

AOPER-115-2022

14 de diciembre de 2022

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo 2022 del Área de Auditoría Operacional, con el fin de evaluar la gestión estratégica de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en cuanto al cumplimiento de sus funciones sustantivas, implementación del Plan-Presupuesto, control y supervisión de las direcciones adscritas y gestión de recursos humanos.

La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías es la entidad institucional responsable de dirigir, conducir y promover el desarrollo eficiente y eficaz de los aspectos técnicos en su ámbito de competencia; al respecto, le corresponde la construcción, equipamiento y mantenimiento en la ejecución de los grandes proyectos que realiza la institución; además, tiene una participación activa, como órgano especializado, en la definición de políticas y normas institucionales que rigen las materias de su competencia, así como actividades de asesoría, capacitación y evaluación del desempeño de aquellas funciones que le han sido asignadas.

Los resultados de esta evaluación permiten identificar oportunidades de mejora en los procesos de la gestión estratégica que realiza dicha gerencia, referente a sus funciones sustantivas, la calidad de la información y los controles internos implementados para la supervisión de las cuatro direcciones adscritas, que se requieren fortalecer en aras de garantizar la eficiencia y eficacia en los procesos que se ejecutan, dirigidos a la gestión de infraestructura y equipamiento a nivel institucional.

El Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías fue actualizado en el 2020, después de 12 años (2008-2020), sin embargo, se evidenció que dicho documento continúa siendo obsoleto a las necesidades organizativas actuales de la gerencia, aspectos que podrían ocasionar la materialización de diferentes tipos de riesgo.

En cuanto a la gestión de riesgos, se evidenció la mezcla de riesgos operativos con táctico-estratégicos a niveles del despacho gerencial, aspecto que podría ocasionar que no esté claro el apetito al riesgo (nivel de riesgo aceptable), se estén realizando actividades que desvíen los objetivos, aumenten cargas de trabajo y disminuya la capacidad para supervisar o conocer los riesgos de las direcciones adscritas a esa gerencia; situación que se origina debido a que no existe, a nivel institucional, una metodología para la definición de riesgos táctico-estratégicos, ni de proyectos, aspectos que es de conocimiento de la Dirección de Sistemas Administrativos.

La gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que debe cumplirse. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, y seguimiento, y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo); en ese sentido, se evidenció que no están claras las estrategias establecidas para el tratamiento del riesgo, que permitan mitigar los efectos de la materialización de un evento.

Dicha gerencia tiene diferentes herramientas de control, siendo el Plan-Presupuesto el instrumento, a nivel institucional, que refleja la planificación y el presupuesto de una unidad a corto plazo (2 años), por tal motivo, debe ser un instrumento fundamental, medible, claro y transparente, debido a que proyecta las actividades estratégicas donde la gerencia desea llevar un proceso de supervisión o fiscalización más detallado, ya que constituye el compromiso que se adquiere del logro de objetivos y, por tanto, deben registrarse aquellas actividades sustantivas que estén vinculadas con los recursos financieros de la gerencia, de conformidad con los resultados de la gestión de riesgos; en resumen, debe proyectar el trabajo gerencial que se realiza en el despacho, siendo que las debilidades evidenciadas reflejan la necesidad de reforzar los controles implementados a nivel estratégico gerencial.



Por otra parte, las actividades de supervisión son fundamentales en la gestión estratégica y debe realizarse mediante el sistema de control interno, como parte del proceso de mejora continua, el cual debe establecerse, mantenerse, perfeccionarse y evaluarse constantemente, siendo responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento. Adicionalmente, dicho sistema debe ser aplicable, completo, razonable, integral y congruente; proporcionar seguridad en el cumplimiento de las atribuciones y competencias de dicha gerencia.

En esta línea de ideas, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías dispone de instrumentos para el monitoreo, control y evaluación de la planificación táctica, sin embargo, el estudio realizado reveló la necesidad de fortalecer y robustecer esos controles, con el objetivo de garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones, exigir confiabilidad y oportunidad de la información, con el fin de proteger y conservar el patrimonio institucional.

Además, el sistema de fiscalización y control implementado en esa gerencia tiene como objetivo, introducir una mejora continua en la gestión y conducir en forma eficiente y efectiva el cumplimiento de las recomendaciones o las disposiciones de los entes fiscalizadores, el cual ofrece apoyo a la gestión y seguimiento de los documentos. Al respecto, las debilidades evidenciadas relacionadas con la calidad en el registro de la información ocasionan un debilitamiento del sistema de control interno y generan un incumplimiento a la normativa aplicable.

Finalmente, en cuanto a la gestión del recurso humano, se evidencian oportunidades de mejora, debido a que se ha incurrido en prácticas administrativas incorrectas producto de la omisión del marco normativo, situación que no concuerda con la obligación de los titulares subordinados y el resto de los funcionarios de establecer un adecuado sistema de control interno, el cual debe ser un proceso que promueva el logro de los objetivos institucionales, además de fortalecer los servicios y programas que brinda la institución, en términos de calidad y oportunidad.

Debido a lo anterior, se emitieron 10 recomendaciones; la primera, dirigida a la Dirección de Planificación Institucional, tendente a elaborar, en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Dirección de Sistemas Administrativos y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, una metodología para la gestión de riesgos de proyectos que esté alineada con la tipología y complejidad de los proyectos, la Política Integral de Riesgos Institucional, normativa emitida por MIDEPLAN y la vigente institucional en el tema de riesgos, que permita a la institución disponer de una metodología oficial para la gestión del riesgo de proyectos o programas.

Asimismo, las restantes nueve recomendaciones se dirigen a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías con el fin de implementar, en coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos, un programa de capacitación sobre la gestión de riesgos a nivel del despacho de esa gerencia, con el objetivo de brindar asesoría en temas como la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento de los riesgos; así como de conceptos básicos del riesgo como el apetito, tolerancia, capacidad, exposición, actitud, perfil, clasificación y tipos. Además, completar la herramienta de gestión de riesgos institucional del despacho gerencial, en función de los lineamientos relativos a los riesgos táctico-estratégicos, con el objetivo de que se ajuste a la Política Institucional de Riesgos y al Plan Estratégico Institucional 2023-2026.

También, instruir a los equipos gestores de riesgos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que completen la herramienta institucional de Gestión de Riesgos, para lo cual, es necesario consultar la Guía de Valoración de Riesgos, los Lineamientos Institucionales, el Manual de Usuario del Sistema NOVAPLAN y la Política Institucional de Riesgos, con el objetivo de facilitar la comprensión del proceso de gestión de riesgos; asimismo, implementar, a nivel de despacho de gerencia, un mecanismo de control para la revisión de la calidad de la información contenida en el Plan-Presupuesto y sus seguimientos, a fin de garantizar que esté libre de errores, defectos, que sea clara, veraz, consistente y que cumpla los lineamientos establecidos sobre el particular.

Adicionalmente, implementar, a nivel de despacho de gerencia, un mecanismo de control que permita la revisión de las justificaciones de los incumplimientos de las metas inferiores al 80 % en los informes de seguimiento al Plan-Presupuesto, así como de las subejecuciones de las subpartidas presupuestarias de las direcciones



adscritas, en caso de presentarse, con el propósito de determinar la razonabilidad de las justificaciones presentadas. Además, implementar, a nivel de despacho de gerencia, una herramienta de monitoreo para el seguimiento de los resultados de la Autoevaluación de la Gestión del Control Interno de las unidades adscritas, con el objetivo de garantizar la subsanación de las oportunidades de mejora evidenciadas en dichos estudios, como parte del fortalecimiento del sistema de control interno en operación.

Aunado a lo anterior, determinar la cantidad de recomendaciones de Auditoría pendientes al 31 de octubre 2022, dirigidas a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, con el objetivo de obtener una lista actualizada de pendientes. Una vez identificadas y de conformidad con un análisis de riesgos, diseñar un cronograma para su atención, donde se identifiquen fechas y responsables de atención; además, remitir el presente informe al equipo que está coordinando la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías con el Proyecto de Restructuración Organizativa de Oficinas Centrales, para que sirva de insumo en el proceso de revisión de la estructura organizacional de esa dependencia que actualmente están realizando.

Por último, atender, con la asesoría técnica que requiera, lo dispuesto en el oficio PE-0310-2019, del 12 de febrero 2019, en virtud de que el Dr. Román Macaya Hayes, anterior presidente ejecutivo, solicitó a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, exgerente de Infraestructura y Tecnologías, analizar la justificación de mantener, en el tiempo, las plazas temporales asignadas a proyectos especiales, de conformidad con el hallazgo 7 del presente informe y en congruencia con lo evidenciado en el informe de Auditoría ASAAI-220-2018, relacionado con la utilización de plazas temporales.



AOPER-115-2022

14 de diciembre de 2022

ÁREA AUDITORÍA OPERACIONAL

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS - 1107

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo 2022 de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión estratégica efectuada por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en cuanto al cumplimiento de sus funciones sustantivas, implementación del Plan-Presupuesto, control y supervisión de las direcciones adscritas y gestión de recursos humanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el cumplimiento de las funciones sustantivas del subproceso de la gestión estratégica gerencial.
- Revisar el cumplimiento de metas del Plan-Presupuesto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
- Verificar la implementación de controles para la supervisión de las cuatro direcciones adscritas a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
- Evaluar la gestión de recursos humanos en apego a las disposiciones normativas vigentes en la institución

ALCANCE

El estudio comprende la verificación del cumplimiento de las 37 actividades sustantivas definidas en el Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructuras y Tecnologías, versión 02, del 30 de junio 2020, para el subproceso de la gestión estratégica gerencial; asimismo, la comprobación del cumplimiento de metas del Plan-Presupuesto gerencial para los períodos 2020 y 2021; por último, la determinación de las acciones realizadas para efectuar el proceso de supervisión, a nivel gerencial, de las 4 direcciones adscritas: Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI), Dirección de Equipamiento Institucional (DEI), Dirección de Mantenimiento Institucional (DMI) y Dirección de Administración de Proyectos Especiales (DAPE).

Lo anterior, se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015, y las Normas para el ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, divulgadas en La Gaceta 28 del 10 de febrero 2010.

METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos del presente estudio, se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- ✓ Revisión de los siguientes documentos:
 - Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública 2019-2022.
 - Plan Estratégico Institucional 2019-2022.
 - Plan Táctico Gerencia 2019-2024 original y actualizado 2022, y sus informes de seguimiento de los períodos 2020-2021.

- Plan-Presupuesto y sus respectivos informes de seguimiento de los períodos 2020-2021 de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y sus 4 direcciones adscritas: Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI), Dirección de Equipamiento Institucional (DEI), Dirección de Mantenimiento Institucional (DMI) y la Dirección Administración de Proyectos Especiales (DAPE).
 - Estudio de Clima Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías 2020-2021.
 - Informe Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias de los años 2020-2021 de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y sus 4 direcciones adscritas.
 - Informe de resultados de la Autoevaluación de la Gestión 2021 de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
 - Instrumentos institucionales de gestión de riesgos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías 2019 al 2021 y de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería 2021.
 - Catálogo Institucional de Riesgos Operativos.
 - Sistema de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías (SPIT).
 - Sistema de Archivo y Correspondencia (SAYC).
 - Sistema de Fiscalización y Control (SIFC).
 - Revisión de la cantidad de plazas y funcionarios que conforman la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
- ✓ Solicitud de información y reuniones con los siguientes funcionarios:
- Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías.
 - Licda. Xinia Lemaitre González, Lic. Steven Fernández Trejos, Ing. Jorge Abraham Porras Pacheco y Licda. Ana Salas García, asesores de gerencia.
 - Lic. Sergio Chacón Marín, director de Sistemas Administrativos.
 - Lic. Manrique Cascante Naranjo y Licda. Andrea Zúñiga Chacón, jefe titular y a.i. del Área de Gestión de Control Interno.
 - Lic. Héctor Arias Mora, jefe de área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, setiembre 2002.
- Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, octubre 2001.
- Ley General de la Administración Pública, octubre 2021.
- Marco de gestión de Riesgos COSO-ERM- 2017.
- Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, junio 2020.
- Normas de Control Interno para el sector público de la Contraloría General de la República, febrero 2009.
- Política Institucional de Riesgos de la Caja Costarricense de Seguro Social, diciembre 2007.
- Procedimiento Técnico para el seguimiento del Plan Presupuesto, diciembre 2020.
- Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI), julio 2005.
- Instructivo de Formulación del Plan Presupuesto 2020-2021.
- Oficio GA-DJ-4372-2022 / GG-DAGP-0840-2022, del 9 de junio de 2022.
- Acuerdos de Junta Directiva, sesiones 8877 (artículo 27), 8886 (artículo 15) y 8894 (artículo 18).
- Oficio DAGP-1518-2017, del 19 de octubre de 2017, "Disposiciones para el nombramiento interino de funcionarios asignados para atender proyectos especiales y la cadena de sustitución de estos."

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

Esta Auditoría informa y previene a los jefes y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden en el trámite de las evaluaciones, en lo referente a los plazos que deben observarse, así como sobre las posibles responsabilidades en que pueden incurrir por incumplir injustificadamente los artículos 35, 36, 37, 38 y el párrafo primero del artículo 39 de la Ley General de Control Interno:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa El Jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta ley, sin perjuicios de otras causales previstas en el régimen a la respectiva relación de servicios (...)”.

HALLAZGOS

1. SOBRE EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

Esta Auditoría evidenció que el Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías no se ajusta a la realidad de las actividades sustantivas que realiza dicha gerencia y sus unidades adscritas, debido a que la actualización realizada en junio 2020 consistió en incorporar el EDUS-FIDEICOMISO-BCR, además, de asumir la conducción técnica en el tema ambiental y trasladar la Dirección Tecnologías de Información y Comunicaciones y el tema de Evaluación de Tecnologías Sanitarias a la Gerencia General; tampoco se consideraron actividades sustantivas medulares de sus unidades adscritas, ni del despacho gerencial.

Las Normas de Control Interno para el sector público establecen:

“1.2 Objetivos del SCI (...) b. Exigir confiabilidad y oportunidad de la información: El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comunique con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.

1.9 Vinculación del SCI con la calidad: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben promover un compromiso institucional con la calidad y apoyarse en el SCI para propiciar la materialización de ese compromiso en todas las actividades y actuaciones de la organización. A los efectos, deben establecer las políticas y las actividades de control pertinentes para gestionar y verificar la calidad de la gestión, para asegurar su conformidad con las necesidades institucionales, a la luz de los objetivos, y con base en un enfoque de mejoramiento continuo.

“5.6 Calidad de la información: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad: La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante entrevista del 31 de agosto 2022, indicó:

“El Manual Organizativo de la GIT vigente, ha sido complicado porque ese documento ya no corresponde a la realidad, está obsoleto a las necesidades organizativas actuales y aunque continúan vigentes las competencias para desarrollar infraestructura, dotar de equipamiento, promover el mantenimiento, la Gerencia ha ido evolucionando, adaptándose a los cambios del entorno institucional. Considerar en el estudio que realizan, que ese Manual fue aprobado en el año 2008 y fue parcialmente “ajustado” en junio 2020, para incluir EDUS-FIDEICOMISO- BCR, además de asumir la conducción técnica en el tema



ambiental y por otro lado trasladar la Dirección Tecnologías de Información y Comunicaciones y el tema de Evaluación de Tecnologías Sanitarias a la Gerencia General”.

Esta Auditoría indagó sobre el proceso de revisión y actualización del Manual Organizacional anterior (correspondiente al 2008), y evidenció que el Lic. Jorge Sequeira Durán, exjefe del Área de Estructuras Organizacionales de la Dirección de Sistemas Administrativos, envió al Ing. Granados Soto, mediante oficio DSA-AEOR-0053-2020, del 30 de junio 2020, la propuesta de actualización del Manual Organizacional de la GIT para su respectiva revisión.

El Ing. Granados Soto, mediante oficio GIT-0928-2020, del 24 de julio 2020, remitió -a los directores de sus unidades adscritas- la propuesta del Manual de la GIT para su respectiva revisión, señalando:

“(…) Este documento contiene los objetivos y las funciones sustantivas vigentes para las unidades organizacionales de la Gerencia, así como las representaciones más simples de los organigramas jerárquicos, por lo que les solicito que lo lean y verifiquen el contenido respecto a la situación actual de sus unidades, ya sea para hacer ajustes de cumplimiento o, eventualmente, planteamientos de contribuciones al proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central”.

De conformidad con lo anterior, se observó que a partir de agosto y septiembre 2020, se remitió a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías una serie de observaciones por parte de las unidades adscritas para modificar las actividades sustantivas del Manual de la GIT, dichas solicitudes de modificación se documentaron en oficios como: GIT-DMI-2704-2020, del 18 de agosto del 2020, GIT-DMI-3079-2020, del 16 de setiembre del 2020 y GIT-DMI-1054-2021, del 1° de setiembre de 2021 (**Anexo 1**), sin embargo, no se observó evidencia documental que dichas observaciones fueran consideradas, siendo que la actualización del Manual de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías se registró el 30 de junio 2020 y los cambios no fueron realizados.

El Ing. Granados Soto señaló, mediante entrevista del 31 de agosto 2022, sobre el Manual Organizacional de la GIT, lo siguiente:

“Es importante considerar la falta de claridad del Manual de Organización vigente, siendo que varias actividades que describen como “sustantivas” a nivel gerencial y aunque son orientadas con la visión gerencial y relevantes, son de soporte administrativo a la gestión gerencial, siendo operacionalizadas como actividades “ordinarias” o de rutina normal de la SAGAL y CGI por ejemplo en capacitación, activos, sistemas de información, trámites de personal.”

Sobre la actualización de dicho manual, el Ing. Granados Soto indicó:

“Esta Gerencia en diciembre 2021 envió al Lic. Mayid Morales Madrigal Director Proyecto Reestructuración Organizativa del Nivel Central, (PRONC) la propuesta de organización que permitirá fortalecer la gestión gerencial. La propuesta pretende integrar y optimizar procesos, homologar formas de trabajo, mejorar la calidad y reducir tiempos de entrega de los productos, realizar evaluaciones del estado de la infraestructura, evaluar el desempeño de las obras entregadas, establecer una unidad de compras especializada en obra pública, contar con un sistema de gestión calidad integrado, facilitar el cumplimiento de las funciones rectoras, la conducción técnica en temas de ambiente y seguridad humana, brindar las asesorías que requiera el nivel local, promover otras formas para desarrollar y dotar el recurso físico. La propuesta a la fecha continúa en revisión del PRONC”.

Esta Auditoría consultó el 4 de octubre 2022, al Lic. Mayid Arturo Morales Madrigal, director del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central de la CCSS, sobre el estado actual de la revisión de la propuesta del nuevo Manual Organizacional de la GIT, sin embargo, al finalizar el trabajo de campo de este informe (4 de noviembre 2022), no se obtuvo respuesta.

Esta situación ocasiona que actividades administrativas sean consideradas como sustantivas a nivel gerencial, generando una recarga de funciones operativas al despacho, aspecto que podría generar la exclusión de

funciones estratégicas y tácticas, incrementando la posibilidad de materialización de los riesgos a nivel del despacho de gerencia y de sus unidades adscritas, aunado a que podría generar una duplicidad de funciones en sus direcciones.

En ese sentido, se podría no estar cumpliendo funciones sustantivas delegadas al despacho de gerencia, debido a que fueron asumidas por otras unidades; por ejemplo, la función sustantiva del despacho gerencial sobre la promoción de la simplificación y homogenización de los trámites, a partir de los requerimientos de la organización, que es liderada por la Gerencia Administrativa, o como lo señaló el informe técnico GG-PRONC-IT-053, de marzo 2022, del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central, referente a uno de los resultados del diagnóstico de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías fue: "(...) d) Hay una duplicidad en la conducción del tema ambiental, debido a que hay al menos dos unidades que atienden el tema y responden a jerarquías diferentes, lo cual lleva a ineficiencia y esfuerzos duplicados y una gestión no integral de todas las variables ambientales que se deben controlar, incumplimientos normativos. Adicionalmente, se presenta desarticulación en los esfuerzos por mejorar la seguridad humana en el recurso físico institucional por motivo de que no existe una unidad formal que integre esta función con un enfoque claro de gestión de riesgos".

2. SOBRE LA GESTIÓN DE RIESGOS DEL DESPACHO DE LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

Esta Auditoría evidenció oportunidades de mejora en el registro de la información contenida en la herramienta de Gestión de Riesgos aplicada al despacho de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para el período 2021, que se detallan en los siguientes aspectos:

- a) Tres (2, 3 y 6) de los seis riesgos priorizados por el Despacho de Gerencia para el período 2021, no se ajustan a los criterios establecidos en el Catálogo Institucional de Riesgos V2.0 del 2020, en cuanto a la definición de los códigos, ni a la redacción del riesgo; aspectos también evidenciados por el Área de Gestión de Control Interno adscrita a la Dirección de Sistemas Administrativos, en la revisión efectuada a la herramienta de Gestión de Riesgos 2021.
- b) Se observa, en la matriz de Valoración de Riesgos del despacho gerencial, la definición de riesgos estratégicos, siendo operativos; por ejemplo, el riesgo número 2 correspondiente a temas del proceso de planificación y elaboración de estudios de preinversión y se consideró como un riesgo estratégico, siendo este un aspecto operativo y clasificado en el Catálogo Institucional de Riesgos como un tema operacional.
- c) En la herramienta de Valoración de Riesgos, en el tema sobre la Administración, las estrategias para tratar el riesgo no están claras. Por ejemplo, el **Riesgo 2** señala que: "pueden suceder situaciones en el proceso de planificación y elaboración de los estudios de preinversión (...)" y que una de las posibles causas sería que: "Los estudios se reciben incompletos o con niveles de incertidumbre que no permiten tomar decisiones a los ejecutores de proyectos", definiendo en la matriz que el tipo de estrategia es **reducir** y que se realizará "una gestión ante el ente competente la corrección o incremento de la información de los estudios de preinversión, cuando se detectan insuficientes en contenido o calidad", no obstante, ese tratamiento del riesgo no sería una mitigación o reducción, sino, por el contrario, la materialización del riesgo, en otras palabras, una aceptación del riesgo.
- d) Las unidades ejecutoras identifican los riesgos de los proyectos mediante el Sistema de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías (SPIT), dicho instrumento es utilizado como mecanismo de control por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, sin embargo, no responde a una Metodología para la gestión de riesgos en proyectos, sino que se usan los riesgos operativos establecidos en el Catálogo Institucional de Riesgos.
- e) No se observan los criterios de priorización utilizados en la lista preliminar de riesgos para la escogencia de los riesgos a gestionar.

Por otra parte, no se observó evidencia de la aplicación de la herramienta de Gestión de Riesgos Estratégicos-Tácticos para los periodos 2019, 2020 y 2022 por parte del Despacho Gerencial, siendo el 2021 el único que se realizó.

El Marco de Gestión de Riesgos COSO-ERM- 2017 establece:

“Se desarrolla a través de 20 principios que representan lo que las instituciones deberían hacer como parte de sus prácticas ERM (Gestión Empresarial del Riesgo), y específicamente para el fortaleciendo de la cultura de riesgos, plantea iniciativas mínimas necesarias para fortalecimiento de la cultura, según el siguiente detalle:

“... Establecer un programa de objetivos e incentivos que fomente la interiorización de los principios de ERM, asegurando que los objetivos individuales están alineados con los objetivos estratégicos globales.

Promover una cultura gerencial que incentive discusiones abiertas de los riesgos de la organización y promueva la toma de decisiones alineada con la cultura de riesgos seleccionada...”.

La Ley General de Control Interno, artículo 14, referente a la Valoración del Riesgo, señala:

“En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos. b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”

Las Normas de Control Interno para el sector público disponen:

“3.1 Valoración del riesgo: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben definir, implantar, verificar y perfeccionar un proceso permanente y participativo de valoración del riesgo institucional, como componente funcional del SCI. Las autoridades indicadas deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure.

3.3 Vinculación con la planificación institucional: La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y, en consecuencia, de los riesgos correspondientes.

Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.

Las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) establecen:

“2.4 Productos del SEVRI. El SEVRI deberá constituirse en un instrumento que apoye de forma continua los procesos institucionales. En este sentido, se deberá generar a través del SEVRI:

- a) Información actualizada sobre los riesgos institucionales relevantes asociados al logro de los objetivos y metas, definidos tanto en los planes anuales operativos, de mediano y de largo plazos, y el comportamiento del nivel de riesgo institucional
- b) Medidas para la administración de riesgos adoptadas para ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable.

4.4 “Evaluación de riesgos”: “Los riesgos analizados deberán ser priorizados de acuerdo con criterios institucionales dentro de los cuales se deberán considerar, al menos los siguientes:

- a) el nivel de riesgo,
- b) grado en que la institución puede afectar los factores de riesgo;
- c) la importancia de la política, proyecto, función o actividad afectado; y
- d) la eficacia y eficiencia de las medidas para la administración de riesgo existentes.

En relación con los niveles de riesgo, deberá determinarse cuáles se ubican dentro de la categoría de nivel de riesgo aceptable por medio de la aplicación de los parámetros de aceptabilidad de riesgos institucionales previamente definidos”.

4.5 Administración de riesgos: A partir de la priorización de riesgos establecida, se debe evaluar y seleccionar la o las medidas para la administración de cada riesgo, de acuerdo con criterios institucionales que deberán contener al menos los siguientes:

- a) la relación costo-beneficio de llevar a cabo cada opción;
- b) la capacidad e idoneidad de los entes participantes internos y externos a la institución en cada opción;
- c) el cumplimiento del interés público y el resguardo de la hacienda pública; y
- d) la viabilidad jurídica, técnica y operacional de las opciones”.

El Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías indica:

“5.2 Misión: Gerenciar en forma estratégica los productos y procesos asignados para dotar a las unidades del equipamiento y el mantenimiento médico e industrial y el desarrollo de proyectos de infraestructura en el ámbito institucional.”

5.3 Visión: Seremos un órgano estratégico de ámbito institucional para la planificación, dotación y operación de los servicios de mantenimiento, el equipamiento y la infraestructura física.

5.7.1 Nivel Gerencial: Es el responsable de dirigir, coordinar e interrelacionar las acciones y actividades estratégicas de los procesos de Arquitectura e Ingeniería, Administración de Proyectos Especiales, de Equipamiento Institucional, de Mantenimiento Institucional, de la definición de políticas, la regulación y de la normativa técnica de ámbito global”.

El Ing. Granados Soto, mediante entrevista del 7 de noviembre 2022, referente a la no aplicación de la herramienta institucional de la Valoración del Riesgos en el despacho gerencial en los períodos 2019, 2020 y 2022, y sobre la definición de los riesgos tácticos-estratégicos, señaló:

“(…) De acuerdo con el correo suscrito por el Ing. Berny Montoya Fonseca de fecha 19 de marzo 2021 (ver anexos 2020-03 Respuesta de Berny Montoya sobre riesgos operativos.pdf), en ese momento Director a.i. de la Dirección de Sistemas Administrativos: “Respecto a la conversación que sostuvimos, me permito reiterar que los señores gerentes no deben entregar una valoración de riesgos relacionada con los objetivos operativos del despacho. Este ejercicio corresponderá a las unidades tipo SAGAL de las que disponga cada uno de esos despachos.

El ejercicio de valoración de riesgos de los gerentes se orienta sobre los objetivos estratégicos y tácticos correspondientes a su ámbito de gestión; el mismo fue realizado el año anterior en un ejercicio preliminar

y esperaríamos que este año, con el apoyo de la Gerencia General, se avance hacia la consolidación de esos mapas de riesgos estratégicos.

No obstante, lo indicado en el punto a- anterior, para los efectos de los riesgos tácticos y estratégicos, durante el año 2019 se hizo un ejercicio liderado por la Dirección de Sistemas Administrativos, en especial porque no se tenía definidos lineamientos sobre cómo ejecutar esa valoración de riesgos y la misma se presentó a la Junta Directiva (...). No obstante que no se disponía de una metodología para los riesgos tácticos y estratégicos, se desarrollaron los mapas de riesgos del Despacho en los años 2020 y 2021 recordando que no había obligación de enviarlos a la Dirección de Sistemas Administrativos, de acuerdo con la herramienta disponible (...).

Para los efectos de la valoración de riesgos táctico-estratégicos del Despacho en el año 2021 se hizo el ejercicio de plantearlos de acuerdo con la herramienta disponible de la Dirección de Sistemas Administrativos y el catálogo de riesgos que es de naturaleza operativa, sin embargo, las formas de nomenclatura reducidas para los efectos de poder hacerlos manejables en sistemas de información resultaba muy limitada y no se adaptaban fácilmente a las descripciones de riesgos que se querían indicar de parte de la Gerencia.

Para la valoración de riesgo del Despacho del año 2022, dado lo señalado en los apartados anteriores y luego de una consulta vía Teams con la Licda. Andrea Zúñiga Chacón de la Dirección de Sistemas administrativos, se emitieron los oficios GIT-1828-2022 y GIT-1829-2022 (ver anexos), por las nuevas condiciones del uso de NOVAPLAN, que se reitera está principalmente enfocada en riesgos operativos y no riesgos táctico-estratégicos, de forma que establece limitaciones muy significativas para considerar la construcción de una herramienta que se considere viable, por lo que se reitera que se seguirá utilizando por el momento la herramienta en Excel. Por otra parte, dado que no se tienen los lineamientos para los riesgos estratégico-táctico y la posición de la DSA es que los mismos estarían disponibles durante el año 2022, se ha esperado poder contar con ellos para elaborar el mapa de riesgos 2022 (...).

Finalmente, es relevante manifestar a la Auditoría Interna que, en el caso de que, por diversos motivos, dentro del ámbito de gestión de la Dirección de Sistemas Administrativos, si durante el mes de noviembre 2022 no se comunican los lineamientos relativos a los riesgos tácticos-estratégicos, se procederá a generar en la herramienta de Excel la actualización de riesgos que competen al Despacho de la Gerencia”.

Esta Auditoría, mediante sesión de trabajo del 13 de setiembre de 2022, con la Licda. Andrea María Zúñiga Chacón, jefe a.i del Área de Gestión de Control Interno, adscrita a la Dirección de Sistemas Administrativos, expuso, al respecto, lo siguiente:

“La Dirección de Sistemas Administrativos, es la encargada como unidad técnica de la gestión de riesgos institucional, así como, de la atención de los requerimientos de la Auditoría Interna y la Contraloría, en materia de riesgos. En línea con lo descrito, cuentan con un catálogo y metodología de gestión de riesgos operativos, sin embargo, están por implementar la metodología para gestionar los riesgos estratégicos.

En el año 2019 se realizó el primer ejercicio para la definición de los riesgos estratégicos, estos fueron realizados en conjunto con la Gerencia General y grupos específicos de cada gerencia. No se pudo trabajar con todas las gerencias, sin embargo, se presentó este ejercicio a la Junta Directiva y fue cerrado posteriormente.

Con el propósito de continuar con este trabajo el año 2022 y dejar un catálogo más robusto, se validó con cada comunidad de cada gerencia los riesgos identificados en este sentido. Uno de sus objetivos fue plantear la metodología, para esto hicieron un estudio de benchmarking, el cual consiste profundizar sobre las acciones de sus semejantes para entender las estrategias y mejores prácticas utilizadas por ellos, en tema de riesgos... se queda a la espera del PEI actualizado para continuar con esta gestión en el primer semestre del año 2023”.

En ese sentido, mediante entrevista del 3 de noviembre 2022, se consultó al Lic. Sergio Chacón Marín, director de Sistemas Administrativos, cómo definen las gerencias sus riesgos tácticos-estratégicos, si el Catálogo Institucional de Riesgos define riesgos operativos y no estratégicos, señalando:

“Actualmente el Área Gestión de Control Interno está trabajando la metodología del proceso de identificación de riesgos estratégicos, el cual dará inicio con el insumo principal que es el Plan Estratégico Institucional que está siendo actualizado por la Dirección de Planificación Institucional.

Del anterior trabajo se dispondrá de un Catálogo Institucional de Riesgos Estratégicos, el cual podrá ser utilizado por los despachos gerenciales y tendrá actualizaciones anuales como el Catálogo de Riesgos Operativos vigente. Asimismo, dichos riesgos serán vinculados con los Planes Tácticos Gerenciales formulados por cada Gerencia”.

El Lic. Chacón Marín, agregó sobre el procedimiento que deben utilizar las unidades para definir los criterios de priorización de los riesgos definidos en la lista preliminar, manifestando:

“En la herramienta de Valoración de Riesgos no se incluyen elementos de priorización, debido a que el instrumento está elaborado para ser los más amigable y sencillo en su llenado, por lo tanto, los elementos a priorizar se incluyen en la Guía de Valoración de Riesgos, según el siguiente detalle:

- Actividades sustantivas o procesos de la Unidad (página 18)
- Identificación de Riesgos (página 26)
- Análisis de Riesgos (página 29)
- Evaluación del Riesgo (página 32)

Importante aclarar que la herramienta de valoración de riesgos es un instrumento de procesamiento al momento de efectuar la valoración de riesgos, que se complementa con los otros documentos como la Guía de Valoración de Riesgos, los Lineamientos Institucionales, Manual de Usuario del Sistema NOVAPLAN, hasta se ha elaborado videotutoriales, para facilitar la comprensión de este proceso”.

El Ing. Granados Soto agregó lo siguiente, referente a que los riesgos establecidos en la herramienta institucional de Gestión de Riesgo no se ajustan a la definición de la clasificación del Catálogo Institucional de Riesgos:

“Como se comentó (...), los riesgos del Despacho de la Gerencia tienen una orientación hacia lo estratégico-táctico, mientras que los riesgos incluidos en el Catálogo Institucional de riesgos son de naturaleza operativa.

En la Valoración de Riesgos 2021 se trató de utilizar, aunque fuera en parte, el Catálogo de riesgos, como un ejercicio para ver la utilidad de este, en especial porque permitiría homologar criterios diversos y además participar de los instrumentos que se estaban desarrollando y mejorando.

De la actualización de la valoración de riesgos surgió la observación de que la descripción del riesgo resultaba demasiado restringida, en este sentido, se pone como ejemplo el riesgo 1 que se lee en el cuadro que se muestra más abajo, que se refiere a un tema de falta de presupuesto, si bien la insuficiencia de presupuesto es muy explícita en sí misma, y es un tema muy normal del presupuesto operativo de las unidades, en este caso se trata del presupuesto destinado al fondo de inversión física, o sea, no se trata del presupuesto operativo. El fondo de inversión tiene algunas reglas de funcionamiento diferentes al de naturaleza operativo.

Con la descripción simple de “presupuesto insuficiente”, no es posible indicar que se trata del fondo de inversión, además no queda claro que el riesgo opera respecto a los parámetros de sostenibilidad financiera y que ese fondo se estima como un porcentaje que se asigna y puede tener variaciones durante un año o, según la política financiera y las decisiones de la Junta Directiva, durante varios años.

Dado lo ante expuesto, las descripciones de riesgos del Catálogo Institucional podrían resultar por un lado restringidas para los efectos de la descripción que se pretendía desde el Despacho y por otra parte, podrían ser muy difíciles de ajustar a la temática que se pretende desarrollar, en especial porque, aunque fuera posible tratar de hacer calzar un riesgo operativo en el ámbito de los que son de interés del Despacho de la Gerencia, siempre sería necesario aclarar de qué trata ese riesgo”.

Esta Auditoría, mediante entrevista del 7 de noviembre 2022, consultó al Ing. Granado Soto, sobre la metodología o criterios utilizados para priorizar los riesgos descritos en la lista preliminar de riesgos en la herramienta institucional de gestión de riesgo, señalando:

“La lista preliminar de riesgos se elabora tomando en cuenta la visión de los objetivos y metas incorporados en los planes, en el sentido de identificar diversos tipos de eventos que pueden tener una incidencia, principalmente, negativa en el cumplimiento de estos.

La lista preliminar de riesgos es limitada en el sentido que no se consideran todos los posibles riesgos del catálogo institucional de riesgos (que es de naturaleza operativa), sino aquellos que eventualmente pueden tener importancia dentro del contexto táctico-estratégico de la gestión de la Gerencia, es importante hacer esta aclaración, porque hay una racionalidad en la pertinencia de los riesgos a incluir en la lista preliminar de riesgos, que está vinculada a los objetivos y metas de los planes que se propone cumplir la Gerencia.

Una vez establecida la lista preliminar, se valora entre unos y otros riesgos preliminares, los que deben tener atención especial, en el sentido de hacer una valoración y acciones de administración de esos riesgos, el criterio de priorización se podría denominar de criterio experto, en el sentido de la importancia relativa que les conceden los funcionarios que elaboran la valoración de riesgos, pero en el contexto de los objetivos y metas gerenciales.

La situación anterior solo queda documentada en la herramienta indicando cuales riesgos de la lista preliminar se priorizan, pero no se indican explícitamente los criterios o los motivos para seleccionarlos, que son los que se comentaron más arriba”.

Por su parte, en entrevista del 7 de noviembre 2022, referente a la revisión de los riesgos establecidos por las unidades adscritas, el Ing. Granados Soto manifestó:

“Por el momento no se cuenta con un procedimiento de revisión de los riesgos priorizados por las unidades adscritas. En general la utilización de las herramientas previstas por la Dirección Sistemas Administrativos y sus lineamientos no tiene procedimientos o pasos de revisión de los riesgos priorizados para unidades subordinadas, se entiende que para que esto constituya una ayuda o mejora debería ser un paso previo a la valoración de riesgos, que requeriría una interacción con la Dirección Arquitectura e Ingeniería y posiblemente con las otras direcciones de la Gerencia.

Respecto a la cantidad de riesgos que se controlan es importante hacer notar que en general las limitaciones de las cantidades son elementos racionales que se plantean desde la Dirección Sistemas Administrativos en su rol de rectoría sobre este tema, para lo cual indican que debe aplicarse la valoración a al menos tres riesgos, por lo que se interpreta que como máximo podrán ser los que una unidad tenga capacidad de controlar, con el fin de que sea una cantidad razonable.

Si bien no se tiene un procedimiento de revisión de los riesgos preliminares, en primera instancia se podría desarrollar una instrucción de gerencia en el sentido de definir algunos riesgos preliminares que necesariamente deben incluirse y que posteriormente sea indispensable hacer la valoración y desarrollo de estrategias de tratamiento para el seguimiento.

Por otra parte, en el GIT SPIT de la Gerencia para el Perfil y Seguimientos de proyectos, se cuenta con un apartado específico Gestión de Riesgos

Los riesgos que se incorporan son de acuerdo con el Catálogo institucional de riesgos, con las limitaciones que implique; sin embargo, se requiere incorporar una forma diferente de ver los riesgos de proyectos, o sea, una lista diferenciada, no es algo nuevo, la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Directora Dirección Arquitectura e Ingeniería y el Ing. Jorge Porras Pacheco, Asesor de Gerencia, plantean en un correo de diciembre 2020 que se requiere hacer un catálogo respecto a:

- a- Los relacionados con las actividades de proyectos, en especial de la DAI.
- b- Los relacionados con compras de terrenos (que incluye aspectos de expropiaciones)
- c- Los que surgen de una nueva redistribución de funciones en la DAI.

Para los efectos de conocer la posición de la Dirección Sistemas Administrativos se consultó al Ing. Berny Montoya, quien indicó que se pueden agregar más riesgos al catálogo actual, pero en realidad el planteamiento es crear un catálogo adicional.

Dado lo antes expuesto desde el equipo de trabajo de la PMO-GIT se ha estado desarrollando una revisión con las Direcciones ejecutoras de proyectos para conocer la forma en que se están aplicando actualmente las herramientas de gestión de riesgos específicamente en proyectos, todas las unidades coincidieron en la necesidad de contar con una clasificación de riesgos específica de proyectos ligada a las diferentes etapas del ciclo de vida debido a que el catálogo de riesgos actual no cuenta con todos los riesgos necesarios para este tema, para lo cual se procedió a contactar al Área de Control Interno de la Dirección Sistemas Administrativas (DSA) y valorar con ellos el tema como ente rector en la materia.

El pasado 30 de setiembre 2022 se realizó una reunión con el personal de la DSA, donde se acordó conformar un equipo GIT-DSA que será el encargado de realizar una propuesta de gestión de riesgos de proyectos, mediante el oficio GIT-1420-2022 se solicitó a las Direcciones identificar un representante conocedor en la materia para que sea parte de este equipo.

Se procedió a remitir el nombre de los participantes de parte de la GIT para continuar con el proceso mediante correo electrónico (ver anexo archivo Equipo GIT-DSA para gestión de riesgos en proyectos.pdf), el esquema de trabajo inicial acordado consiste primeramente en capacitar a los funcionarios GIT que integran este equipo en materia de gestión de riesgos para luego construir un plan de trabajo que permita conseguir el objetivo, estamos a la espera de respuesta por parte de la DSA sobre la programación de dicha capacitación”.

El Ing. Granados Soto, mediante entrevista del 7 de noviembre 2022, referente al monitoreo, a nivel gerencial, sobre el tratamiento y administración del riesgo, señaló:

“Respecto a lo relacionado a los riesgos de proyectos, existe un apartado en el GIT SPIT que permite indicar los riesgos, (...), pero las acciones de la Gerencia respecto al tratamiento y administración dependerán del avance que pueda lograr el Equipo GIT-DSA para gestión de riesgos en proyectos”.

Referente al plan de continuidad de los servicios, el Ing. Granados Soto señaló:

“En vista de las situaciones que se han presentado en años recientes como la pandemia COVID 19 y el ciberataque, por diversos medios ha sido necesario desarrollar algunos elementos tendientes a dar continuidad a la prestación de servicios, en unos casos relativos directamente a los prestadores (nivel local y de redes de servicio) y en otros casos a las mismas unidades de la Gerencia (...) sin embargo, lo que se ha logrado no responde a una Política Institucional, porque aún no se dispone de ella, sino a la respuesta que se ha venido dando a diversos tipos de eventos antrópicos y naturales que se han enfrentado y, en especial, a la atención de la pandemia por COVID-19; no obstante lo anterior también es fruto de varios ejercicios de disponer de instrumentos que abarquen la prevención ante eventos

adversos, la continuidad de servicios y la recuperación de las operaciones, lo que ha implicado disponer de medios para seguir brindando los servicios, aún en condiciones muy adversas (...)

De acuerdo con lo explicado más arriba, se ha dado una instrucción dentro de la Gerencia para que se desarrollen los documentos necesarios para que se formalice y aplique el Marco de Acción GIT para la continuidad de los servicios, en un plazo razonable a la amplitud y complejidad de lo que hay que desarrollar (...)”.

Es criterio de esta Auditoría que los aspectos evidenciados se originan por diferentes situaciones: primero, debido a que no está definido el Plan Estratégico Institucional 2023-2026, no se disponen de lineamientos para la definición de riesgos tácticos-estratégicos, situación que genera falta de claridad para el despacho de gerencia en la definición de esos tipos de riesgos, aunado a que únicamente se dispone de un catálogo institucional de riesgos operativos. Por otra parte, no se tiene claramente definido el concepto de gestión de riesgos, esta situación se ve reflejada en la herramienta denominada Sistema de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías (SPIT), donde en el componente de Perfil y seguimiento, se menciona la “Gestión de Riesgos”, en la cual se identifican los riesgos, siendo que la gestión de riesgos es un proceso que se compone por diferentes etapas (identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento del riesgo), conceptos que no están claros.

Además, la falta de una cultura de gestión de riesgos a nivel institucional, así como la concientización de la importancia de una correcta aplicación del proceso de gestión de riesgo, constituye parte del origen del problema, producto a que esos análisis, en muchas ocasiones, son considerados como un mero trámite administrativo, aspecto identificado por esta Auditoría mediante oficio AS-AAO-142-2022, del 11 de julio 2022, donde se señaló, a todas las gerencias, la necesidad de fortalecer la cultura institucional de gestión y administración del riesgo.

Asimismo, se observa un registro inadecuado o con falta de claridad en los riesgos identificados y en las estrategias propuestas, que deben atender los riesgos y no sus efectos; lo anterior, evidenciado en la revisión de la herramienta de Gestión de Riesgos.

Esta situación podría ocasionar que se estén enfocando riesgos en aspectos operativos y no tácticos, efectuando una recarga de riesgos al despacho gerencial; asimismo, se podrían dejar por fuera riesgos táctico-estratégicos que no se estén considerando, como los reputacionales, legales, o sobre la continuidad de los servicios en el ámbito de acción de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías o la misma gestión integral del riesgo, que se consideran temas transversales, debido a que pueden ocurrir en cualquier unidad de la institución y que deben ser conducidos por las gerencias en su ámbito de competencia.

Por último, las oportunidades de mejora relacionadas con el uso de la herramienta de gestión de riesgos podrían ocasionar un manejo inadecuado del tratamiento y administración del riesgo, aspecto que fue evidenciado en el ciberataque que sufrió la institución en mayo del presente año, donde los estudios de la Dirección de Sistemas Administrativos determinaron que, desde inicios del 2022, las unidades ejecutoras habían identificado y analizado la posibilidad de una afectación de los riesgos asociados a las tecnologías de información y comunicaciones (pérdida de información), sin embargo, como quedó evidenciado (oficio AS-AAO-142-2022, del 14 de julio 2022), la institución no estaba preparada para la materialización de dicho riesgo.

3. SOBRE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PLAN-PRESUPUESTO (Y SUS SEGUIMIENTOS) DE LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

Esta Auditoría evidenció oportunidades de mejora en la información registrada en el Plan-Presupuesto, y en los informes de seguimiento anuales que desarrolla la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, que se detallan en los siguientes apartados:

3.1. Sobre los informes de seguimiento anual del Plan-Presupuesto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, período 2020-2021

3.1.1. Sobre los informes de seguimiento anual - 2020

Se determinó que 5 de las 9 metas del 2020 (56 %), presentan errores de cálculo en el cumplimiento, debido a que registraron porcentajes que no correspondían a la realidad; además, en el Plan Presupuesto no se registró la fuente, aspecto importante debido a que vincula el origen del objetivo, lo anterior, se detalla en el cuadro 1:

Cuadro 1
Resultado del cumplimiento de las metas registradas en el informe de seguimiento Anual 2020 del Plan Presupuesto de la Gerencia de la Infraestructura y Tecnologías

Fuente	Objetivo	Indicador	Meta Anual 2020	Logro Anual efectuado 2020	Observación
No indica	1. Desarrollar acciones de Gestión de Calidad y mejoramiento continuo para contribuir en la satisfacción de los asegurados y de los usuarios de los productos y servicios que brinda la Gerencia Infraestructura y Tecnologías.	Cantidad de acciones realizadas para el mejoramiento continuo de procesos relacionados con competencias de la GIT	3	1	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 3 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento anual indicó que se cumplió el 100 %, con una acción, sin embargo, lo planificado fueron 3, lo que debió ser un 33% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto
No indica	6. Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como: las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera.	Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la administración del Portafolio de Proyectos por gestión de la GIT	4	2	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 4 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento anual indicó que se cumplió el 100 %, con dos acciones, sin embargo, lo planificado fueron 4, lo que debió ser un 50% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto
No indica	7. Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como:	Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la	4	2	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 4 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento

Cuadro 1

Resultado del cumplimiento de las metas registradas en el informe de seguimiento Anual 2020 del Plan Presupuesto de la Gerencia de la Infraestructura y Tecnologías

Fuente	Objetivo	Indicador	Meta Anual 2020	Logro Anual efectuado 2020	Observación
	las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera.	administración del Fondo de Inversión por gestión de la GIT			anual indicó que se cumplió el 100 %, con dos acciones, sin embargo, lo planificado fueron 4, lo que debió ser un 50% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto
No indica	10. Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como: las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera.	Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la administración del FRI	4	2	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 4 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento anual indicó que se cumplió el 100 %, con dos acciones, sin embargo, lo planificado fueron 4, lo que debió ser un 50% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto
No indica	11. Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como: las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera.	Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la administración del FREM	4	2	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 4 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento anual indicó que se cumplió el 100 %, con dos acciones, sin embargo, lo planificado fueron 4, lo que debió ser un 50% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto

Fuente: Informe de seguimiento semestral y Anual del período 2020 del Plan Presupuesto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías

3.1.2. Sobre los informes de seguimiento anual - 2021

Se determinó que una meta presenta error de cálculo en el cumplimiento, debido a que se registró un porcentaje que no correspondía a la realidad; lo anterior, se detalla en el cuadro 2

Cuadro 2

Resultado del cumplimiento de las metas registradas en el informe de seguimiento Anual 2021 del Plan Presupuesto de la Gerencia de la Infraestructura y Tecnologías

Fuente	Objetivo	Indicador	Meta Anual 2021	Logro efectuado 2021	Observación
No indica	7. Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como: las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera.	Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la administración del Fondo de Inversión por gestión de la GIT	4	2	El Plan Presupuesto original estableció una meta de 4 acciones y en las dos modificaciones que se presentaron no existe ningún cambio, sobre esa meta, no obstante, el informe de seguimiento anual indicó que se cumplió el 100 %, con dos acciones, sin embargo, lo planificado fueron 4, lo que debió ser un 50% o la meta anual del informe no corresponde a la programada en el Plan Presupuesto

Fuente: Informe de seguimiento semestral y Anual del período 2020 del Plan Presupuesto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías

3.2. Sobre la utilización de las fichas para los indicadores del Plan-Presupuesto

Esta Auditoría no observó que se utilicen las fichas del indicador en el Plan-Presupuesto de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, según la Guía PE-DPI-PS-G11.7 “Guía para la Construcción de Indicadores, de la Dirección de Planificación Institucional”.

El indicador es una unidad de medida que se utiliza para establecer el logro y el cumplimiento de las metas; proporciona información necesaria para monitorear los avances y retrocesos de las actividades y objetivos establecidos en el Plan-Presupuesto. Los indicadores pueden ser redactados en términos absolutos o porcentuales; estos podrían ser muy amplios, por ejemplo, “número o cantidad de acciones”, por tal motivo, es fundamental utilizar la ficha del indicador, donde se describe en qué consiste esa acción, con el objetivo de disponer de claridad en su elaboración; por ejemplo, el indicador del objetivo 7¹ del Plan-Presupuesto 2020-2021 de la GIT, referente al Fondo de Inversión de Infraestructura (FRI), estableció: “Número de acciones de conducción y seguimiento realizadas en la administración del Fondo de Inversión por gestión de la GIT”, sin embargo, las acciones registradas en el informe de cumplimiento 2020 fueron: reenviar lineamientos de la Gerencia General y brindar un seguimiento a los proyectos del fondo, aspecto que no permite garantizar que las acciones efectuadas permitan asegurar el cumplimiento de los objetivos, esta situación se observa con otros objetivos.

La Ley General de Control Interno establece, en el artículo 16 Sistemas de información, lo siguiente:

“En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes: a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna (...).”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público disponen:

“5.6 Calidad de la información: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para

¹ **Objetivo 7:** “Mejorar la infraestructura y equipamiento actual y desarrollar las nuevas infraestructuras, de manera tal que respondan a factores como: las necesidades de salud actuales y futuras de la población del país, visión integral de una organización en red, evaluación en tecnologías en salud, optimización de los recursos, sostenibilidad ambiental, energética y financiera”.

recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad: La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente”.

El Manual de Organización de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, actualizado en el 2020, referente a las funciones estratégicas de la Dirección Gerencial, señala:

“Verificar que el Plan Operativo y el Presupuesto de la Gerencia esté articulado en forma efectiva con la Planificación Estratégica Institucional, de conformidad con los requerimientos de las diversas unidades de trabajo adscritas, las competencias asignadas, a efecto de cumplir con los lineamientos establecidos por las autoridades superiores”.

El Procedimiento Técnico para el Seguimiento del Plan Presupuesto, apartado 2, dispone:

“Es responsabilidad de la máxima autoridad de cada unidad ejecutora, verificar que los informes de seguimiento del Plan-Presupuesto contengan información consistente, clara y veraz sobre el avance obtenido, en relación con las metas programadas, además de garantizar que el proceso se haya ejecutado conforme los lineamientos establecidos”.

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante entrevista del 7 de noviembre 2022, referente a los errores en el cálculo del cumplimiento de metas, señaló:

“En cuanto a los informes de seguimiento anual del Plan Operativo del Despacho de la GIT existe un error material a la hora de transcribir la información en el cuadro resumen de las metas 1, 6, 7, 10 y 11 en el Plan Presupuesto Operativo 2020 del Despacho, donde se indica meta anual y logro, ya que se deja la información semestral. Sin embargo, en la justificación de cada meta se indican los logros y en la “Matriz Plan Presupuesto” en el apartado de seguimiento se indica el cumplimiento por semestre y anual”.

El Ing. Granados Soto agregó, referente a la consulta de si esa gerencia dispone de un control para verificar el cumplimiento de los planes de mejora para metas con incumplimientos menores de 80 %, indicó:

“La Gerencia no lleva un control directo sobre el cumplimiento de planes de mejora, es responsabilidad de los Directores como Titulares Subordinados, vigilar junto a los Jefes de Proyectos que dichos planes sean implementados y esta Gerencia conoce los resultados mediante la rendición de cuentas de las metas en los Informes de Seguimiento de las Direcciones”.

De conformidad con lo descrito, es criterio de esta Auditoría que estas situaciones obedecen a omisiones y debilidades en el proceso de revisión de la información contenida en los informes de seguimiento del Plan- Presupuesto; aunado a la falta de claridad de conceptos relacionados con la formulación de dicho plan.

Esta situación ocasiona que la información contenida en los informes de seguimiento no sea confiable, además, no existe claridad de si las acciones efectuadas para el cumplimiento de los objetivos responden realmente al fin último del objetivo, aspecto que podría no dimensionar el trabajo que se realiza a nivel gerencial (despacho); asimismo, la falta de claridad en conceptos relacionados con el Plan-Presupuesto podría ocasionar que se omitan objetivos estratégicos a nivel táctico de la gerencia o, por el contrario, se incluyan objetivos operativos, ocasionando un incremento de actividades que deberían ser resorte de las unidades operativas adscritas.

4. SOBRE LOS CONTROLES IMPLEMENTADOS PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS UNIDADES ADSCRITAS A LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

Se determinaron oportunidades de mejora en el registro de la información en diferentes instrumentos que utiliza la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para el proceso de supervisión de las unidades adscritas.

4.1. Sobre el plan-presupuesto de las unidades adscritas

La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías utiliza diferentes instrumentos para supervisar, monitorear, controlar y evaluar la planificación táctica de las unidades adscritas, entre ellos, informes de seguimiento del Plan-Presupuesto y la autoevaluación de la gestión del control interno; por tal motivo, este Órgano de Control y Fiscalización procedió a revisar, de manera aleatoria, esos instrumentos, con el objetivo de verificar la calidad y confiabilidad de la información; los resultados se observan en los siguientes apartados:

4.1.1. Sobre el informe de seguimiento anual del Plan-Presupuesto 2021 de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería

Esta Auditoría evidenció justificaciones de incumplimiento de metas que no describen propuestas técnicas; en otros casos, no son claras y, en otras, no se observan las acciones de mejora, como solicita el Procedimiento Técnico para el Seguimiento al Plan-Presupuesto. Los ejemplos se observan en los siguientes apartados:

4.1.1.1. Sobre el proyecto del nuevo hospital Monseñor Sanabria

Se proyectó una meta anual del 10 % para el 2021 y el logro fue de 5,95 %, con un cumplimiento del 59,5 %. Al ser una meta inferior al 80 %, el Procedimiento Técnico para el Seguimiento al Plan Presupuesto solicita explicar las acciones de mejora (propuestas técnicas) para la atención del rezago en el avance de la meta, por lo tanto, en el informe se definió lo siguiente:

“A diciembre 2021 se tiene un avance en el proceso constructivo del 5.95%, contra el 10% proyectado a inicios de 2021. A finales de diciembre 2021 Contratista entregó los planos constructivos del renglón de diseño. En enero 2022 inicia la actividad anticipada de la PTAR (planta de tratamiento de aguas residuales) y la de obra gris, y a principios de febrero concluye la actividad anticipada de movimiento de tierras. Se proyecta iniciar la construcción general del proyecto en el segundo trimestre de 2022”.

La justificación anterior se considera una descripción de diferentes actividades del proyecto, sin embargo, no se observaron las acciones técnicas de mejora propuestas para recuperar el rezago de la meta, correspondiente al 4,05 %.

4.1.1.2. Sobre el proyecto de construcción y equipamiento del servicio de Hemato-Oncología del hospital Calderón Guardia

Se proyectó una meta anual del 100 % como una licitación publicada para el 2021 y el logro fue finalizar el cartel al 100 % para su respectiva publicación, **con un cumplimiento del 0 %**. Al ser una meta inferior al 80 %, el Procedimiento Técnico para el Seguimiento al Plan Presupuesto solicita explicar las **justificaciones y acciones de mejora (propuestas técnicas)** para la atención del rezago en el avance de la meta, por lo tanto, en el informe se definió lo siguiente:

“a) Justificar ampliamente las razones de incumplimiento de metas. Se ha solicitado al Programa de Fortalecimiento Atención Integral contra el cáncer la certificación presupuestaria para el desarrollo del proyecto; el Programa, por medio de los oficios GM-UEP-0329-2021 y GM-UEP-380-2021, ha solicitado aclaraciones en referencia al aumento económico en el proyecto. La DAI dio respuesta por medio del GIT-DAI-3496-2021. Finalmente, por medio del GM-UEP-420-2021 solicita aprobación de la Gerencia Médica para emitir la certificación presupuestaria.

b) Definir acciones de mejora para las metas cuyo grado de cumplimiento fue insuficiente. Se emite el oficio GIT-DAI-3515-2021 en donde se establece un procedimiento para las próximas solicitudes de certificación presupuestaria. Una vez recibida la certificación presupuestaria se espera sacar la licitación”.

La solicitud del informe es que justifique, ampliamente, las razones de incumplimiento de metas, sin embargo, en la redacción no queda claro cuáles fueron las razones reales del incumplimiento, pareciera que existió un aumento en el proyecto que modificó el monto de la certificación presupuestaria, por lo que fue necesario emitir otra certificación, no obstante, no se tiene claro si ese procedimiento fue eficiente o no, ni se define cuál fue la causa real que originó el incumplimiento de la meta.

4.1.1.3. Sobre el proyecto de Reposición del Tomógrafo del hospital San Juan de Dios

Se proyectó una meta anual del 10 % de construcción y equipamiento para el 2021 y el logro fue un 100 %, de permisos y visados obtenidos, con un cumplimiento del 0 %. Al ser una meta inferior al 80 %, el Procedimiento Técnico para el Seguimiento al Plan Presupuesto, solicita explicar las justificaciones y acciones de mejora (propuestas técnicas) para la atención del rezago en el avance de la meta, por lo tanto, se definió lo siguiente:

a) “Justificar ampliamente las razones de incumplimiento de metas. Considerando que mediante oficio PEM-0609-056 del 02 de diciembre del 2021 se recibió por parte del contratista los permisos de construcción de Edificaciones Nacionales del MOPT, se procedió a coordinar la emisión de la orden de inicio de construcción y equipamiento con fecha de inicio de las obras el 05 de enero del 2022, lo anterior debido a que la unidad usuaria requería un tiempo determinado para coordinar aspectos de logística ya que una vez iniciado el proyecto el equipo actual del TC quedaba fuera de operación.

b) Definir acciones de mejora para las metas cuyo grado de cumplimiento fue insuficiente. No aplica.”

La justificación del atraso no queda clara, en cuanto a si fue un aspecto de tramitología o de coordinación; además, no se indica cuál es la estrategia para recuperar el 10 % planificado como meta.

El Procedimiento Técnico para el Seguimiento del Plan-Presupuesto, apartado 2, establece:

“Es responsabilidad de la máxima autoridad de cada unidad ejecutora, verificar que los informes de seguimiento del Plan-Presupuesto contengan información consistente, clara y veraz sobre el avance obtenido, en relación con las metas programadas, además de garantizar que el proceso se haya ejecutado conforme los lineamientos establecidos”.

“Inmediatamente después del encabezado, la unidad ejecutora deberá incorporar el análisis de logros de los siguientes ítems para cada meta:

1. Detallar los logros obtenidos en la meta y su contribución a los efectos esperados por la unidad. Incluir cuadros o gráficos que resuman los principales avances. Además, señalar fuentes de información, aportar evidencia mediante documentos, fotografías, informes y estudios realizados sobre los logros obtenidos.

2. ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones (de peso, relevantes) que se presentaron al ejecutar la meta, que incidieron en obtener los resultados programados? Deben incorporarse los efectos directos e indirectos ocasionados ante la atención de la emergencia nacional producto del COVID-19.

3. ¿Cuáles serán las acciones de mejora (propuestas técnicas) para la atención de rezagos en el avance de las metas? Aplica para metas con cumplimiento inferior al 80%.

4. En caso de existir sobrecumplimiento de las metas anuales y del período mayores a 120%, explicar las causas que incidieron en ello.

5. Incluir las principales razones que incidieron en el uso de los recursos financieros: sobre ejecución o subejecución presupuestaria. Este ítem requiere del análisis de la incidencia de las variaciones presupuestarias en el desempeño de la meta”.

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante entrevista del 7 de noviembre del 2022, señaló sobre las justificaciones de incumplimiento de metas que no describen propuestas técnicas, en otros casos no son claras y, en otras, no se observa las acciones de mejora:

“(...) La Gerencia Infraestructura y Tecnologías, analiza los informes de seguimiento semestral y anual que elaboran las Direcciones adscritas. Es parte del control interno, que se realiza con personal del Despacho, para esta revisión se utiliza la “Plantilla de Control” que contribuye a verificar la oportunidad, calidad y cumplimiento metodológico y de las instrucciones que previamente esta Gerencia solicita a las Direcciones para orientarlos en la elaboración de los informes de seguimiento.

El análisis se realiza en dos momentos, siendo que en el primero se analiza con prioridad la información de las metas e indicadores que forman parte de los planes: Nacional, Institucional y Táctico (PND, PPI y PTG), de ser necesario se realizan consultas con los involucrados y se solicita ampliar, aclarar datos y/o documentar.

Luego, en un segundo momento, se analizan las metas e indicadores (de seguimiento y control interno), que por cantidad se requiere más tiempo para revisar y cotejar con lo reportado en el SPIT, con lo programado en el Portafolio, revisar con la vinculación de las metas tácticas, implica realizar sesiones de trabajo con los involucrados, solicitar ajustes, dar tiempos para ajustes, y otro tiempo para revisar los ajustes recibidos, se tiene respaldo de la información recibida y de las observaciones enviadas a las Direcciones. Se utiliza un procedimiento de control para verificar, hacer observaciones devoluciones para ajustes, solicitud de ampliación de la información y aportación de documentos probatorios. (...) la recepción de los informes de seguimiento anual del Plan Presupuesto (segundo momento), se realiza a mediados de enero de cada año y el análisis gerencial se realiza entre febrero y marzo de cada año”.

4.2 Sobre la autoevaluación del control interno

Esta Auditoría no observó una herramienta de seguimiento, por parte del despacho de Gerencia para las unidades adscritas, sobre los principales hallazgos evidenciados en la Autoevaluación de la Gestión 2021 relativa al control interno.

La Ley General de Control Interno establece:

“Artículo 14, referente a la Valoración del Riesgo, establece: “En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos. b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”

Artículo 16 Sistemas de información: “En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes: a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna (...)”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público señalan:

“3.1 Valoración del riesgo: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben definir, implantar, verificar y perfeccionar un proceso permanente y participativo de valoración del riesgo institucional, como componente funcional del SCI. Las autoridades indicadas deben constituirse en parte activa del proceso que al efecto se instaure.

3.3 Vinculación con la planificación institucional: La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y en consecuencia, de los riesgos correspondientes.

Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.

4.1 Actividades de control: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales”

“5.6 Calidad de la información: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

5.6.1 Confiabilidad: La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente”.

La Política Institucional de Riesgo de la Caja Costarricense de Seguro Social señala:

“El Nivel Aceptable del riesgo queda a consideración de cada gerencia definirlo, pues son los que tienen el criterio técnico en cada área”.

El Lic. Jorge Abraham Porras Pacheco, asesor de gerencia y encargado del control interno, señaló:

“Ya en otras ocasiones se han recibido informes como estos, en general, lo que se hace es socializarlos con los Directores mediante nota, se dan algunas orientaciones para lograr mejoras y si hay algún caso que requiera atención especial, entonces se maneja diferenciado porque implica alguna forma de corrección y además se solicita que informen lo actuado.

No hay una herramienta de seguimiento para los fines que señalas, salvo la realimentación que surge de la lectura que haga el gerente de los informes y oficios de respuesta, o algún señalamiento explícito del asesor, que en general sería para un caso particular”.



En ese sentido, llama la atención a esta Auditoría que no esté implementada una herramienta de seguimiento, considerando los hallazgos del Estudio de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno 2021, donde se establece que, de los 570 enunciados evaluados en la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, el 3,33 % no dispone de ninguna actividad de control, así como en atención media, el cual representa un 22,63 % del total; lo que significa que a los controles, o les falta documentación, alguna divulgación o no se tiene el responsable asignado para tal efecto; lo cual puede generar que la gestión podría estar expuesta a la materialización de algún riesgo

Además, el Estudio de Autoevaluación de la Gestión del Control Interno evidenció que el Programa de Seguridad en Incendios y Explosiones de la Dirección Administración Proyectos Especiales, obtuvo 11 enunciados con atención alta, lo cual representa el 57,89 % del total, en los que indican que “no” disponen de actividades de control; única unidad adscrita a la GIT que presenta un resultado insuficiente.

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante entrevista del 31 de agosto 2022, indicó -a esta Auditoría- que los informes de evaluación anual de las direcciones adscritas constituyen parte de los instrumentos implementados por esa gerencia para el monitoreo, control y evaluación del cumplimiento de la planificación estratégica gerencial.

Es criterio de esta Auditoría que los aspectos evidenciados referentes a la calidad y confiabilidad de la información; así como la ausencia de un seguimiento sobre los principales hallazgos encontrados en la Autoevaluación de la Gestión de las unidades adscritas a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, obedecen a debilidades en los procesos de revisión, supervisión y fiscalización de los instrumentos que dispone esa gerencia para el monitoreo, control y evaluación de la planificación táctica de dichas unidades.

Esta situación genera un debilitamiento del control interno, además, podría ocasionar que no se gestionen correctamente los riesgos; por ejemplo, esta Auditoría revisó la identificación de los riesgos de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería 2021, registrados en la herramienta institucional de Valoración de Riesgos, de conformidad con lo anterior, llama la atención que no se consideren riesgos operativos fundamentales para la actividad sustantiva principal de dicha unidad, que es la ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento, siendo que se omiten riesgos del Catálogo Institucional de Riesgos como: la planificación OP-05, el monitoreo, la supervisión y el control de actividades OP-03, riesgos que no son considerados en una lista preliminar.

En ese sentido, se determinó que dicha dirección, para el período 2021, priorizó **tres** riesgos: **a)** Presupuesto insuficiente; **b)** incumplimiento por parte de los proveedores; **c)** inadecuada gestión del presupuesto (subejecuciones presupuestarias: riesgo materializado en ese período); sobre este último, los controles existentes fueron los informes mensuales sobre el comportamiento presupuestario de los proyectos de inversión incluidos en el Portafolio, informes trimestrales de la ejecución presupuestaria de la DAI a la GIT y los informes semestrales y anuales del seguimiento al Plan-Presupuesto. La **estrategia** implementada por la DAI fue la **preventiva-reducción**, y el **tratamiento** al riesgo fue realizar rebalances del Portafolio, con el fin de devolver los remanentes, sin embargo, la acción propuesta no genera un tratamiento de mitigación al riesgo, debido a que **la devolución de los remanentes no mitiga el riesgo, por el contrario, las subejecuciones son la evidencia de la materialización del riesgo**

5. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROYECTOS INCLUIDOS EN EL FONDO DE INVERSIÓN DE LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

El análisis de la ejecución presupuestaria versus la ejecución física inserto en el Informe de Seguimiento Anual 2020 del Plan-Presupuesto de la GIT, estableció que el Fondo de Inversión que administra esa gerencia para los proyectos incluidos en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, presentó una ejecución del 69,14 %, (página 24).

En ese sentido, las unidades adscritas a esa gerencia (DAI-DAPE-DMI-DEI), no ejecutaron un monto de ₡17 133 000 000,00 (diecisiete mil, ciento treinta y tres millones de colones con 00/100), En cuanto al 2021, el informe de seguimiento anual reveló que esas mismas unidades no ejecutaron un monto de ₡7 707 580 000,00 (siete mil, setecientos siete millones, quinientos ochenta mil colones con 00/100), (página 25). En total, en esos dos periodos se estima que no se ejecutó, del Fondo de Inversión, 24 840 millones de colones.

Al respecto, se evidenciaron subejecuciones relacionadas con las subpartidas de infraestructura y equipo médico de las unidades adscritas a esa gerencia, según se muestran en el cuadro 3:

Cuadro 3
Comportamiento presupuestario de las principales subpartidas relacionadas con infraestructura y equipamiento de las direcciones adscritas a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías en los periodos 2020-2021

Dirección	Período 2020		Período 2021		Subpartida
	Monto Subejecutado	Porcentaje de Subejecución	Monto Subejecutado	Porcentaje de Subejecución	
DAPE	₡ 560 906 958,33	56,84 %	₡ 303 626 006,20	8,00 %	2550
DAI	No aplica*	No aplica	₡ 6 463 178 562,95	12,43 %	2550
DAI	No aplica*	No aplica	₡ 854 914 013,85	3,18 %	2320
DMI	₡ 57 367 335,21	10,75 %	No aplica*	No aplica	2550
DEI	No aplica*	No aplica	No aplica*	No aplica	No aplica

Fuente: Informes Mayores Auxiliares de Asignaciones Presupuestarias de la DAI-DAPE-DEMI-DEI de los periodos 2020-2021.

Monto Subejecutado razonable *

La Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos establece, en el artículo 110, sobre los hechos generadores de responsabilidad administrativa, lo siguiente:

“Además de los previstos en otras leyes y reglamentaciones propias de la relación de servicio, serán hechos generadores de responsabilidad administrativa, independientemente de la responsabilidad civil o penal a que puedan dar lugar, los mencionados a continuación: “j) El incumplimiento total o parcial, gravemente injustificado, de las metas señaladas en los correspondientes proyectos, programas y presupuestos (...).”

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, mediante entrevista del 7 de noviembre 2022, indicó a esta Auditoría, sobre las justificaciones de las subejecuciones que presentan las direcciones adscritas, lo siguiente:

“Como parte de las acciones de control y la administración del Fondo de Inversión, esta Gerencia monitorea la asignación, devoluciones, montos ejecutados y saldos de los montos presupuestados por proyectos, especialmente a los de mayor costo y compromiso por su vinculación en planes externos e internos de la CSSS, utilizando dos indicadores:

- *% Ejecución sobre la formulación: Este indicador muestra el porcentaje de ejecución sobre lo originalmente formulado (Gasto / Asignación Original)*
- *% Ejecución sobre la asignación modificada: Este indicador muestra el porcentaje de ejecución sobre la asignación modificada (Gasto/ Asignación Modificada). La asignación modificada es el resultado de las redistribuciones o remanentes que se generen en los proyectos.*

Al conocer mensualmente el estado de los proyectos, esta Gerencia valida las devoluciones de recursos que realizan las Direcciones. Es importante considerar que hay proyectos que, por su costo y recursos presupuestarios requeridos por año, de surgir algún atraso justificado por alguna situación, al no utilizarse los recursos presupuestarios programados afectan con mayor impacto o relevancia en monto como porcentualmente el % global de la ejecución del Fondo de Inversión anual. En el caso de la DAI que

desarrolla los proyectos hospitalarios de mayor costo de inversión, a manera de ejemplo para el 2021, el presupuesto asignado para ser utilizado en el Proyecto Nuevo Hospital de Puntarenas, representó un 13% del Fondo de Inversión, por el comportamiento en los avances y proyecciones del Proyecto, la DAI gestionó una devolución de 24 mil millones de colones afectando en forma importante la subejecución de recursos que no se pudieron utilizar por los atrasos sufridos en permisos y validaciones de anteproyectos. Otro ejemplo en ese mismo año fue la situación para la Adquisición de Terreno, Nueva Sede Hospital Dr. Tony Facio Castro, Limón, que tuvo como consecuencia la devolución de 5948 millones. Sumados los montos devueltos para ambos casos y comparados con el monto total devuelto significan el 78% del monto total devuelto por la DAI.

Las justificaciones y limitaciones que tuvieron ambos proyectos durante el 2021, que afectaron los avances físicos y financieros, es conocida por esta Gerencia, mediante el seguimiento que lleva el equipo de trabajo en la PMO y los informes que elaboran, acceso al SPIT, los Informes que recibe de las Direcciones, así como de las acciones para la gestión de los recursos, seguimiento a las devoluciones y coordina las previsiones para años siguientes de recursos presupuestarios en el Portafolio. Además, esta Gerencia da seguimiento gerencial mediante visitas de campo a las acciones implementadas como el caso de Hospital de Puntarenas que se realizan en paralelo construcciones preparatorias para ganar tiempo y que una vez superados los obstáculos o limitaciones presentadas se aceleran las obras constructivas. El comportamiento de la ejecución presupuestaria se monitorea y se lleva un control en este tema (...)

Respecto a los controles y seguimientos, en el año 2021 y 2022, se han implementado una serie de cambios y mecanismos, que permitan mantener un monitoreo constante a los movimientos presupuestarios en el Fondo de Inversión:

- A partir del año 2021, todos los movimientos de rebalanceos y devolución de remanentes de los proyectos deben ser tramitados a través del Despacho de la GIT. Esto permite controlar y avalar los movimientos que realizan las dependencias. Para este fin, se establecieron el uso de las plantillas de redistribución y remanentes.
- Mensualmente, se solicita el reporte del gasto a todas las Dependencias que tienen recursos en el Fondo de Inversión, con el fin de mantener indicadores de ejecución con corte mensual. Este reporte es publicado en los Dashboard de Control del GIT-SPIT.
- Trimestralmente, se solicita el reporte del gasto y las justificaciones de ejecución de aquellos proyectos estén por fuera del +/- 10% del porcentaje adecuado para el trimestre respectivo. Estos controles, son considerados en las revisiones integrales realizadas mensualmente por la PMO, donde se cruzan datos de metas, formulación y ejecución presupuestaria de los proyectos.

(...) Esta Gerencia entiende que la dinámica de la gestión de proyectos, puede tener eventos diversos que implican no solo la posibilidad de un atraso en la ejecución de los mismos, sino también la posibilidad de que se materialicen eventos que implican devolverse a etapas anteriores, si bien esto es algo no deseable, en la mayoría de los casos escapa a las posibilidades de gestión (ya que pueden ser eventos que suceden en otras instancias como la Contraloría General de la República, por ejemplo), con el agravante de que los fondos del portafolio de proyectos, a pesar de las devoluciones de fondos comprometidos que se hagan durante el año para efectos presupuestarios, en relación con las subejecuciones siguen considerando siempre el monto inicial asignado. Las subejecuciones que se presenten tendrán una valoración respecto a las justificaciones que se presenten y que se hace normalmente mediante informes que se generan desde el equipo de control de proyectos de la Gerencia PMO-GIT (...)

Referente a los porcentajes de incumplimiento de metas en la DAI y en la DAPE en el período 2021, el Ing. Granados Soto manifestó:

“(…) esta Gerencia realiza un análisis del cumplimiento de las metas de las Direcciones adscritas, para esta labor de control gerencial, se ha conformado un equipo de trabajo conocido como la PMO GIT, el cual realizan seguimientos de metas de proyectos que gestionan las direcciones, cotejando los avances de metas versus lo programado para cada uno de los proyectos, en SPIT, en Portafolio, para conocer avances, detectar desviaciones, identificar incumplimientos, dar retroalimentación, dar alertas al Gerente, llamar a rendición de cuentas e incluso detectar casos de necesidad de apoyo o que tenga que intervenir esta Gerencia con otras Gerencias, cuyos reportes son elaborados para análisis gerencial”.

En ese sentido, la Auditoría entiende la dinámica de la gestión de proyectos, lo importante es que la administración debe garantizar que las justificaciones de esas subejecuciones -que tiene su origen por diferentes circunstancias que generan atrasos, que ocasionan incumplimiento de metas-, estén debidamente fundamentadas y que no sean producto de una deficiente gestión.

Lo anterior, ocasiona un incumplimiento de los objetivos y metas establecidas por las unidades adscritas a esa gerencia; en este caso, el seguimiento anual del Plan-Presupuesto para el periodo 2021 evidenció que la DAI no cumplió el 23 % de las metas y la DAPE, en ese mismo periodo, no cumplió el 52 % de las metas de los proyectos en desarrollo, aspectos que podrían generar responsabilidades en caso de que las justificaciones no sean razonables. **Anexo 2**

6. SOBRE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL SISTEMA DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL (SIFC)

Esta Auditoría evidenció diferencias entre la información registrada en el Sistema de Fiscalización y Control (SIFC) de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la contenida en el Sistema Integrado de Gestión de Auditoría (SIGA), referente a la cantidad de recomendaciones pendientes de cumplir por parte de ese despacho.

De conformidad con lo anterior, esta Auditoría realizó una revisión en el SIGA, al 31 de mayo 2022, de las recomendaciones pendientes de atender, dirigidas únicamente al despacho gerencial, evidenciando que existen **18 recomendaciones adicionales** a las que reportó el despacho de gerencia:

Cuadro 4
Resultado de revisión efectuada sobre la cantidad de recomendaciones de Auditoría pendientes de cumplir por parte del Despacho de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías al 31 de mayo 2022

Cantidad	Fecha del informe	Número de informe	Número de recomendación	Plazo de la recomendación en meses	Estado	Meses de vencimiento de la recomendación	Años de vencimiento aproximados
1	29/09/2021	ASS-72-2021	10	12	En proceso	1	0.09
2	17/09/2020	ASF-90-2020	2	12	En proceso	14	1.17
3	28/09/2020	ASF-101-2020	4	3	En proceso	22	1.83
4	22/10/2020	ASF-122-2020	5	3	En proceso	20	1.67
5	29/03/2019	ATIC-14-2019	4	10	En proceso	35	2.92
6		ATIC-14-2019	5	9	En proceso	34	2.83
7		ATIC-14-2019	6	6	En proceso	35	2.92
8	28/10/2019	ASF-145-2019	2	6	En proceso	30	2.5
9		ASF-145-2019	3	6	En proceso	30	2.5
10	22/06/2018	ASAAI-63-2018	2	8	En proceso	45	3.75
11	16/07/2018	ATIC-81-2018	2	3	En proceso	49	4.08
12		ATIC-81-2018	3	3	En proceso	49	4.08
13	20/08/2018	ATIC-91-2018	1	5	En proceso	46	3.83

Cuadro 4

Resultado de revisión efectuada sobre la cantidad de recomendaciones de Auditoría pendientes de cumplir por parte del Despacho de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías al 31 de mayo 2022

Cantidad	Fecha del informe	Número de informe	Número de recomendación	Plazo de la recomendación en meses	Estado	Meses de vencimiento de la recomendación	Años de vencimiento aproximados
14	12/05/2017	ATIC-26-2017	1	3	En proceso	63	5.25
15		ATIC-26-2017	2	6	En proceso	60	5
16	06/07/2017	ATIC-56-2017	1	2	En proceso	63	5.25
17	09/10/2017	ASAAI-115-2017	1	6	En proceso	55	4.58
18		ASAAI-115-2017	3	6	En proceso	55	4.58

Fuente: Sistema Integrado de Gestión de Auditoría (SIGA)

De conformidad con el cuadro 4, llama la atención a esta Auditoría que existan recomendaciones pendientes de cumplir entre **3 y 5 años**, posteriores al vencimiento del plazo pactado con la Gerencia para su atención.

La Ley General de Control Interno establece:

“Artículo 12.- Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno: en materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes: (...) c) Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan”.

“Artículo 17.-Seguimiento del sistema de control interno. Entiéndese por seguimiento del sistema de control interno las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud”.

El Ing. Jorge Granados Soto, gerente de Infraestructura y Tecnologías, remitió a esta Auditoría, mediante oficio GIT-1481-2022, del 14 de octubre 2022, una hoja de Excel donde extrajo la información brindada por el SIFC, referente a las recomendaciones pendientes de atender por parte del despacho de esa gerencia, indicando:

“(…) Con respecto a los asuntos de la Auditoría Interna, considerando las limitaciones y repercusiones generadas a nivel de sistemas de esta temática, ocasionadas por el hackeo sufrido por la Caja Costarricense de Seguro Social, la información requerida obedece a los informes de Auditoría Interna con corte al 31 de mayo de 2022 (día del hackeo), y solamente a los documentos dirigidos para atención de este despacho.

Los datos generales muestran que son 21 recomendaciones en proceso, de esas 9 se ha remitido la información a la Auditoría Interna y se está a la espera que el ente fiscalizador responda, 4 se encuentran a la espera de criterio por parte de unidades externas a esta Gerencia y 8 están en proceso de atención por parte de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías. La explicación y el detalle se adjunta mediante matriz en formato de archivo en Excel”. Anexo 3

Esta Auditoría consultó, el 4 de noviembre 2022, al Lic. Steven Fernández Trejos, asesor de gerencia; la Licda. Xinia Lemaitre González, asesora de gerencial y enlace para la ejecución del presente estudio; y Licda. Ana Salas García, asesora de gerencia y encargada del control de las recomendaciones de Auditoría para la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, sobre las causas de las diferencias encontradas en la cantidad de las recomendaciones pendientes dirigidas a dicha gerencia.



El Lic. Steven Fernández Trejos, el 16 de noviembre 2022, indicó que las diferencias responden a tres motivos:

“1. En algunos casos no coinciden la información, dado que a la hora de guardar los informes se puso como responsable a las Direcciones o al CGI. 2. En otros casos no se tiene como recibido el informe. 3. Las Direcciones a las que le correspondían atenderlas, ya no están adscritas a la GIT”.

Es criterio de esta Auditoría que lo descrito obedece a debilidades en el registro de la información consignada en el Sistema de Fiscalización y Control (SIFC) que utiliza la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para el monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de Auditoría.

Esta situación podría ocasionar que se omita el registro de recomendaciones de Auditoría en el sistema, generando que el despacho gerencial pierda el monitoreo de esa gestión, debilitando el sistema de control interno; además, podría presentarse eventuales responsabilidades administrativas por el no cumplimiento de los plazos pactados; por último, los plazos prolongados para su atención, ocasionaría que estas pierdan efectividad, aspecto que llevaría a materializar el riesgo por el cual se generó dicha recomendación.

7. SOBRE EL USO DE PLAZAS PARA PROYECTOS ESPECIALES EN LA GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS

Esta Auditoría evidenció el uso de 28 plazas aprobadas para proyectos especiales específicos, los cuales, en algunos casos, datan del año 2006 y con perfiles que no son acordes con la estructura organizativa de la Gerencia de Infraestructura y tecnologías, como es el caso del perfil de Subdirector de Sede.

Esta situación fue descrita en el informe de Auditoría ASAAI-220-2018, en donde se concluyó que la creación de plazas temporales en la institución ha sido un mecanismo utilizado por el jerarca para la atención de proyectos especiales, no obstante, el proceso contiene aspectos susceptibles de mejora, debido a la ausencia de lineamientos claros para su creación y uso, así como la falta de mecanismos de control adecuados, incrementando así el riesgo de que las plazas cuyo objetivo es atender un proyecto específico en un tiempo determinado por la Junta Directiva, se conviertan en plazas fijas en las unidades sin pasar por el proceso ordinario de creación.

Al respecto, se solicitó a Presidencia Ejecutiva analizar la necesidad de mantener vigentes las plazas temporales, situación que continúa vigente, a pesar de la advertencia de este órgano de control y fiscalización, en ese sentido, a través del oficio PE-0310-2019 del 12 de febrero 2019, el Dr. Román Macaya Hayes solicitó a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnología en su momento, lo siguiente:

“Reciban un cordial saludo. Es de recibo en este Despacho oficio 10983 de fecha 12 de diciembre de 2018 (se adjunta copia) referente al informe de auditoría precitado en el epígrafe relacionado con el “Estudio de carácter especial sobre la creación y uso de plazas temporales y plazas para médicos generales de servicio social obligatorio”, e indica la recomendación N°1 inserta en el informe de marras.

RECOMENDACIÓN 1

AL DR. ROMÁN MACAYA HAYES, PRESIDENTE EJECUTIVO O EN SU LUGAR A QUIEN OCUPE EL CARGO.

1. Conforme a lo indicado en el hallazgo 2.1 del presente informe, respecto a la utilización permanente de 28 plazas creadas por la Junta Directiva como temporales para proyectos de varias unidades institucionales, instruir a la Gerencia Médica y de Infraestructura y Tecnologías para que con la asesoría técnica e información que disponga la Dirección de Administración y Gestión de Personal, se analice la

necesidad de mantener vigentes las plazas temporales que se describen en la tabla 1, en razón de que su vigencia superó el plazo aprobado por el jerarca institucional para su utilización, y presentar el informe correspondiente.

Asimismo, en la instrucción que se gire solicitar a las Gerencias Médicas y de Infraestructura y Tecnologías, analizar las razones que justificaron mantener las 28 plazas indicadas en la Tabla 1, por un lapso mayor al autorizado por la Junta Directiva, para que esas gerencias determinen si existen elementos de responsabilidad, en cuyo caso procedan conforme sea legalmente pertinente.

En virtud de lo anterior, y con instrucciones del Dr. Román Macaya Hayes, se les solicita, atender la recomendación del Órgano Fiscalizador realizando las acciones requeridas para su cabal cumplimiento y brindar informe a la Auditoría Interna, con copia a este despacho.”

A continuación, se detallan los códigos presupuestarios (plazas) utilizados en la gerencia y sus respectivos proyectos:

Cuadro 5
Detalle de las plazas de proyectos especiales, octubre 2022

N.º DE PLAZA	PERFIL	UNIDAD PROGRAMÁTICA
60000	Subdirector de Sede	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60001	Técnico en Adm. 1	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60002	Profesional 1	Dirección Administración Proyectos Especiales
60003	Profesional 1	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60004	Profesional 4	Dirección Administración Proyectos Especiales
60005	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60006	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60007	Profesional 4	Dirección Administración Proyectos Especiales
60008	Profesional 4	Dirección Administración Proyectos Especiales
60009	Profesional 4	Dirección Administración Proyectos Especiales
60011	Dibujante Arquitectónico	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60012	Mensajero	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60814	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60815	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60816	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60817	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
60818	Profesional 4	Dirección Arquitectura e Ingeniería
44232	Subdirector de Sede	Proyecto Fideicomiso BNCR
44233	Analista en Sistemas 1 en TIC	Proyecto Fideicomiso BNCR
44234	Técnico en Administración 5	Proyecto Torre Este – Nutrición y Ropería Hospital Calderón Guardia
44235	Técnico en Administración 5	Proyecto Torre Este – Nutrición y Ropería Hospital Calderón Guardia
44757	Jefe Área de Sede	Proyecto Laureano Echandi
44758	Profesional 4	Proyecto Laureano Echandi
44759	Profesional 4	Proyecto Laureano Echandi
44760	Profesional 4	Proyecto Laureano Echandi
44761	Profesional 4	Proyecto Laureano Echandi
44762	Profesional 2	Proyecto Laureano Echandi
44763	Dibujo Arquitectónico	Proyecto Laureano Echandi

Fuente: Oficio GIT-1186-2022, del 2 de septiembre 2022

Las Normas Generales de Control Interno en el Sector Público establecen, en el punto 4.6, lo siguiente:

“Cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las actividades de control que permitan obtener una seguridad

razonable de que la actuación de la institución es conforme con las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes. Las actividades de control respectivas deben actuar como motivadoras del cumplimiento, prevenir la ocurrencia de eventuales desviaciones, y en caso de que éstas ocurran, emprender las medidas correspondientes. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”

El Instructivo para la Formulación del Plan-Presupuesto en la institución indica:

“0.01.03 Servicios especiales: Remuneraciones al personal profesional, técnico o administrativo contratado para realizar trabajos de carácter especial y temporal, que mantienen una relación laboral menor o igual a un año. Se exceptúan los gastos de los proyectos de carácter plurianual, entendidos éstos como aquellos proyectos de inversión de diversa naturaleza que abarcan varios períodos presupuestarios. También contempla aquellas remuneraciones correspondientes a programas institucionales que por las características de los servicios que brindan, tales como de educación y formación, el perfil del personal a contratar exige mayor versatilidad y un período mayor de contratación, acorde con las necesidades cambiantes del mercado laboral.

Las anteriores erogaciones podrán clasificarse en esta subpartida manteniéndose una relación laboral hasta por un máximo de tres años. El personal contratado por esta subpartida debe sujetarse a subordinación jerárquica y al cumplimiento de un determinado horario de trabajo, por tanto, la retribución económica respectiva, se establece de acuerdo con la clasificación y valoración del régimen que corresponda. Afectan esta partida los códigos de plazas del 60.000 al 60.999.”

El Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, indicó lo siguiente, en entrevista aplicada el 7 de noviembre 2022:

“Primero es importante indicar que las plazas que la Auditoría Interna indica son de “Subdirector de Sede” realmente fueron creadas como de Director de Proyectos, sin embargo, debido a que la Gerencia Administrativa y Financiera nunca crearon el Reglamento de uso de las mismas, se permitió por parte de estas unidades el uso de las plazas, homologándolas salarialmente a Subdirectores de Sede.

Adicionalmente mediante Oficios GIT-1186-2022 y GIT-1187-2022 con fecha del 02 de setiembre, 2022, dirigida al Lic. Walter Campos Paniagua, Director de la Dirección Administración y Gestión de Personal de la CCSS, esta Gerencia solicitó criterios para las plazas proyectos infraestructura y otros clasificados de alta complejidad, y orientación como ente rector en materia de recursos humanos para que esas plazas se visualicen de manera ordinaria, ya que se requiere mantener un equipo conformado por directores de proyectos, jefes de proyectos y profesionales para asegurar la ejecución correcta de los proyectos y de los recursos disponibles. Lo anterior debido a que esas plazas se crearon con perfiles que no se encuentran en el “Manual Descriptivo de Puestos”, por lo que se requiere del diseño y creación de un “Manual Descriptivo de Puestos para Proyectos” o considerar otra alternativa viable como plantear la creación del Reglamento para Puestos de Directores y Jefes de proyectos de infraestructura o de otros proyectos clasificados de alta complejidad, que permita resolver necesidades temporales y el uso de los perfiles que correspondan según la complejidad de las diferentes iniciativas y proyectos que lidera esta Gerencia en atención a la demanda de los proyectos incluidos en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura. Oficios GIT-1186-2022 y GIT-1187-2022 disponibles en carpeta II E C 23-24.”

Adicionalmente, con respecto a la justificación para continuar utilizando el modelo de sustitución, el Ing. Granados Soto manifestó:

“Dado que esta consulta, está estrictamente vinculada a la anterior, la respuesta es similar, debido a la necesidad para la correcta administración de proyectos que tiene esta Gerencia especializada en gestión de proyectos muy especializados de alta complejidad técnica, de contar con plazas de perfiles para directores, jefes de proyectos y las limitaciones para actuar por ausencia de este tipo de perfiles en el



Manual de Puestos de la CCSS, por lo que se solicitó criterio técnico y orientación a la Dirección Administración y Gestión de Personal de la CCSS, para conocer el mejor proceder en estos casos. Oficios GIT-1186-2022 y GIT-1187-2022 disponibles en carpeta II E C 23-24.”

En el desarrollo del presente estudio, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías emitió los oficios GIT-1186-2022 y GIT-1187-2022, dirigidos a la Dirección de Administración y Gestión de Personal, requiriendo colaboración para el análisis de las plazas citadas; no obstante, la Licda. Jaqueline Quedo Gutiérrez, jefe de la Subárea de Planificación de Recursos Humanos, mediante oficio ADP-SPRH-0084-2022, del 29 de noviembre de 2022, le indicó al Lic. Walter Campos Paniagua, director de Administración y Gestión de Personal, lo siguiente:

“En virtud de lo anteriormente expuesto, me permito indicar lo siguiente:

- En lo relativo a la solicitud de la remisión del Criterio Técnico donde se crearon las plazas en el año 2006, la Subárea de Planificación de Recursos Humanos, no tiene injerencia en estos criterios dado que inició sus operaciones en el año 2009.*
- En cuanto a la creación de los perfiles y homologación del puesto en el Manual Descriptivo de Puestos, es competencia de la Subárea de Diseño y Valoración de Puestos.”*

A pesar de que la situación se evidenció desde el año 2018, a través del informe de Auditoría ASAAI-220-2018, y que Presidencia Ejecutiva mediante oficio PE-0310-2019 solicitó a la esa Gerencia atender lo observado por esta Auditoría Interna; la administración no ha sido oportuna en corregir las desviaciones evidenciadas, e impedir que sean utilizadas por las unidades de manera permanente.

El no disponer de controles para determinar objetivamente la vigencia del uso de las plazas y perfiles que no son acordes con la estructura, implica un incumplimiento a las disposiciones normativas emitidas y no garantiza el uso adecuado de los recursos institucionales asignados.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta evaluación permiten identificar oportunidades de mejora en los procesos de la gestión estratégica que realiza dicha gerencia, referente a sus funciones sustantivas, la calidad de la información y los controles internos implementados para la supervisión de las cuatro direcciones adscritas, que se requieren fortalecer en aras de garantizar la eficiencia y eficacia en los procesos que se ejecutan, dirigidos a la gestión de infraestructura y equipamiento a nivel institucional.

El Manual Organizacional de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías fue actualizado en el 2020, después de 12 años (2008-2020), sin embargo, se evidenció que dicho documento continúa siendo obsoleto a las necesidades organizativas actuales de la gerencia, aspectos que podrían ocasionar la materialización de diferentes tipos de riesgo.

En cuanto a la gestión de riesgos, se evidenció la mezcla de riesgos operativos con táctico-estratégicos a niveles del despacho gerencial, aspecto que podría ocasionar que no estén claros los conceptos de gestión de riesgo, aspecto que podría ocasionar que se estén realizando actividades que desvíen los objetivos, aumenten cargas de trabajo y disminuya la capacidad para supervisar o conocer los riesgos de las direcciones adscritas a esa gerencia; situación que se origina debido a que no existe, a nivel institucional, una metodología para la definición de riesgos táctico-estratégicos, ni de proyectos, aspectos que es de conocimiento de la Dirección de Sistemas Administrativos.

La gestión del riesgo es un proceso fundamental en una organización para el cumplimiento de sus objetivos y no un simple acto administrativo que debe cumplirse. El riesgo debe estar enfocado en un proceso de identificación, análisis, valoración, tratamiento, y seguimiento, y debe estar orientado a las funciones sustantivas para cada nivel de la organización (estratégico, táctico y operativo); en ese sentido, se evidenció que no están claras las estrategias establecidas para el tratamiento del riesgo que permitan mitigar los efectos de la materialización de un evento.



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”

Dicha gerencia tiene diferentes herramientas de control, siendo el Plan-Presupuesto el instrumento, a nivel institucional, que refleja la planificación y el presupuesto de una unidad a corto plazo (2 años), por tal motivo, debe ser un instrumento fundamental, medible, claro y transparente, debido a que proyecta las actividades estratégicas donde la gerencia desea llevar un proceso de supervisión o fiscalización más detallado, ya que constituye algún compromiso nacional o institucional y, por tanto, deben registrarse aquellas actividades sustantivas que estén vinculadas con los recursos financieros de la gerencia, de conformidad con los resultados de la gestión de riesgos; además, la gestión gerencial debe garantizar que las justificaciones que presenten las unidades ejecutoras producto de subejecuciones presupuestarias, sean razonables y no sean producto de una deficiente gestión de proyectos, en resumen, debe proyectar el trabajo gerencial que se realiza en el despacho, siendo que las debilidades evidenciadas reflejan la necesidad de reforzar los controles implementados a nivel estratégico gerencial.

Por otra parte, las actividades de supervisión son fundamentales en la gestión estratégica y debe realizarse mediante el sistema de control interno, como parte del proceso de mejora continua, el cual debe establecerse, mantenerse, perfeccionarse y evaluarse constantemente, siendo responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento. Adicionalmente, dicho sistema debe ser aplicable, completo, razonable, integral y congruente; proporcionar seguridad en el cumplimiento de las atribuciones y competencias de dicha gerencia.

En esta línea de ideas, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías dispone de instrumentos para el monitoreo, control y evaluación de la planificación táctica, sin embargo, el estudio realizado reveló la necesidad de fortalecer y robustecer esos controles, con el objetivo de garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones, exigir confiabilidad y oportunidad de la información, con el fin de proteger y conservar el patrimonio institucional.

Además, el sistema de fiscalización y control implementado en esa gerencia tiene, como objetivo, introducir una mejora continua en la gestión y conducir en forma eficiente y efectiva el cumplimiento de las recomendaciones o las disposiciones de los entes fiscalizadores, el cual ofrece apoyo a la gestión y seguimiento de los documentos. Al respecto, las debilidades evidenciadas relacionadas con la calidad en el registro de la información ocasionan un debilitamiento del sistema de control interno y generan un incumplimiento a la normativa aplicable.

Finalmente, en cuanto a la gestión del talento humano, se evidencian oportunidades de mejora, debido a que se ha incurrido en prácticas administrativas que podrían ser incorrectas producto al mantener en el tiempo plazas de servicios especiales de carácter temporal, las cuales se crearon con un fin específico que ya se cumplió, situación que no concuerda con la obligación de los titulares subordinados y el resto de los funcionarios de establecer un adecuado sistema de control interno y había sido informada a la administración mediante el informe ASAAI-220-2018 "Estudio de carácter especial sobre la creación y utilización de plazas temporales y para médicos generales del Servicio Social", además, Presidencia Ejecutiva solicitó desde el año 2019, corregir los aspectos evidenciados por esta Auditoría Interna, sin que a la fecha se tenga evidencia de la atención del riesgo de mantener las plazas temporales en el tiempo.

RECOMENDACIONES

A LA ING. SUSAN PERAZA SOLANO, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Elaborar, en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Dirección de Sistemas Administrativos y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, una metodología para la gestión de riesgos de proyectos que esté alineada con la tipología y complejidad de los proyectos, la Política Integral de Riesgos Institucional, y la normativa emitida por MIDEPLAN y la vigente a nivel institucional en el tema de riesgos, que permita, a la institución, disponer de una metodología oficial para la gestión del riesgo de proyectos o programas. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 2** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada, ante este órgano de control y fiscalización, la documentación donde conste la elaboración de la Metodología de Gestión de Riesgos de Proyectos en un **plazo de 12 meses**.

AL ING. JORGE GRANADOS SOTO, EN SU CALIDAD DE GERENTE DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

2. Implementar, en coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos, un programa de capacitación sobre la gestión de riesgos a nivel del despacho de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, con el objetivo de brindar asesoría en temas como la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento de los riesgos; así como de conceptos básicos del riesgo como apetito, tolerancia, capacidad, exposición, actitud, perfil, clasificación y tipos de riesgo. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 2** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la documentación donde conste la implementación del programa de capacitación sobre la gestión de riesgos a nivel del despacho. **plazo de 6 meses**.

3. Completar la herramienta de gestión de riesgos institucional del despacho gerencial, en función de los lineamientos relativos a los riesgos táctico-estratégicos, con el objetivo de que se ajuste a la Política Institucional de Riesgos y al Plan Estratégico Institucional 2023-2026. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 2** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la herramienta de gestión de riesgos en función de los lineamientos para los riesgos tácticos y estratégicos, en un **plazo de 12 meses**.

4. Instruir a los equipos gestores de riesgos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías que completen la herramienta institucional de Gestión de Riesgos, para lo cual, es necesario consultar la Guía de Valoración de Riesgos, los Lineamientos Institucionales, el Manual de Usuario del Sistema NOVAPLAN y la Política Institucional de Riesgos, con el objetivo de facilitar la comprensión del proceso de gestión de riesgos. Lo anterior, de conformidad con el **hallazgo 2** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la instrucción solicitada en un **plazo de 1 mes**.

5. Implementar, a nivel de despacho de gerencia, un mecanismo de control para la revisión de la calidad de la información contenida en el Plan-Presupuesto y sus seguimientos, con el objetivo de garantizar que esté libre de errores, defectos, que sea clara, veraz, consistente y que cumpla los lineamientos establecidos sobre el particular. Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el **hallazgo 3** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado ante este órgano la documentación donde conste la implementación del mecanismo de control para la revisión de la calidad de la información contenida en el Plan Presupuesto en un **plazo de 12 meses**.

6. Implementar, a nivel de despacho de gerencia, un mecanismo de control que permita la revisión de las justificaciones de los incumplimientos de las metas inferiores al 80 % en los informes de seguimiento al Plan-Presupuesto, así como de las subejecuciones de las subpartidas presupuestarias de las direcciones adscritas, en caso de presentarse, con el propósito de determinar la razonabilidad de las justificaciones presentadas. Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el **hallazgo 4 y 5** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado ante este órgano la documentación donde conste la implementación del mecanismo de control para la revisión de las justificaciones de los incumplimientos de metas en un **plazo de 12 meses**.

7. Implementar, a nivel de despacho de gerencia, una herramienta de monitoreo para el seguimiento de los resultados de la Autoevaluación de la Gestión del Control Interno de las unidades adscritas, con el objetivo de garantizar la subsanación de las oportunidades de mejora evidenciadas en dichos estudios, como parte del fortalecimiento del sistema de control interno en operación. Lo anterior, de conformidad con lo expuesto en el **hallazgo 4** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentada la documentación donde conste el detalle de la implementación de la herramienta de monitoreo para el seguimiento de los resultados de la autoevaluación de la gestión del Control Interno de sus unidades adscritas en un **plazo de 12 meses**.

8. Determinar la cantidad de recomendaciones de Auditoría pendientes al 31 de octubre 2022, dirigidas a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, con el objetivo de obtener una lista actualizada de pendientes. Una vez identificadas y de conformidad con un análisis de riesgos, diseñar un cronograma para su atención, donde se identifiquen fechas y responsables de atención. Lo anterior, de conformidad con lo evidenciado en el **hallazgo 6** del presente informe.

Esta Auditoría consignará como cumplida la recomendación, una vez presentado los resultados de la revisión y el cronograma de atención en un **plazo de 6 meses**.

9. Remitir el presente informe al equipo que está coordinando la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías con el Proyecto de Reestructuración Organizativa de Oficinas Centrales, con el objetivo de que sirva de insumo para el proceso de revisión de la estructura organizacional de esa dependencia que actualmente están realizando. Lo anterior de conformidad con lo evidenciado en los **hallazgos 1 y 2**.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, remitir la evidencia del traslado del informe al equipo en mención en un **plazo de 3 meses**.

10. Atender, con la asesoría técnica que requiera, lo dispuesto en el oficio PE-0310-2019, del 12 de febrero 2019, en virtud de que el Dr. Román Macaya Hayes, anterior presidente ejecutivo, solicitó a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, exgerente de Infraestructura y Tecnologías, analizar la justificación de mantener, en el tiempo, las plazas temporales asignadas a proyectos especiales, de conformidad con el **hallazgo 7 de este informe** y en congruencia con lo evidenciado en el informe de Auditoría ASAAI-220-2018, relacionado con la utilización de plazas temporales.

En caso de que se determine que alguno (os) de los códigos presupuestarios resulten incensarios, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías deberá efectuar lo pertinente para su eliminación, caso contrario, presentar, a la Junta Directiva, las propuestas que sean necesarias para que el órgano colegiado apruebe lo pertinente respecto a mantenerlas en uso o realizar las gestiones para solicitar la creación de plazas ordinarias conforme lo dispone el marco regulatorio para tales efectos.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, se deberá remitir evidencia documental de los resultados obtenidos respecto al análisis solicitado, que indique la forma en que serán abordados los diferentes aspectos señalados en esta recomendación; los cuales deberán presentarse a este Órgano de Control y Fiscalización en el plazo de **9 meses** posterior al recibido el presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los alcances del presente informe se comentaron con los siguientes colaboradores de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: Ing. Jorge Granados Soto, gerente; Licda. Xinia Lemaitre González, asesora de gerencia; Licda. Ana Salas García, encargada del seguimiento a las recomendaciones de Auditoría y Licda. Jennifer González Ortega, asistente de gerencia. Además, el informe fue comentado con la Dirección de Planificación Institucional: Ing. Susan Peraza Solano, directora y Licda. Yil Ulate Alvarado,



colaboradora. Finalmente, se comentó con la Dirección de Sistemas Administrativos: Ing. Sergio Chacón Marín, director y Licda. Andrea Zúñiga Chacón, colaboradora del Área de Gestión de Control Interno.

El Ing. Granados Soto, referente al **hallazgo 3**, indicó:

“Si se realizan acciones de conducción referente al uso del Fondo de Inversión de Infraestructura, indirectamente está generando el objetivo establecido en el Plan Presupuesto, no entiendo porque plantean esa debilidad, tal vez no es un indicador 100 % directo, pero tampoco está establecido que debe realizarse de esa manera”.

“La DPI aprueba ese Plan Presupuesto”.

“Me queda claro, no estoy diciendo que no existan esas oportunidades de mejora, pero también se debería plantear a las unidades que hacen una revisión de esos productos que deben ajustarse a los aspectos normados”.

La Licda. Salas García, sobre el **hallazgo 6**, manifestó:

“Quiero hacer mención que en cuadro que ustedes nos enviaron había recomendaciones que nosotros no debíamos atender, por ejemplo, la Dirección de Tecnologías de Información pasó a la Gerencia General e igualmente las recomendaciones, otro aspecto que fue un error mío, es que el sistema de nosotros no es como el SIGA de ustedes que nada más dice que en proceso o cumplida, sino por ejemplo, si ya para nosotros como gerencia con la información dada esta cumplida, nosotros mismos ponemos como cumplida por la Gerencia, cuando yo hice el filtro solo puse las que estaban en proceso y cumplidas, entonces se me escaparon esas”.

El Ing. Granados Soto, con respecto al **hallazgo 7**, señaló:

“Siempre se indica que nosotros tenemos plaza de subdirector de sede o de jefatura de área, sin embargo, es importante indicar que todas esas plazas (excepto una me parece que cuando se creó si fue como subdirector), se crearon como jefe de proyecto y director de proyecto, que es totalmente diferente a un subdirector de sede y una jefatura de área, entonces esas plazas tienen ese perfil y ese fue el perfil con el cual se aprobó, que es lo que pasa, en algún momento, como la gente recursos humanos, la financiera y la administrativa nunca establecieron el Manual de Funciones de esas plazas, entonces se homologaron a subdirector de sede y una jefatura de área, sobre todo en el tema salarial, eso es importante, porque es cierto ninguna unidad de la Gerencia tiene una subdirección en su estructura formal, pero no es que nosotros tenemos plazas de subdirectores de sede es que las plazas que nos dieron eran de director de proyecto que se homologaron salarialmente para poder ser utilizadas, eso fue un indicación de la Dirección de Presupuesto es su momento hace como 15 años, me parece que es importante que es quede claro”.

“El director de proyectos sí existe, puesto que se crearon o sea con plazas que están creadas no fueron inventadas, ahora que no tengan el Manual, es otra cosa, pero las plazas sí existen y están asociadas a la gerencia, pero es importante que quede claro que no son plazas de subdirector de sede”.

Referente a la recomendación 1:

El Ing. Granados Soto señaló:

“Yo no estoy en contra de la recomendación, me parece que es correcto establecer esa metodología, sin embargo, lo que si me parece importante es ir viendo como la Institución se va moviendo hacia diferentes temas. Ustedes saben que existe un acuerdo de Junta Directiva que establece la creación de una Unidad de Proyectos, ahorita con el tema de la reestructuración se está valorando para determinar si es una unidad o un área en la Dirección de Planificación, pero me parece que es de ahí donde debería surgir”.



“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”

esa metodología y nosotros ajustarnos a esa metodología, sino que es lo que va a pasar, si nosotros hacemos una metodología de riesgos para proyectos y después existe otra línea o propuesta por parte de la DPI, sería un doble trabajo y uno en teoría debería justarse a ese metodología la DPI o la unidad de proyectos cuando se cree, así se ha estado haciendo hasta con temas de gestión, vean por ejemplo, que hace poco salió publicado lo del Banco de Iniciativas y el Portafolio, eso viene de la DPI, no sé si este tipo de solicitud, de la cual yo no estoy en contra y considero que debemos participar muy activamente, no estoy tan seguro que esa aprobación de esa metodología sea la misma gerencia que la otorgue, si no, que debería ser un tema que se trabaje en conjunto con la DPI, la DSA y la GIT, porque esa metodología de gestión de riesgos de proyectos aplicaría no solamente a las cosas de la GIT, sino a otros proyectos que se desarrollen a nivel institucional. Me parece que si lo que se quiere es tener una sola metodología de riesgos para proyectos, no debería ir dirigida a la GIT, únicamente, sino que como esta en este momento la organización debería ir a la DPI para que de manera conjunta con la GIT y la DSA trabajemos en la creación de esa metodología. Yo podría hacer una metodología, pero quien garantiza que la Gerencia Médica o Logística en sus proyectos la utilice”.

“A mí me parece que la recomendación debería ir dirigida a la DPI y a la DSA, porque ellos son los encargados de desarrollar esas herramientas y nosotros ajustarnos; así como existe la metodología del Plan Presupuesto y las diferentes guías, nosotros tenemos que ajustarnos a los documentos que están diseñados para eso”.

De conformidad con la solicitud del Ing. Granados Soto, el 13 de diciembre 2022 se realizó un segundo comentario para definir la Unidad que debería implementar la recomendación; los comentarios fueron los siguientes:

El Lic. Chacón Marín manifestó:

“Este es un tema muy interesante, no deja de llevar razón parcial don Jorge Granados en el planteo de su observación, sin embargo, debemos ser sumamente cuidadosos con algunos términos, nosotros ya estamos trabajando en estos temas y hemos trabajado estos temas en el pasado con ellos, de riesgos de proyectos, en los temas por ejemplo de los fideicomisos con BCR, riesgos para el proyecto del hospital de Niños, también Cartago, donde hemos tenía adecuaciones de tecnologías ya existentes a particularidades de los proyectos, ciertamente la GIT es un usuario pesado de estos principios de manera que lo que ellos han logrado de su propia creatividad y nosotros como asesores en la gestión del riesgo y han sido cosas buenas, pero si es necesario normalizarlo y me parece que ese es el propósito de la recomendación. Me parece que debe verse más hacia la GIT, debido a que los proyectos más pesados que trabajamos aquí son del equipo de la GIT, por ende, nos parece que la capacidad que ellos tenga de visualizar es valiosa y reitero con la asesoría de nosotros de apoyo y orientación. También se debe tener cuidado con la metodología decir a la GIT que se cree cualquier cosa a lo que salga y que considere los riesgos que usted crea convenientes desde el punto de vista de proyectos sin ningún tipo de equilibrio no es procedente, lo digo porque recientemente se aprobó en Junta Directiva la Política Integral de Riesgos que tiene una metodología asociada, por ende, deben de ir de la mano”

La Licda. Zúñiga Chacón manifestó:

“La Metodología que hablaba Adriana es una metodología que elaboró MIDEPLAN, ellos hablan sobre riesgos en proyectos y con enfoque multiarmonía, lo que se hizo fue que cuando llego a la institución se remitió a la DPI y DPI nos los remitió a nosotros y la DPI nos dice, estúdiénla y díganos si es viable aplicarla a la institución, nosotros la analizamos, creemos que, si es viable, sin embargo, es necesario ajustarla a temas propiamente caja. Nosotros le dijimos a la DPI que para poder desarrollar una metodología como esta y para que sea de obligatoriedad para toda la institución debemos trabajar con la gente que trabaja en proyectos todos los días o sea con la Gerencia de Infraestructura, por eso conformamos un equipo de trabajo entre la GIT y la DSA, para analizar la metodología y elaborar una metodología que no sea solo para la GIT, sino hacer una metodología que aplique para cualquier tipo de proyecto y cuando ya salga sea de carácter obligatoria a nivel institucional, por eso de mi parte debería

ser la GIT quien lidere el tema debido a que ellos son los dueños del proceso y hasta un funcionario de la DPI se podría incorporar en el equipo de trabajo y obtener una metodología consensuada por las tres unidades (GIT-DPI-DSA) y que sea de aplicación a nivel institucional; así lo hemos conversado con Susan y Adriana, por eso no me parece mal que la recomendación siga estando a cargo de la GIT, nosotros ya estamos trabajando en ese tema, de hecho estamos planificando una capacitación porque ellos deben de aprender sobre riesgos y nosotros sobre proyectos”.

“Lo que nosotros pretendemos es que, a partir de enero 2023, conversar con la DPI para que nos designe un funcionario para conformar parte del equipo de trabajo, para que al final lo que se genere sea consensuado por las tres unidades, para que no pase lo que dice Jorge Granados, lo que queremos es aportar y no perder tiempo de ninguna unidad elaborando metodologías que al final no se va aplicar, debido a que es una necesidad en la institución y que sea de uso obligatorio para que sea una única metodología”

El Lic. Chacón Marín agregó:

“Secundando lo que dice Andrea, el hecho de que la recomendación sea dirigida a la GIT, con solo se mencione que sea en conjunto con la DSA no veo problema para la GIT, debido a que el objetivo es que la metodología que se realice sea robusta, sería irresponsable que otras unidades no apliquen la metodología, teniendo una consensuada con la DSA y la DPI. Lo que insisto es que el equipo de Jorge es el que tiene mayor experiencia en proyectos, al fin y al cabo, los conocedores de proyectos es la GIT y su equipo, no tiene que ser tan sutil en decir las cosas, ellos son los que saben en el procesos de proyectos y que tal vez otras unidades no lo apliquen podría ser, sin embargo, me parece que con de la mano nuestra y con la Dirección de Planificación Institucional incorporado a ese equipo me parece que va a salir algo bonito y útil para la institución, más bien el reto esta bonito”.

“Todo nació de esa revisión metodológica de riesgos de MIDEPLAN y a partir de ese análisis nuestro equipo comenzó a trabajar de cómo nos conformemos es una cosa de forma”.

La Licda. Ulate Alvarado indicó:

“Yo coincido con ustedes ya se ha venido trabajando con la DSA, la creación de esta metodología nace de un decreto ejecutivo, para que todas las instituciones apliquen los riesgos Multiarbitrio, de acuerdo con ese decreto del 2020, MIDEPLAN estableció una metodología, porque esto no se aplica en ninguna institución, realmente el tema es relativamente nuevo y MIDEPLAN hizo la metodología y hasta hace poquito ellos hicieron la matriz, es muy probable que nadie este efectuando esto, porque nosotros en la institución simplemente identificamos los riesgos, esta metodología establece una serie de actividades adicionales como la cuantificación y valoración de los riesgos. Esa metodología nace de proyectos de infraestructura y ellos le indican a las instituciones aquí esta esta metodología, determinen si pueden aplicarla a la institución o efectuar una propia, pero debe tener ciertos criterios. A nosotros nos parece muy bien el trabajo que viene haciendo la GIT con la DSA, porque ellos están tropicalizando por eso es necesario efectuar una metodología de gestión de proyectos propia para nuestras necesidades. No habría ningún problema que este ahí la DPI, más bien tiene que estar la DPI, para que todas las unidades de la institución la pueden aplicar”.

El Lic. Chacón Marín manifestó:

“Yo agregaría un actor más al equipo que sería la DTIC, es porque lamentablemente hemos tenido un poco desarticulado el tema de infraestructura y Tecnologías con las TIC, lo que si es cierto que los principios metodológicos de la DTIC en materia de proyectos son diferentes, adicionalmente su enfoque de riesgos también es diferente, ellos no son lineales y tiene formas diferentes de ver los proyectos, por eso es importante que ellos también estén en el equipo de trabajo, pero eso no significa que la GIT no sea la dueña del proceso”.

“El problema es que la DPI no tiene la vivencia real del riesgo, la DSA habla de riesgos y la GIT de proyectos, pero proyectos y riesgos no es el lenguaje natural de la DPI, la DPI tiene compañeros conocedores de proyectos, pero el pensamiento general no es esa línea, que la DPI este en un nivel más alto tal vez, pero sería decir que la Dirección Actuarial conduzca, yo insistiría en una visión más de proyecto por parte de la GIT que de la DPI”.

La Licda. Zúñiga Chacón agregó:

“Eso sería lo correcto, lo que se debe elaborar es una metodología, porque lo que actualmente tenemos no se ajusta a los que se requiere, por eso es que la GIT está involucrada, porque ellos fueron los que nos buscaron a nosotros porque ellos son los que tienen necesidad de esa metodología de riesgos en proyectos, porque actualmente no disponen de nada que se ajuste a eso. Debemos elaborar una metodología y que de ahí se extraigan los riesgos que van alimentar el catálogo institucional riesgos, los cuales tendría una clasificación especial para proyectos”.

La Ing. Peraza Solano manifestó:

“Analizando el Manual Organizacional de la Dirección de Planificación Institucional, digamos que uno diría que la DPI es la instancia a nivel institucional que genera la gestión de conocimiento respecto a proyectos y es la que está marcando la línea, que es lo que pasa, por ejemplo, ya enviamos una segunda nota a la Dirección de Sistemas Administrativos, solicitándole criterio de la que dice MIDEPLAN y todavía no tenemos respuesta, definitivamente la instancia que tiene que definir como gestionamos los riesgos es la Dirección de Sistemas Administrativos, en algún momento será la Dirección de Riesgos. La DPI no es experta en riesgos, lo que podría aportar es el matiz de proyectos, lo que podríamos es coordinar con DSA para que la metodología que ellos definan se pueda aplicar en las fases del proyecto que corresponda, nosotros tenemos el conocimiento de proyectos, pero la DSA el conocimiento de riesgos. Si es por un tema de empoderamiento debido a que la DPI se ve como una unidad más cercana a la Presidencia, me parece que entonces sería planificación, pero definitivamente necesitaríamos el apoyo de la GIT, DSA y DTIC, porque no tendríamos la expertiz en materia de todos esos riesgos, pero si debe de existir un compromiso de todos los actores para realizar esa metodología, siento que lo vayamos hacer si va ayudar a la institución porque es necesario y no solo la forma de hacerlo, sino también con roles y responsabilidades eso debe ser parte de esa metodología, si es la DPI que debe poner el peso, nosotros lo hacemos, pero definitivamente necesitamos un acompañamiento de las diferentes unidades, lo que nosotros podríamos indicarles es por ejemplos, son las 4 tipologías de proyectos, las complejidades y ellos deben enfocarse en la materia de riesgos, por eso debe ser un equipo de trabajo”.

“Normalmente los proyectos de nosotros más complejos son la de la GIT, pero con TI en este momento estamos con problemas graves con todos los proyectos que tienen componente TI, entonces ellos tienen que meterle su expertiz nos solo de la forma de como gestionan los proyectos, sino también un tema de continuidad de servicios que dependa de un sistema de información para poder funcionar y deberíamos incorporar la gestión de riesgos y su administración”

De conformidad con lo anterior y considerando lo expuesto, esta Auditoría modificó la redacción de la recomendación en los términos sugeridos y la redireccionó a la Dirección de Planificación Institucional.

Referente a la recomendación 2:

El Ing. Granados Soto, indicó: *“Me parece bien esa recomendación”.*

Referente a la recomendación 3

La Licda. Lemaitre González manifestó:

“Acabamos de tener una reunión con los compañeros de planificación y nos indicaron que los planes tácticos van a estar hasta marzo 2023 y todavía están más atrasados con el PEI, apenas están en proceso de validación de escenarios, me parece que ese plazo de 8 meses se queda corto, debería decir la recomendación, una vez que se cuente con los documentos”.

El Ing. Granados Soto señaló:

“Si en determinado caso no salen los insumos se solicitaría una ampliación de plazo, debido a que existirían las justificaciones de peso”.

Es criterio de esta Auditoría que la solicitud en el incremento del plazo para el cumplimiento de la recomendación es razonable, de conformidad con lo señalado por la Administración.

Referente a la recomendación 4:

El Ing. Granados Soto manifestó:

“es una instrucción estoy de acuerdo con el plazo de un mes”.

Referente a la recomendación 5:

No se emitieron comentarios.

Referente a la recomendación 6:

El Ing. Granados Soto señaló:

“Tomando en consideración que ya estamos cerrando el 2022 y este tema del 2020 y 2021, estaría sin sentido, considerando que existieron otras metas que se cumplieron y se incumplieron en esos temas, yo entiendo lo que ustedes quieren que quizás nosotros seamos más específicos o duros en la revisión y que se revisen las causas, lo que pasa es que irme en estos momentos a revisar las justificaciones que ya de por sí se aceptaron a nivel de presupuesto y Plan Nacional de Desarrollo y Planes Estratégicos para los años 2020 y 2021, quizás no tiene sentido en este momento, más bien la recomendación debería ser similar a las recomendación 5 referente al mecanismo de control, pero referente a las subejecuciones del presupuesto”.

La Licda. Lemaitre González agregó:

“Me parece más valioso que hagamos esa revisión más exhaustiva en los informes que vamos a recibir este mes y que nos pongamos las pilas para que vengan bien fundamentadas las justificaciones de atrasos de metas, pero del cierre del 2022”.

De conformidad con lo solicitado por la Administración, se modificó la redacción de la recomendación en los términos requeridos.

Referente a la recomendación 7:

No se emitieron comentarios.

Referente a la recomendación 8:

El Ing. Granados Soto consulta a la Licda. Salas García:

“En este caso me parece que este tema ya se trabajó y que si con el plazo es suficiente”.



La Licda. Salas García respondió:

“Sí señor, me parece que el plazo de 6 meses está bien”.

Referente a la recomendación 9:

No se emitieron comentarios.

Referente a la recomendación 10:

El Ing. Granados Soto señaló:

“Me parece que el tema de las plazas es un tema de recursos humanos, nosotros no tenemos la competencia para definir los perfiles, nosotros podemos indicar qué funciones está realizando la gente, pero quien tiene que revisar y definir si esas funciones son acordes o si cumplen con lo que dice el Manual Descriptivo de Puesto o como están las plazas a nivel presupuestario, si se tienen que eliminar o no, que pasa si se eliminan, como se trabaja con las personas, si se deben liquidar o no, o se debe reasignar hacia abajo, todo eso es un tema de recursos humanos, nosotros no tenemos la competencia para hacerlo, me parece que esa recomendación debería ir dirigida a la DAGP, para que ellos hagan esa revisión, eso fue lo que nosotros le pedimos en los oficios que le enviamos y nosotros tenemos que ajustarnos a los resultados de ese informe”.

“Pero la recomendación va dirigida a mí, no va dirigida a la DAGP, entonces yo tengo que ir a coordinar, yo tendría que ir a moverlos, cuando es un tema de ellos”.

“Cuál es el riesgo, si yo estoy utilizando las plazas, el único riesgo que tengo yo es que me las quiten”.

“Es un tema legal, pero en materia de recursos humanos, yo no tengo gente experta en ese tema”.

“Yo estoy de acuerdo con todas las recomendaciones, excepto esta última”.

“Quiero que quede claro que yo no me estoy lavando las manos y yo no voy hacer nada, si nosotros tenemos que trabajar con la DAGP vamos a trabajar, pero la recomendación debería en mi criterio, ir dirigida a la DAGP, ellos son los expertos en el tema de recursos humanos, existen dos oficios donde les decimos que ellos actúen y no han hecho absolutamente nada, entonces más bien la recomendación podría ir en el sentido, que dentro de ese análisis, atiendan los oficios que la Gerencia envió, más bien nosotros de una manera proactiva hemos llevado el tema a recursos humanos”.

De conformidad con lo solicitado, esta Auditoría realizó una sesión de trabajo, el 9 de diciembre 2022, con el Lic. Walter Campos Paniagua, director de Administración y Gestión de Personal. Al respecto, manifestó no estar de acuerdo en que se asigne la recomendación a la DAGP, en virtud de que, según expone en diferentes ocasiones, se alertó a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías sobre el riesgo de continuar utilizando esas plazas en el tiempo, por ejemplo, mediante oficio “GG-DAGP-0818-2022 del 14 de junio de 2022, relacionado con el uso de plazas en las distintas gerencias”.

Adicionalmente, el informe ASAAI-220-2018 denominado “Estudio de carácter especial sobre la creación y utilización de plazas temporales y para médicos generales del Servicio Social”, analizó la situación y la definición del uso de las plazas, siendo que mediante el oficio PE-0310-2019, del 12 de febrero 2019, el Dr. Román Macaya Hayes, anterior presidente ejecutivo, solicitó a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, exgerente de Infraestructura y Tecnologías, analizar la justificación de mantener, en el tiempo, las plazas temporales asignadas a proyectos especiales, situación que no ha sido atendida a pesar de la instrucción directa de Presidencia Ejecutiva.



Por lo tanto, este Órgano de Control y Fiscalización **ajustó la redacción de la recomendación a lo solicitado en el oficio PE-0310-2019, del 12 de febrero 2019.**

ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL

Lic. Héctor Hernández Vega
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Ing. Paul Arroyo Agüero
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Licda. Wendy Arias Cruz
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgr.
JEFE DE SUBÁREA

Lic. Alexander Nájera Prado
JEFE DE ÁREA

ANP/GAP/PAA/HHV/WAC/jrc

C. Auditoría



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"

ANEXO 1

La Licda. Lourdes Vanessa Monge Badilla, de la Dirección de Mantenimiento Institucional, en atención a la solicitud de revisar el “Manual de Organización de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías”, mediante el oficio GIT-DMI-2704-2020, del 18 de agosto del 2020, informó al Ing. Marvin Herrera Cairol, director a.c de Mantenimiento Institucional, los siguientes ajustes al manual, los cuales, a la fecha de nuestra revisión, no se reflejaban en dicho documento:

“Administración de Fondos Especiales para la recuperación de Infraestructura y dotación de equipos industriales. Al agregar esta actividad como parte del proceso estratégico, también se debe incorporar la función que relaciona a la actividad, por lo que se plantea una propuesta para la función, la cual se describe a continuación: Planificar, organizar y controlar los recursos asignados para la recuperación de infraestructura y la dotación de equipos industriales a nivel nacional, con el fin de mejorar las edificaciones de la Institución y mejorar la prestación de los servicios de salud.”

El Ing. Rony Ruiz Jiménez, jefe a.i. del Área Mantenimiento Infraestructura y Equipos Industriales, mediante oficio GIT-DMI-3079-2020, del 16 de setiembre del 2020, envió al Ing. Marvin Herrera Cairol, director a.c de Mantenimiento Institucional, ajustes que aún no se visualizan en dicho manual, de los cuales se extraen algunos ejemplos:

“Considero necesario se incorpore una función sustantiva que refleje concretamente la ejecución de proyectos de inversión del Portafolio: Actualizar el equipamiento industrial de alta y mediana complejidad, a través de la formulación y ejecución de proyectos de dotación, renovación o ampliación, incorporando tecnologías modernas y en estricto apego a los estándares energéticos y ambientales, procurando la eficiencia y continuidad en la operación de las instalaciones.”

“Actualizar las guías e instrumentos, mediante la aplicación de técnicas modernas, con la finalidad de estandarizar las acciones para la conservación y el mantenimiento de la infraestructura y de los equipos industriales. Observación, definir cuál es el rol del AIDMI en este proceso.”

“Formular y ejecutar planes de capacitación para el personal que realiza funciones de mantenimiento en de las unidades desconcentradas, según los planes y programas establecidos, con el objetivo de otorgar mayor conocimiento para desarrollar labores de mantenimiento a los equipos industriales e infraestructura. Observación, definir cuál es el rol del AIDMI en este proceso y participación del AMIEI, ya que esta labor incluso se excluyó de las metas anuales siendo que se había establecido que el AIDMI mediante el ing. Félix Amado asumía esta función.”

Los Ing. Federico Sáenz Hernández, Arq. Óscar Jiménez Rivera y la Ing. Marianela Jiménez Parra, mediante oficio GIT-DMI-2910-2020 del 02 de setiembre del 2020, remiten al Ing. Teófilo Peralta Gómez, jefe a/c, del Área Investigación y Desarrollo del Mantenimiento Institucional, una serie de aspectos a modificar en el Manual de Organización. Dentro de ellas se citan las siguientes:

“6. Asesoramiento técnico en la definición de la política de Normalización en el área de gestión de mantenimiento de equipos e infraestructura. Modificar, 6. Asesoramiento técnico en la implementación de la política de mantenimiento y normativa relacionada. 7. Guiar y conducir el proceso de definición e implementación de las normas de mantenimiento institucionales. Modificar, 7. Guiar, conducir y divulgar el proceso de definición e implementación de las normas de mantenimiento institucionales.”



El Ing. Ronald Alejo Ávila Jiménez, director a.c. de la Dirección Mantenimiento Institucional, mediante oficio GIT-DMI-1054-2021, del 01 de setiembre de 2021, informa sobre los cambios relacionados con las actividades relacionadas con esta dirección, en el cual cita:

“Cabe señalar que el manual de organización aprobado en el 2008 y de acuerdo con lo que se informó en misiva No. GIT-DMI-0265-2021, el Ing. Juan César Aguilar Rojas, director en esa fecha, no implementó el modelo en su totalidad, específicamente, la Subárea Confección y Reparación de Mobiliario, que en el manual aprobado depende del Área Mantenimiento de la Infraestructura y Equipos Industriales, pero en la práctica, su dependencia ha sido directamente del despacho.

Por lo anterior, adjunto se remite la herramienta en Excel integrada de la DMI, con la información de las funciones que realiza, de acuerdo con el manual de organización aprobado en el 2008 y según revisión realizada, funciones que se desarrollan en la actualidad.”

ANEXO 2

Resultado del cumplimiento de metas de proyectos incluidos en la programación de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en el período 2021

Ítem	Proyecto	Porcentaje de Cumplimiento del 2021	Meta Cumplida	
			Sí	No
1	Construcción de las Nuevas Salas de Operaciones, Sala de Partos y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital México	100%	√	
2	Nuevo Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas	59,5%		X
3	Nuevo Hospital William Allen, Turrialba.	89,0%	√	
4	Nuevo Hospital Cartago	100%	√	
5	Sede Área Santa Cruz, Guanacaste.	100%	√	
6	CAPEMCOL	100%	√	
7	Angiografo Hospital de Heredia	100%	√	
8	Diálisis peritoneal y hemodiálisis Hospital de Liberia	100%	√	
9	Reposición Tomógrafo Hospital México	50%		X
10	Reposición Tomógrafo Hospital San Juan de Dios	0%		X
11	Centro Conjunto de Atención del Cáncer	100%		
12	Adquisición de terreno nuevo Hospital de Limón	100%	√	
13	Adquisición de terreno nuevo hospital de Golfito	100%	√	
PROMEDIO			77%	23%

Resultado del cumplimiento de metas de proyectos en desarrollo de la Dirección Administración Proyectos Especiales en el periodo 2021

Ítem	Proyectos en desarrollo	Cumplimiento de la meta del II Semestre 2021	
		Sí	No
1	Plan de abordaje Hospital de Grecia, Puesta a Punto Diseño y Construcción del Servicio de Nutrición		X
2	Plan de abordaje Hospital de Grecia, Puesta a Punto Diseño y Construcción del Servicio de Lavandería y Ropería		X
3	Plan de abordaje Hospital de Grecia, Puesta a Punto Diseño de Morgue, y Cuartos de Descanso de Médicos		X
4	Puesta a Punto Área de Salud San Rafael, Heredia		X
5	Puesta a Punto Área de Salud Belén-Flores, Heredia		X
6	Ampliación, remodelación y reforzamiento estructural del CENDEISSS		X
7	Plan de Abordaje de la Torre Norte, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	√	
8	Construcción y Equipamiento de Nueva Sede Ebáis Grano de Oro	√	
9	Construcción y Equipamiento de Nueva Sede Visita Periódica Paso Marcos	√	
10	Construcción y Equipamiento de Nueva Sede Visita Periódica Roca Quemada	√	
11	Sistema de tratamiento de aguas residuales en la sede médica del Área de Salud del Guarco		X
12	Sistema de tratamiento de aguas residuales en la sede Ebáis el Tejar en el Área de Salud del Guarco.		X
13	Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales Sucursal de Siquirres		X
14	Legalización y Readecuación de Pozos de Agua Potable	√	
15	Planes de Seguridad de Agua (PSA)	√	
16	Proyecto integral de protección contra incendios Hospital Dr. Tony Facio Castro, Limón	√	
17	Proyecto integral en materia de protección contra incendios Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut	√	
18	Proyecto integral en materia de protección contra incendios Hospital de Guápiles	√	
19	Proyecto integral en materia de protección contra incendios Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva		X
20	Proyecto integral en materia de protección contra incendios Hospital de Upala		X
21	Proyecto integral en materia de protección contra incendios Centro Nacional de Rehabilitación CENARE	√	
PORCENTAJES		48%	52%

Fuente: Informe Anual de Seguimiento del Plan Presupuesto 2021 de la DAPE



ANEXO 3

Código de Dirección	Número de Informe	N° de Recomendación	Observaciones	Plazo para la implementación
1107	ASAAI-102-2021	1	Mediante el oficio GIT-0114-2022, se remite a la auditoría, el oficio GIT-dape-0098-2022 y GIT-dape-2377-2021, con las acciones que se han realizado para atender la recomendación 1, incisos a y b. Se está a la espera que revise la documentación e indique el estado de esta.	6 meses
1107	ASAAI-018-2022	1	Se solicito mediante oficio GIT-1338-2022, a la dirección administración y gestión de personal, criterio técnico con respecto a la procedencia del pago por concepto de incentivos por desplazamiento a ingenieros, una vez remitan la información se comunicara al Ente Fiscalizador	6 meses
1107	ASAAI-133-2020	1	Está programada una reunión la GIT-DMI, donde se va a presentar por parte de la dirección la propuesta para aprobación de la GIT y posterior presentación a JD	6 meses
1107	ASAAI-150-2021	1	Se remite a la auditoría el oficio GIT-1209-2022, donde se adjunta, el GIT-dmi-0568-2022 con anexos, de la dirección de mantenimiento institucional, donde envían el plan de acción, según hallazgos 1 y 2. este despacho aprueba dicho plan el cual inicia a partir de setiembre de 2022. Se está a la espera que la auditoría realice el seguimiento para que dé por cumplida la recomendación	8 meses
		2	Mediante oficio ai-1423-2022, la auditoría indica, valorados los argumentos expuestos y considerando que la recomendación responde a una investigación preliminar con un grado de complejidad alto, se concede el plazo hasta el 10 de octubre del 2022	6 meses
1107	ASAAI-212-2019	1	Mediante el oficio GG-2391-2022, la gerencia general, remite a la junta directiva el oficio GIT-1194-2022, donde se envía el plan para el abordaje de la metrología en equipos médicos de la CCSS, una vez sea aprobado por JD se remitirá a la auditoría el acuerdo	12 meses
1107	ASAAI-70-2018	1	En la sesión n.º 559 del 8 de junio de 2020 del consejo de presidencia y gerencias:01-559-2020: aprueba el procedimiento: "selección de equipos médicos e industriales incorporados en los programas funcionales de la CCSS". El mismo deberá ser alineado al manual de procedimientos de banco de iniciativas y portafolio institucional de proyectos.	6 meses
		2	02-559-2020: solicitar a la gerencia de infraestructura y tecnologías, gerencia financiera y la gerencia médica, conformar una comisión para elaborar el cuadro básico institucional de equipo médico e industrial (CIBEMI). Será liderada por la GIT. Se incorporará a la gerencia de logística en lo que corresponda. En este momento la comisión, esta avocada al proceso de estandarización de recintos de acuerdo con cronograma establecido, tiene una duración de 2 .5 años y ya transcurrió el primer año, se procederá a remitir la información con los informes de avance, para valoración de la auditoría	6 meses



ANEXO 3

Código de Dirección	Número de Informe	N° de Recomendación	Observaciones	Plazo para la implementación
1107	ASF-171-2016	1	Con oficio GIT-0341-2022, se remite a la DAI, el oficio acf-saco-0440-2022/dfc-acf-0327-200 suscrito el área contabilidad financiera, para la atención de la recomendación 1 y 3, donde se recibe la guía para la clasificación de proyectos de infraestructura según su complejidad, documento que incluye aspectos relacionados con el registro contable para las obras en proceso, esto con la finalidad de atender las recomendaciones brindadas por la auditoría interna en su informe asf-171-2016 ,oficio que solicita revisar la guía y actualizar en lo que corresponda, la DAI se encuentra en el proceso de revisión, una vez que se concluya ,será remitido al despacho para lo que corresponda.	12 meses
		2	Esta recomendación está relacionada con recomendaciones realizadas por la auditoría externa y el plan de innovación, en el oficio cartas de gerencia cg2-2021 y EF auditado 31-12-2021 del SEM, la auditoría externa la da por cumplida, información debe ser remitida por la gerencia financiera como ente rector a la auditoría interna	6 meses
1107		3	Con oficio GIT-0341-2022, se remite a la DAI, el oficio acf-saco-0440-2022/dfc-acf-0327-200 suscrito el área contabilidad financiera, para la atención de la recomendación 1 y 3, donde se recibe la guía para la clasificación de proyectos de infraestructura según su complejidad, documento que incluye aspectos relacionados con el registro contable para las obras en proceso, esto con la finalidad de atender las recomendaciones brindadas por la auditoría interna en su informe asf-171-2016 ,oficio que solicita revisar la guía y actualizar en lo que corresponda, la DAI se encuentra en el proceso de revisión, una vez que se concluya ,será remitido al despacho para lo que corresponda.	6 meses
1107	ASF-215-2017	1	Recomendación vinculada a las recomendaciones asf-171-2016 por lo cual, una vez que la DAI realice la revisión de la guía para la clasificación de proyectos de infraestructura según su complejidad, remitida mediante oficio acf-saco-0440-2022/dfc-acf-0327-2022, documento que incluye aspectos relacionados con el registro contable para las obras en proceso, se procederá según corresponda, para dar por atendida la recomendación	12 meses
		2	Esta recomendación está relacionada con recomendaciones realizadas por la auditoría externa y el plan de innovación, en el oficio cartas de gerencia cg2-2021 y EF auditado 31-12-2021 del SEM, la auditoría externa la da por cumplida, información debe ser remitida por la gerencia financiera como ente rector	no indica



ANEXO 3

Código de Dirección	Número de Informe	N° de Recomendación	Observaciones	Plazo para la implementación
1107	ASS-50-2021	1	SE REMITE A LA AUDITORIA EL OFICIO GIT-1055-2022, SE REMITE EL OFICIO GIT-0925-2022, EL CUAL TIENE COMO ANEXO EL OFICIO SJD-0908-2022, DONDE LA JUNTA DIRECTIVA EN EL ARTÍCULO 13º DE LA SESIÓN 9265, ADJUDICA LA LICITACIÓN PÚBLICA 2021LN-000002-0001104402 "SUSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CENTRO NACIONAL DE IMÁGENES MÉDICAS", POR LO QUE SE SOLICITA DAR POR CUMPLIDA LA RECOMENDACIÓN. SE ESTA A LA ESPERA DE LA RESPUESTA DE LA AI	6 meses
1107	ATIC-007-2020	1	Mediante el oficio GIT-1714-2021, con el fin de cumplir con lo solicitado por el ente fiscalizador, se remiten los oficios GIT-edus-2299-2021, con las acciones realizadas para cumplir con las recomendaciones 1 y 3 y el GIT-1593-2021, recomendación 2. la gerencia se encuentra a la espera que la auditoría realice el seguimiento, con el fin indique si se encuentran cumplidas las recomendaciones	3 meses
		2		4 meses
		3		3 meses
1107	ASF-77-2021	3	Mediante oficio dripssc-0107-2022, están solicitando a la gerencia médica, que pidan a la auditoría una ampliación de plazo como máximo de 3 meses adicionales para el cumplimiento de dicha recomendación. El plazo propuesto permitiría a la gerencia médica y gerencia de infraestructura y tecnologías realizar las valoraciones de los documentos elaborados por parte del equipo técnico.	12 meses
1107	ASAAI-097-2020	4	Se remite a la auditoría el oficio GIT-1125-2021, se detalla el cuadro resumen que muestra en forma general el estado y las acciones para aquellos casos que cuentan con más de dos períodos de vacaciones acumulados, importante mencionar, que esta gerencia cuenta con el compromiso de las direcciones, áreas y subáreas que la conforman, para que los planes de vacaciones en la medida de lo posible sean cumplidos a cabalidad, se espera la respuesta de la auditoría	3 meses
1107	ASAAI-220-2018	4	Mediante oficio GIT-1121-2021, se remite a la auditoría, lo acordado por la junta directiva de la CCSS, en el artículo 33º de la sesión n° 9193, celebrada el 29 de julio del año 2021, donde da por recibido el informe de las acciones realizadas en atención de la recomendación n° 4 del informe de auditoría interna n° ASAAI-220-2018. en virtud de lo anterior, se solicita dar por atendida la recomendación. Se está a la espera de la respuesta de la auditoría	3 meses



ANEXO 3

Código de Dirección	Número de Informe	N° de Recomendación	Observaciones	Plazo para la implementación
1107	ASF-077-2020	10	Mediante el oficio GG-2785-2021, la gerencia general remite en las acciones realizadas para atender la recomendación e indica estima esta gerencia general, que la recomendación número 10 inserta en el informe de control interno asf-077-2020 se encuentra atendida, toda vez que se ha logrado "(...) establecer un plan de priorización, donde sólo se ejecuten las obras que tengan viabilidad técnica y financiera (...)", en el cual se han considerado la programación decenal de las iniciativas que conforman ese portafolio, la revisión semestral de los costos de inversión y operación y la sostenibilidad financiera, entre otros aspectos. Por lo anterior, se procede a aportar los documentos citados en el cuerpo del presente oficio, para el respectivo análisis y valoración del ente fiscalizador	no indica