deben estar a disposición de los usuarios y de la ciudadanía en general, y la entidad debe controlar y registrar las manifestaciones que los usuarios le comuniquen por esos medios, así como la atención que les brinde la contraloría de servicios u otra unidad encargada de procesarlas. (6.5)
4. La Institución debe **formular un plan de mejora con base en los resultados de las evaluaciones de satisfacción de los usuarios**. Los planes de mejora permiten dar seguimiento a las recomendaciones dirigidas a la administración activa respecto de los servicios que brinda la organización con el fin de mejorar su prestación, en búsqueda del mejoramiento continuo e innovación y de cumplimiento de las expectativas de las personas usuarias. (6.8)
5. La institución debe **mostrar en la página de Internet la siguiente información:**
 - a. **Mapa del sitio**
 - b. **Una sección con información general de la entidad ("Acerca de", "Quiénes somos" o similar).**
 - c. **Datos actualizados de la entidad: localización física, teléfonos, fax, horarios de trabajo, nombre de los jerarcas y titulares subordinados.**
 - d. **Normativa básica que regula la entidad, tal como normas de conformación y funcionamiento.**
 - e. **Información sobre servicios actuales**
 - f. **Boletines, noticias recientes o artículos de interés**
 - g. **Sección de "Preguntas frecuentes"**
 - h. **Funcionalidad Web "Contáctenos"**
 - i. **Información legal (p.e. términos de uso y políticas de privacidad)**
 - j. **Mecanismo para que el usuario califique o retroalimente el sitio de Internet**

Con respecto a este punto, llama la atención de esta Dirección que no se dispone de motivos claros por los cuales la Administración indicó que no se cumplía con la información, ya que al revisar cada elemento informativo se constata su visualización en la página de internet, de ahí que reviste de importancia se valoren los elementos y se determine cuál de ellos no se cumple.

No se omite indicar, que la instrucción dada por la Secretaria Técnica de la Contraloría General de la República a esta Dirección de Auditoría era limitarse a la verificación de los documentos aportados en el expediente, de ahí que las respuestas que inicialmente señalaban incumplimiento no estaban sujetas a verificación, puesto que no incluían documentos de prueba. (6.13)

Sobre Recursos Humanos:

1. La Institución debe ***publicar en su página de Internet las estadísticas relacionadas con incapacidades y vacaciones***, para conocimiento del público en general, esto como una sana práctica para propiciar la transparencia institucional respecto de los puestos y sus remuneraciones, entre otros datos básicos atinentes al recurso humano (7.9)
2. La Institución debe ***formular un plan de desarrollo de competencias para los puestos de mayor relevancia de la institución***, este debe estar basado en la medición de competencias y el desempeño demostrado, por lo que deben desarrollarse planteamientos sobre los posibles candidatos a ocupar los puestos de mayor de relevancia, generando para estos planes de desarrollo de las competencias deseadas para esos perfiles. (7.13)

De acuerdo a lo anterior expuesto, y considerando la relevancia de fortalecer y garantizar la capacidad de gestión de la Institución, la presente asesoría busca suministrar un insumo al Despacho, para la toma de decisiones y desarrollo de acciones de su competencia, como una forma de agregar valor a la gestión institucional para el cumplimiento de los objetivos, y colaborar con los procesos de dirección, gestión de riesgos y control interno, comprendidos dentro de su ámbito de acción.

Atentamente,

DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORIA

MSc. Bernardita Irola Bonilla
AUDITORA INTERNA

C: Dra. Priscilla Herrera García, Director, Dirección General de Salud.

VSC/BIB/xzc*