



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



Viernes 25 de enero de 2013
AI SFE 008-2013

Ingeniera
Magda González Arroyo, Directora
Servicio Fitosanitario del Estado (SFE)

Estimada señora:

Para su conocimiento y atención, se remite informe N° AI-SFE-SA-INF-009-2012; el cual consigna resultados obtenidos en la ejecución del estudio denominado **“Evaluación del sistema de control interno (SCI) implementado por la Unidad de Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno del SFE (PCCI)”**.

Esta Auditoría Interna una vez analizadas las observaciones presentadas por la Jefatura de la PCCI, procedió a ajustar el informe en los aspectos que a nuestro criterio correspondían.

A fin de asesorarle, se le informa que los artículos 12 y 17 de la Ley General de Control Interno N° 8292, establecen los deberes del jerarca y titulares subordinados respecto a la obligación de analizar y aplicar de forma inmediata 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; así como de implementar los resultados de las evaluaciones periódicas dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación.

Asimismo, el artículo 37 de esa Ley se refiere a los informes dirigidos al jerarca y su responsabilidad con respecto a las recomendaciones de la Auditoría Interna (AI); y el artículo 38 regula el planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República, cuando se ordenen soluciones distintas a las recomendadas y que no son compartidas por la AI. Al respecto, en ambos artículos se establecen los plazos que deben aplicarse en el tratamiento de los temas antes descritos.

POR UNA AGRICULTURA MÁS COMPETITIVA Y SOSTENIBLE

Servicio Fitosanitario del Estado, MAG • cédula 3-007-521568 • Teléfono: (506) 2549-3400 • www.sfe.go.cr

Correo electrónico hvalerin@sfe.go.cr; Teléfono directo: 2549-3450 / Extensión: 1050



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



AI SFE 008-2012

Ing. Magda González Arroyo, Directora SFE

Para cumplir con lo que establece la Ley # 8292 y dar seguimiento a la implantación de las recomendaciones, es necesario que se emitan las instrucciones que correspondan, procediendo a remitir copia de las mismas a esta Auditoría Interna.

El archivo digital del presente informe se está remitiendo a las siguientes direcciones de correo electrónico: cpadilla@sfe.go.cr y agomezd@sfe.go.cr. También dicho informe próximamente se estará divulgando en la página web del SFE; específicamente en el espacio destinado a esta Auditoría Interna.

Atentamente,

Lic. Henry Valerín Sandino
Auditor Interno

HVS/RCJ/RAV

ci Ing. Carlos Padilla Bonilla, Subdirector SFE
MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe Unidad Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno
Archivo / Legajo



Nº AI-SFE-SA-INF 009-2012
19 DE DICIEMBRE DE 2012

INFORME DE AUDITORÍA

“EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) IMPLEMENTADO POR LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN, GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO DEL SFE (PCCI)”

Elaborado por:

Lic. Ronald Canales Jiménez
Auditor Encargado

Apoyo redacción

Informe:

Ing. Roberto Aguilar Vargas
Auditor Asistente

Revisado y

Aprobado por:

Lic. Henry Valerín Sandino
Auditor Interno

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ORIGEN	1
1.2 OBJETIVO	1
1.3 ALCANCE.....	1
1.4 PERÍODO.....	1
1.5 LIMITACIONES.....	1
1.6 NORMAS TÉCNICAS DE AUDITORÍA	2
1.7 COMUNICACIÓN VERBAL DE LOS RESULTADOS.....	2
2 RESULTADOS.....	3
HALLAZGO 2.1 - DEBILIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI DE LA PCCI	3
HALLAZGO 2.2 - DEBILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DEL SEVRI	6
HALLAZGO 2.3 – DEBILIDADES EN LA DOCUMENTACIÓN DEL MACROPROCESO, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SFE	10
HALLAZGO 2.4 - DEBILIDADES EN ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA PCCI	16
HALLAZGO 2.5 - INSUFICIENTE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA ATENDER LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN ANUAL INSTITUCIONAL DEL SCI	20
HALLAZGO 2.6 - INSUFICIENTE GESTIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TEMA DE LA ÉTICA.....	24
HALLAZGO 2.7 - CARENCIA DE “MANUAL DE LA CALIDAD” QUE PERMITA OPERATIVIZAR LAS POLÍTICAS DE CALIDAD EN EL SFE	26

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio de auditoría denominado "Evaluación del sistema de control interno implementado por la Unidad de Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno del SFE (PCCI)" se programó en atención al Plan Anual de Labores de esta Auditoría Interna para el año 2012.

El objetivo del estudio es determinar si el sistema de control interno implementado por la Unidad de Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno (en adelante PCCI o Unidad) se ajusta a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico y técnico que regula esa materia.

Como resultado de la ejecución del citado estudio, se obtuvieron siete hallazgos (que originaron conclusiones y recomendaciones dirigidas a la administración activa), cuyas particularidades se describen a continuación:

1. El SCI de la PCCI no se ajusta al modelo de control interno establecido por el SFE; situación que reviste mayor importancia al no contar esa dependencia con un plan de acción, cuya implementación le permita ajustar en forma gradual dicho sistema a lo establecido en el ordenamiento jurídico y técnico vigente que regula la materia de control interno. **(Hallazgo N° 2.1)**
2. El SFE cuenta con su primer escenario que le estaría permitiendo establecer la estrategia para administrar los riesgos asociados a los procesos sustantivos y de apoyo bajo su responsabilidad; no obstante, se pudo determinar que la administración activa debe ajustar una serie de aspectos que le permitan garantizar en forma razonable un nivel de cumplimiento aceptable con respecto a cada uno de los componentes que conforman el SEVRI, lo que incluye oficializar su metodología de riesgos. **(Hallazgo N° 2.2)**
3. El SFE no cuenta con la documentación del macroproceso, procesos (sustantivos y de apoyo) y procedimientos debidamente actualizados. Según información suministrada como resultado de la Conferencia Final de Resultados, dicha situación fue corregida por la administración. **(Hallazgo N° 2.3)**
4. Los sistemas de información bien estructurados contribuyen con la toma de decisiones y la rendición de cuentas. Considerando la naturaleza de cada una de las áreas funcionales que conforman la PCCI y el impacto que tiene el quehacer de la misma en el accionar del SFE, es criterio de la Auditoría Interna que dicha dependencia debe llevar a cabo la formalización de su sistema de información con respecto al SEVRI y el control del seguimiento de recomendaciones; cuya implementación facilite su gestión y el fortalecimiento del SCI institucional. **(Hallazgo N° 2.4)**
5. Las auto-evaluaciones anuales de control interno que se han realizado responden en forma parcial al cumplimiento de lo dispuesto en el ordenamiento jurídico y técnico; ya que producto de las mismas, no se han adoptado medidas que permitan el fortalecimiento del SCI. **(Hallazgo N° 2.5)**



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



6. Aun cuando el MAG y el SFE vienen realizando acciones tendientes a desarrollar el tema de los valores éticos, se determinó que el SFE no cuenta con una estrategia integral que permita visualizar en el corto y mediano plazo los avances que estaría obteniendo en la implementación de un modelo de gestión soportado en los más altos valores éticos. **(Hallazgo N° 2.6)**

7. El SFE viene realizando esfuerzos importantes orientados a fortalecer su SCI, ejemplo de ello es la decisión de desarrollar un SGC. En ese sentido, es necesario señalar que la organización debe continuar realizando las acciones necesarias relativas a la implementación de su SGI, lo que incluye contar en forma oportuna con los manuales de calidad respectivos; por cuanto una gestión diferente a la prescrita no estaría contribuyendo con el fortalecimiento del SCI. **(Hallazgo N° 2.7)**



1. INTRODUCCIÓN

1.1 ORIGEN

El estudio de auditoría denominado "Evaluación del sistema de control interno (SCI) implementado por la Unidad de Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno del SFE (PCCI)" se ejecutó en atención a nuestro Plan Anual de Labores para el año 2012.

1.2 OBJETIVO

Determinar si el sistema de control interno implementado por la Unidad de Planificación, Gestión de la Calidad y Control Interno del SFE (en adelante PCCI o Unidad) se ajusta a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico y técnico que regula esa materia.

1.3 ALCANCE

Consecuente con la ejecución del objetivo del estudio, se verificó lo siguiente:

- 1.3.1** Estado de implementación del modelo de control interno por parte de la PCCI.
- 1.3.2** Grado de avance en la implementación de las directrices del SEVRI por parte del SFE.
- 1.3.3** Identificación y análisis del estado de la documentación del macroproceso, de los procesos (sustantivos y de apoyo) y procedimientos.
- 1.3.4** Identificación del sistema de información establecido por la PCCI.
- 1.3.5** Impacto de los resultados de las autoevaluaciones del SCI en el fortalecimiento del citado Sistema.
- 1.3.6** Gestión emprendida con relación al tema de la ética.
- 1.3.7** Gestión emprendida con relación al tema de la calidad.

1.4 PERÍODO

Este estudio fue efectuado en el período comprendido entre finales de agosto y el 15 de diciembre del 2012.

1.5 LIMITACIONES

No se encontraron limitaciones que entorpecieran los procesos de recolección de documentos y obtención de la información acerca del caso, que sirvieron de fundamento para comunicar los resultados contenidos en este informe.



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



1.6 NORMAS TÉCNICAS DE AUDITORÍA

En la ejecución del presente estudio de auditoría se observaron las regulaciones establecidas para las Auditorías Internas en la Ley General de Control Interno N° 8292, normas técnicas, directrices y resoluciones emitidas por la Contraloría General de la República (CGR); así como lo dispuesto en las Secciones B (artículo 40, incisos a), b) y c); (artículo 42, último párrafo), del Capítulo III del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Servicio Fitosanitario del Estado (Decreto Ejecutivo N° 36356-MAG).

1.7 COMUNICACIÓN VERBAL DE LOS RESULTADOS

Los resultados del presente estudio fueron comentados el día 18/01/2013, con los siguientes funcionarios del SFE: Ing. Magda González Arroyo, Directora; Ing. Carlos Padilla Bonilla, Subdirector y con los funcionarios de la Unidad de Planificación, Control de Calidad y Control Interno MBA. Adrián Gómez Díaz (Jefe de la Unidad), Licda. Silvia Ramírez Moreira, Licda. Marianela Umazor Vargas, Licda. Yamileth Retana Palma y Licda. Kattia Murillo Alfaro.

2 RESULTADOS

HALLAZGO 2.1 - DEBILIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI DE LA PCCI

2.1.1 CRITERIO

- 2.1.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículo 10.
- 2.1.1.2** Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI / D-3-2005-CO-DFOE).
- 2.1.1.3** Normas de control interno para el Sector Público" (N-2-2009-CO-DFOE).
- 2.1.1.4** Reglamento de la Estructura Organizativa del Servicio Fitosanitario del Estado (Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG), artículo 9 numeral 1.
- 2.1.1.5** Política de Control Interno (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).
- 2.1.1.6** Declaración Política de SEVRI (Versión 01 / Octubre 2012).
- 2.1.1.7** Declaración Política de Calidad - Norma INTE-ISO 9001:2008 (Versión 02 / Setiembre 2012).
- 2.1.1.8** Declaración Política de Calidad - Norma INTE-ISO/IEC 17025:2005 (Versión 02 / Setiembre 2012).

2.1.2 CONDICIÓN

Se determinó que el SFE aprobó su política de control interno; sin embargo, a fecha de este informe el instrumento que permitirá la estandarización de su modelo de control interno a nivel institucional (PCCI-CI-G-01 denominado "Estándar de Implementación del Modelo de Control Interno del SFE"), se encuentra en proceso de revisión para su posterior aprobación.

La PCCI ha adoptado varias acciones tendientes a fortalecer su SCI, entre ellas la identificación y documentación de sus procesos; situación que le ha permitido realizar la valoración de los riesgos asociados con su quehacer (con apoyo de una consultoría contratada). No obstante lo anterior, dicha instancia no cuenta con una estrategia específica que facilite y guíe la implementación del mencionado modelo.

2.1.3 CAUSAS

- 2.1.3.1** No ha sido aprobado el instrumento PCCI-CI-G-01; lo cual está incidiendo en forma negativa en la implementación del SCI a nivel institucional.
- 2.1.3.2** Proceso institucional relativo a la implementación del SCI lento; situación que incide en forma negativa en el control interno de la PCCI, al no ajustarse el mismo al modelo establecido por el SFE.

2.1.4 EFECTOS

- 2.1.4.1 El SCI actual de la PCCI no está alineado al modelo de Control Interno (CI) del SFE; lo que incide negativamente en el grado de madurez del SCI institucional.
- 2.1.4.2 Existe un riesgo potencial de que la gestión realizada por la PCCI no logre sus objetivos a cabalidad.

2.1.5 CONCLUSIÓN

Cada una de las dependencias que conforman el SFE son responsables de ajustar su SCI al modelo establecido por la organización; sin embargo, es nuestro criterio que la PCCI tiene mayor responsabilidad en la implementación de ese modelo (por la naturaleza de sus funciones) que el resto de las instancias de la institución; por cuanto debe ser referente a lo interno de la misma. En ese sentido, debe realizar la gestión necesaria para que su SCI responda en todo momento a lo que demanda el ordenamiento jurídico y técnico que regula la materia de control interno.

2.1.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.1.6.1 Implementar en la PCCI el documento identificado como PCCI-CI-G-01 denominado "Estándar de Implementación del Modelo de Control Interno del SFE" (una vez que sean aprobadas las listas de verificación respectivas); situación que lleva implícita la elaboración, aprobación e implementación de la estrategia para la implementación del modelo de control interno, la cual debe considerar los resultados de la valoración del riesgo de esa Unidad.
- 2.1.6.2 Incorporar como parte de la estrategia mencionada en la recomendación 2.1.6.1; la emisión y comunicación de informes periódicos relacionados con la ejecución de la misma; resultados que deben contribuir con la toma de decisiones.

2.1.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Según información suministrada por el MBA Adrián Gómez D., Jefe de la PCCI, en fecha 23/01/2013, "la Dirección aprobó el documento denominado "Guía para la implementación del Modelo del Sistema de Control Interno del SFE" código PCCI-CI-G-01, el cual fue elaborado por el Jefe de la Unidad de PCCI, revisado por la encargada de Control Interno y aprobado por la Directora Ing. Magda González A., el 10 de enero de 2013 y rige a partir del 14/01/2013. El mismo ya se encuentra en la página web del SFE.



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



La Unidad de PCCI está en proceso de elaborar una Lista de Verificación de la implementación del documento PCCI-CI-G-01, así como preparar las presentaciones y la estrategia de trabajo para implementar la Guía en las dependencias del SFE.”

2.1.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Esta Auditoría interna procedió a analizar la información suministrada por la Administración con respecto a la recomendación 2.1.6.1 contenida en el informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012; razón por la cual, se considera conveniente suprimir la misma del informe final y reenumerar el apartado 2.1.6 del presente hallazgo y ajustar la redacción de las recomendaciones que lo conforman (2.1.6.1 y 2.1.6.2).

HALLAZGO 2.2 - DEBILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DEL SEVRI

2.2.1 CRITERIO

- 2.2.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículos 10, 14, 18 y 19.
- 2.2.1.2** Normas de Control Interno para el Sector Público, normas 1.1, 1.4, 3.1 y 3.2.
- 2.2.1.3** Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo Institucional (SEVRI), directriz 3.6.
- 2.2.1.4** Política de Control Interno (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).
- 2.2.1.5** Declaración Política de SEVRI (Versión 01 / Octubre 2012).

2.2.2 CONDICIÓN

El MAG ha adoptado una serie de medidas orientadas a cumplir con los componentes que conforman el SEVRI¹.

Mediante el oficio DM-982-09 del 27/10/2009, el Ministro a.i. de Agricultura y Ganadería, ordenó la creación de la Comisión de Control Interno del SFE, disponiendo entre otros aspectos, que las metodologías e instrumentos utilizados por la Unidad de Control Interno del MAG serían trasladados paulatinamente a esa comisión, con carácter de acatamiento obligatorio en un proceso al que dicha Unidad luego daría seguimiento y acompañamiento; decisión que se concretó mediante oficio DSFE 832.2009 del 02/11/2009. Consecuente con lo anterior, en ese momento el SFE tomó la decisión de adoptar las metodologías e instrumentos establecidos por el MAG; pero contando únicamente con el asesoramiento de su Comisión y de la Unidad de Control Interno del SFE (que operaba en forma funcional).

La decisión adoptada por el SFE, con respecto a la mencionada metodología e instrumentos, se concretó con la aprobación del documento PCCI-CI-MO-01 "Modelo de Control Interno del SFE", en fecha 07/12/2010.

Como parte de la gestión realizada por el SFE con relación a la atención de las recomendaciones 3.3.6.1 y 3.3.6.4 del informe de auditoría N° AI-SFE-SA INF-004-2009², se determinó lo siguiente:

¹ Organizado por los componentes: Marco Orientador, Ambiente de Apoyo, Recursos, Sujetos Interesados, Herramienta para la administración de la Información; los cuales interaccionan entre sí y contribuyen con una adecuada identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales relevantes. La adecuada implementación del SEVRI le permite a la organización ubicarse en un nivel de riesgo aceptable y así promover (de manera razonable) el logro de los objetivos institucionales.

² Comunicado con oficio AI SFE 171-2009 del 05/11/2009, denominado "Determinación del estado en que se encuentra el sistema de control interno del Servicio Fitosanitario del Estado (SFE)"

- a) El MAG autorizó al SFE a utilizar su sistema automatizado denominado "SEVRIMAG", el cual está desarrollado conforme a su metodología de riesgos (en proceso de depuración), con el propósito de que lo adoptara o adaptara. No obstante, el SFE está valorando otras alternativas en este sentido.
- b) El SFE contrató los servicios de una consultoría orientada a establecer un primer escenario con respecto a la administración de los riesgos asociados a los procesos bajo su responsabilidad, para lo cual se aplicaría la metodología establecida por el MAG; según los términos de referencia que regularon dicha contratación. Sin embargo, por un asunto de conveniencia administrativa, durante la ejecución de la consultoría, la administración acogió la recomendación de la consultora y decidió aplicar otra metodología; situación que originó que no se aplicara el "Marco Orientador" establecido por el Ministerio.

2.2.3 CAUSAS

- 2.2.3.1 Falta de claridad y decisión administrativa con relación al diseño, elaboración y establecimiento del SEVRI.
- 2.2.3.2 Informalidad administrativa provocó la aplicación de una metodología diferente a la establecida por el MAG.

2.2.4 EFECTOS

- 2.2.4.1 Una insuficiente gestión con respecto al SEVRI, no permite conocer el "apetito de riesgo" institucional, lo que da como resultado que el SFE no cuente a la fecha con un modelo oficial para gestionar sus riesgos.
- 2.2.4.2 Riesgo potencial de que las autoridades del MAG no compartan la decisión del SFE de haberse apartado de la metodología relativa al SEVRI; situación que podría retrasar la implementación de dicho sistema.

2.2.5 CONCLUSIÓN

Es nuestro criterio que las decisiones que adopte el SFE con relación a la implementación de su modelo de control interno (incluyendo el SEVRI) deben estar fundamentadas, razonadas, planificadas, documentadas, aprobadas y ejecutadas conforme al ordenamiento jurídico y técnico de alcance general, así como responder al cumplimiento de lo dispuesto a lo interno de la organización.

Lo anterior se indica, debido a que la implementación de una metodología por parte del SFE, diferente a la establecida por el MAG (la cual es de aplicación obligatoria), podría retardar el establecimiento del SEVRI; por cuanto no se contó en forma previa con la autorización respectiva.

2.2.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.2.6.1** Diagnosticar el grado de avance en la implementación de las Directrices del SEVRI; situación que debe permitir visualizar el nivel de cumplimiento de cada uno de los componentes que lo conforman. Los resultados de dicho diagnóstico deben contribuir con la toma de decisiones a efecto de establecer la estrategia integral que asegure una implementación efectiva del SEVRI.
- 2.2.6.2** Elaborar, aprobar e implementar el plan de acción o cronograma de actividades orientado a dar cumplimiento a las Directrices del SEVRI; gestión que deberá considerar los resultados de la recomendación 2.2.6.1 anterior.
- 2.2.6.3** Justificar y fundamentar por escrito la decisión que imperó para no aplicar en la ejecución de la consultoría contratada, la metodología y formatos establecidos por el MAG con respecto al SEVRI.
- 2.2.6.4** Depurar el documento PCCI-CI-MO-01 "Modelo de Control Interno del SFE" considerando los resultados de las recomendaciones 2.2.6.1, 2.2.6.2 y 2.2.6.3; situación que debe permitir visualizar (entre otros aspectos) el Marco Orientador y la metodología relativa al SEVRI.
- 2.2.6.5** Ajustar el cronograma de actividades relativo a la implementación del modelo de control interno del SFE; para lo cual (entre otros aspectos) se deberán considerar los resultados de: **a-** La implementación de la recomendación 2.2.6.4; **b-** Grado de madurez actualizado del SCI del SFE; **c-** Índice de Gestión Institucional promovido por la CGR y **d-** Resultados de la valoración de riesgos institucional debidamente aprobados; los cuales se obtuvieron producto de la contratación de la respectiva consultoría. e- Según corresponda, considerar la respuesta que se obtenga del Despacho Ministerial con respecto a la solicitud planteada mediante oficio DSFE.902.2012 del 18/12/2012. Dicho cronograma deberá establecer el plazo en que el SFE implementará su modelo de control interno (avalado por la Dirección) y la estimación de los recursos requeridos.

A la Ing. Magda González Arroyo, Directora del SFE, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.2.6.6** Oficializar el documento PCCI-CI-MO-01 debidamente ajustado; situación que lleva implícita su divulgación y capacitación a lo interno de la organización (considerar resultados de la recomendación **2.2.6.4**).
- 2.2.6.7** Aprobar los resultados de la consultoría relativa a la valoración del riesgo institucional (incluye plan de acción/tiene relación con recomendación 2.2.6.5).



2.2.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Con respecto a la recomendación 2.2.6.6 del informe preliminar, comunicado con oficio AI SFE 210-2012 del 19/12/2012, el MBA Adrián Gómez D., Jefe de la PCCI en fecha 23/01/2013 señaló lo siguiente: *"Por medio del oficio DSFE.902.2012 del 18 de diciembre de 2012, la Dirección le solicitó a la señora Ministra del MAG la autorización para que el SFE pueda modificar las metodologías de SEVRI e instrumentos emitidos por la Unidad de Control Interno del MAG, entre ellos el Marco Orientador a nuestras necesidades institucionales. No obstante, se considera que la metodología utilizada no difiere en forma sustancial de la establecida por el MAG; incluso en el MAG se realizan ajustes a la metodología del SEVRI, se aprobó recientemente una nueva versión del "Instructivo Metodológico para administrar el riesgo en el MAG" y se están realizando ajustes al programa SEVRIMAG".*

2.2.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Esta Auditoría interna procedió a analizar la información suministrada por la administración del SFE, con respecto a la recomendación 2.2.6.6 del informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012 y como producto de ello se elimina dicha recomendación; procediendo a reenumerar el apartado 2.2.6 del presente hallazgo y ajustar la recomendación 2.2.6.5.

HALLAZGO 2.3 – DEBILIDADES EN LA DOCUMENTACIÓN DEL MACROPROCESO, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SFE

2.3.1 CRITERIO

- 2.3.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículos 10, 14, 18 y 19.
- 2.3.1.2** Normas de Control Interno para el Sector Público, normas 1.1, 1.4, 1.9, 3.1 y 3.2.
- 2.3.1.3** Política de Control Interno (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).
- 2.3.1.4** Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo Institucional (SEVRI), directriz 3.6.
- 2.3.1.5** Política de Control Interno. (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).
- 2.3.1.6** Declaración Política de SEVRI (Versión 01 / Octubre 2012).
- 2.3.1.7** Declaración Política de Calidad - Norma INTE-ISO 9001:2008 (Versión 02 / Setiembre 2012).
- 2.3.1.8** Procedimiento GC-PG-01 "Elaboración y aprobación de documentos del SFE (Versión 02 / Rige 16/01/2012).

2.3.2 CONDICIÓN

El SFE documentó su macroproceso y algunos de sus procesos; sin embargo, a fecha de este informe se determinó lo siguiente:

- El documento relativo al macroproceso no consigna un encabezado que informe sobre la denominación del documento, fechas y nombres de quienes lo elaboraron, revisaron y aprobaron; así como la fecha de entrada en vigencia y lo relativo al control de versión y revisión. Además, dicho documento se encuentra desactualizado por cuanto no está alineado al Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG.
- En cuanto a los documentos relativos a los procesos sustantivos, en el encabezado no se consigna información sobre las fechas y nombres de quienes los elaboraron, revisaron, aprobaron; así como la fecha de entrada en vigencia y lo relativo al control de versión y revisión. Además, dichos documentos se encuentran desactualizados por cuanto no están alineados al Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG.
- No todos los procesos de apoyo están documentados; y los que lo están, no consignan en el encabezado información sobre las fechas y nombres de quienes los elaboraron, revisaron, aprobaron; así como la fecha de entrada en vigencia y lo relativo al control de versión y revisión. Además, dichos documentos se encuentran desactualizados por cuanto no están alineados al Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG.

Además, se determinaron debilidades en los procedimientos aprobados relacionados con actividades bajo la responsabilidad del Departamento de Control Fitosanitario y la Unidad Financiera del Departamento Administrativo y Financiero (específicamente con relación al Fondo de Caja Chica); las cuales en términos generales tratan sobre los siguientes aspectos:

- Errores al consignar la fecha de rige del procedimiento.
- Errores en la numeración de los apartados que conforman el procedimiento.
- No se consigna información precisa o sustantiva sobre asuntos particulares de la dependencia.
- Imprecisión en la definición de la fecha de aprobación de procedimiento; al no consignarse una fecha sino únicamente el mes.
- No se consigna la fecha de revisión del procedimiento.
- Flujogramas no consignan el nombre correcto de la dependencia ni la fecha de aprobación.
- Imprecisión en la denominación de los procedimientos; pues existen diferencias en el nombre consignado en las diferentes páginas.
- Código del procedimiento diferente al consignado en el flujograma.
- Flujograma sin encabezado.
- Ausencia de flujograma en el procedimiento.

Se determinó que la desactualización y/o falta de depuración de documentos que se han oficializado y la falta de documentación de algunos procedimientos, obedece a que los responsables directos no están responsabilizándose sobre dicha gestión; situación que ha conllevado que la PCCI asuma un rol más participativo en este tipo accionar.

2.3.3 CAUSAS

- 2.3.3.1** La revisión y aprobación de algunas cartas de proceso y procedimientos no ha sido efectiva, según lo descrito en este hallazgo.
- 2.3.3.2** No se ha instaurado un proceso de depuración que corrija en forma oportuna los documentos que han sido aprobados; situación que no propicia su actualización.
- 2.3.3.3** La PCCI viene realizando funciones o acciones que en algunos casos no responden al rol de la Unidad.

2.3.4 EFECTO

El SFE no cuenta con la documentación de su macroproceso, procesos y procedimientos debidamente actualizados; situación que debilita el SCI.

2.3.5 CONCLUSIÓN

La carencia de un adecuado control de calidad en la elaboración, revisión y aprobación de documentos que guían las actividades de las dependencias del SFE, está incidiendo en que los mismos presenten debilidades como las descritas en el presente hallazgo; con el agravante de que no se cuenta con un adecuado proceso de depuración que propicie la actualización o corrección oportuna de tales documentos.

La carencia de documentación actualizada debilita el SCI, específicamente en cuanto al SEVRI. Además, dicha situación podría incidir en forma negativa en la toma de decisiones y no propicia la adecuada divulgación de información actualizada y la rendición de cuentas.

2.3.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.3.6.1** Revisar y ajustar la documentación relativa a procedimientos que a la fecha haya oficializado el SFE; considerando lo descrito en el presente hallazgo así como lo siguiente:
- a) Valorar la posibilidad de que la PCCI se apoye en los enlaces asignados en cada una de las dependencias del SFE; a efecto de depurar la citada documentación.
 - b) Valorar la posibilidad de contratar servicios profesionales para que se lleve a cabo la depuración de dichos documentos; el acompañamiento necesario lo efectuaría la PCCI con el apoyo de los enlaces asignados en cada una de las dependencias del SFE. Dicha gestión, se podría aprovechar para que se documenten aquellas actividades que se encuentren pendientes.
- 2.3.6.2** Ajustar el cronograma de actividades relativo a la implementación del modelo de control interno del SFE; considerando lo expuesto en la recomendación 2.3.6.1.
- 2.3.6.3** Remitir a aprobación de la Dirección del SFE los documentos depurados o emitidos por primera vez, según los resultados de la recomendación 2.3.6.1, en forma previa a su implementación.

A la Ing. Magda González Arroyo, Directora del SFE, gestionar la implementación de la siguiente recomendación:

2.3.6.4 Aprobar la documentación relativa a procedimientos, considerando como insumos los resultados de la recomendación 2.3.6.3. Dicha gestión lleva implícito el giro de instrucciones para la divulgación de esa documentación.

2.3.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Con respecto al hallazgo 2.3 del informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012, el Jefe de la PCCI, en fecha 23/01/2013 hizo las siguientes observaciones:

- 1. La Unidad de PCCI no está de acuerdo en la redacción de la causa 2.3.3.3 ya que de la misma se desprende que con la cantidad de recurso humano que dispone la unidad no hay capacidad para cumplir con las actividades o funciones asignadas. La misma debe ser direccionada según lo analizado en la reunión de presentación del informe realizada el viernes 18 de enero como que la Unidad o los funcionarios de la misma están realizando funciones o acciones que sobrepasan sus atribuciones o competencias, y además el trabajo realizado responde a las prioridades establecidas por la administración en el plan de trabajo de años anteriores.*
- 2. Los encargados del área de Gestión de Calidad del SFE fueron capacitados en el curso denominado "Desarrollo y documentación de un SGC" impartido por el Ente Costarricense de Acreditación (ECA), en el cual se recomendó que la fecha en el cual los documentos se elaboran, revisan y aprueban por conveniencia debe de expresarse bajo el formato de mes/año, recomendación que además se repitió en otros cursos por parte de otros expertos en Gestión de Calidad.*
- 3. Si bien existen inconsistencias en la documentación existente, hay que recordar que la documentación como todos los componentes de un SGC está en proceso de actualización y mejora continua, y por lo tanto siempre existirán incongruencias, para mejorar esta situación la Unidad establecerá un plan de acción que permita que el proceso de revisión y actualización de los documentos del SGC en conjunto con los enlaces de cada departamento y unidad, de forma que el proceso se vuelva más eficiente, tarea que será coordinada con los enlaces de calidad y control interno de los departamentos y unidades del SFE.*

Aclaraciones:

Recomendación 2.3.6.1: *La misma está cumplida parcialmente ya que se revisaron y ajustaron todos los documentos correspondientes al Macroproceso; así como con las cartas de proceso. Para tal efecto se adjunta el cuadro No. 01, donde se establece en código y el nombre del proceso actualizado.*

(...)

Es importante indicar que estos documentos ya fueron revisados y firmados por el responsable del proceso así como por parte de la Unidad de PCCI y aprobados por la Dirección, los cuales rigen a partir del mes de enero de 2013.

Con respecto a los procedimientos se definirá una estrategia de trabajo con los enlaces de calidad y control interno para establecer un plan de revisión de los documentos del SGC del SFE. Es importante además aclarar, que en el COTEN realizado el día de hoy miércoles 23 de enero de 2013, se tomó el acuerdo que al 28 de febrero de 2013 todos los procedimientos deberán ser revisados y ajustados por parte de las jefaturas apoyados por los enlaces de calidad y control interno.

Recomendación 2.3.6.2: *En el cuadro 2 adjunto, se detallan los procesos de apoyo identificados y documentados, los cuales ya fueron avalados y revisados por los responsables del mismo y aprobados por la Dirección, estos documentos rigen a partir de enero 2013.*

(...)

Recomendación 2.3.6.3: *Esta recomendación está cumplida ya que el macroproceso y los procesos sustantivos y de apoyo fueron ajustados al procedimiento GC-PG-01. Acción que puede ser verificable ingresando a la página web del SFE http://www.sfe.go.cr/quienes_somos/transparencia/cartasdeproceso.html*

Recomendación 2.3.6.4: *Al estar cumplidas las recomendaciones 2.3.6.1, 2.3.6.2, 2.3.6.3 esta recomendación debería quedar sin efecto.*

Recomendación 2.3.6.5: *Esta recomendación fue cumplida, ya que la unidad de PCCI remitió a la Dirección de SFE los documentos del macroproceso y de los procesos sustantivos y de apoyo, para su aprobación.*

Recomendación 2.3.6.6: *Esta recomendación fue cumplida ya que la dirección ya aprobó los documentos del macroproceso y de los procesos sustantivos y de apoyo, por otro lado; a la fecha todos los procedimientos elaborados y presentados a la Dirección, ya han sido aprobados por la señora Directora.*

2.3.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Como resultado del análisis de la información suministrada por la Administración con relación al Hallazgo 2.3 del informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012, esta Auditoría procede en primer término a ajustar y a reenumerar las recomendaciones 2.3.6.1, 2.3.6.4, 2.3.6.5 y 2.3.6.6 del informe preliminar comunicado con el citado oficio, para referirlas únicamente a procedimientos y en segundo término a eliminar las recomendaciones 2.3.6.2 y 2.3.6.3. Asimismo, se procede a adicionar un párrafo final al numeral 2.3.2 y a ajustar la causa identificada con el numeral 2.3.3.3.



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



Es necesario señalar, que efectivamente se suministra mucha información en las diferentes capacitaciones que se reciben; e incluso, direccionada a las mejoras técnicas y buenas prácticas, según los modelos respectivos.

Un aspecto a señalar con relación a las fechas de elaboración, revisión y aprobación; es que las mismas suministran un dato que sitúa con precisión en el tiempo la gestión emprendida. Un aspecto fundamental (y sobre todo en la gestión pública) es el hecho de conocer con claridad a partir de qué momento entra a regir una determinada norma; razón por la cual, es nuestro criterio que por lo menos la fecha de aprobación de los documentos debe ser precisa; pues la carencia de la misma podría generar inseguridad jurídica.

En ese sentido, desde nuestro punto de vista, la única manera de que se acepte como una sana práctica administrativa consignar como fecha de aprobación en un documento determinado, únicamente el dato relativo al mes/año; es si se dispone que dicho como parte de los procedimientos que regulan la emisión de documentos dentro del SFE, que dicho instrumento entrará a regir a partir del mes siguiente, independientemente del día del mes en que fue aprobado; lo anterior se indica, por cuanto un instrumento aprobado no debe generar dudas de su aplicación efectiva.

HALLAZGO 2.4 - DEBILIDADES EN ELEMENTOS³ QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA PCCI

2.4.1 CRITERIO

- 2.4.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículos 10, 14, 18 y 19.
- 2.4.1.2** Normas de Control Interno para el Sector Público, normas 1.1, 1.4, 5.1, 5.2 y 5.3.
- 2.4.1.3** Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo Institucional (SEVRI), directriz 3.6.

2.4.2 CONDICIÓN

La PCCI cuenta con un sistema de información manual (asistido por aplicaciones automatizadas, como por ejemplo "Word" y "Excel"); asimismo, se apoya en el sitio web de la organización para divulgar información sustantiva relacionada con su quehacer y con la herramienta tecnológica relacionada con la materia de presupuesto, puesta a disposición en la página web de la Contraloría General de la República. Además, se tiene como un proyecto para el 2013, la implementación del módulo de planificación que forma parte integral del sistema SIFITO; el cual se encuentra en proceso de depuración.

Se determinó que la PCCI no tiene definido el sistema de información de aplicación institucional, vinculado con el SEVRI y el control y seguimiento de recomendaciones; lo anterior no significa que la citada Unidad no cuente con registros que informen sobre el SEVRI y el seguimiento de recomendaciones. Al respecto, se describe lo siguiente:

- a)** La administración de la información relativa al SEVRI. Al respecto, el MAG autorizó al SFE a utilizar su sistema automatizado denominado "SEVRIMAG", el cual está desarrollado conforme a su metodología de riesgos (en proceso de depuración), con el propósito de que lo adoptara o adaptara. No obstante, el SFE está valorando otras alternativas en este sentido.
- b)** El control y seguimiento de la implementación efectiva de recomendaciones y disposiciones. En este caso, el SFE está a la espera de conocer los resultados de la implementación del sistema automatizado de seguimiento de recomendaciones de la Auditoría Interna; situación que le permitirá a la administración tomar la decisión de adoptarlo o diseñar y desarrollar la herramienta que mejor se ajuste a sus necesidades. Con relación a este aspecto, mediante el oficio DSFE-788-12 del

³ Debe entenderse como elemento la parte de un sistema de información que se refiere a un aspecto específico (ejemplo: subconjunto, subsistema, etc)

07/11/2012, la Dirección del SFE giró instrucciones para que se implemente el procedimiento que regule y guíe la atención de los informes de auditoría.

Según información suministrada por la PCCI, actualmente no se han visualizado necesidades de desarrollo tecnológico con respecto a temas vinculados con la gestión de la calidad y control interno; lo que no significa que a futuro se requieran esas herramientas.

2.4.3 CAUSA

- 2.4.3.1** El SFE no ha establecido en forma oficial el sistema de información relativo al SEVRI y respecto al control sobre la implementación de recomendaciones; lo anterior considerando el recurso tecnológico que tiene a su disposición.
- 2.4.3.2** La condición actual en que se encuentra el proceso de implementación del SGC no permite visualizar en el corto plazo, la herramienta automatizada que estaría requiriendo implementar el SFE.

2.4.4 EFECTO

Existe un riesgo potencial de que el sistema de información de la PCCI no responda a las necesidades del SFE (a mediano y largo plazo); situación que podría afectar la gestión de dicha dependencia.

2.4.5 CONCLUSIÓN

Considerando que la información suficiente y pertinente es esencial para el cumplimiento de objetivos, puesto que facilita la toma de decisiones y la rendición de cuentas; es necesario señalar que la carencia de una plataforma que suministre información precisa y en forma ágil y oportuna podría incidir negativamente en la gestión de la PCCI y en la toma de decisiones institucional.

2.4.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.4.6.1** Incorporar en el plan de acción relativo a la implementación del SCI de la PCCI (acción que debe estar alineada a la recomendación 2.1.6.2 contenida en el hallazgo N° 1) el diagnóstico de las necesidades de desarrollo tecnológico que considere (entre otros aspectos), lo siguiente:

- a) Identificar y fundamentar las necesidades tecnológicas requeridas (de corto, mediano y largo plazo); lo que incluye prever los recursos económicos y presupuestarios. Dicha gestión debe considerar (entre otros aspectos) lo relativo a:
- Concluir con las acciones que permitan la implementación del módulo de planificación que forma parte integral del sistema SIFITO.
 - Conceptualizar la herramienta tecnológica relacionada con el sistema de gestión de la calidad (referencia ISO 9001) vinculada con el modelo de control interno; situación que debería considerar la posibilidad de tener acceso a una copia de la versión del sistema automatizado que posee el MAG (para adoptarlo o adaptarlo, según exista posibilidad legal).
 - Definir en forma oficial si el SFE va a adoptar o adaptar el sistema SEVRIMAG; o caso contrario, visualizar con claridad la alternativa que se estaría gestionando para diseñar y desarrollar la herramienta tecnológica respectiva.
- b) Valorar lo que ofrece el mercado en cuanto a herramientas tecnológicas; lo anterior considerado (según corresponda) las necesidades identificadas.
- c) Definir si el desarrollo de las necesidades tecnológicas se realizará a lo interno o por medio de servicios profesionales contratados (teniendo como contraparte a la Unidad de TI). Dicha gestión debe obedecer a la ejecución de proyectos de inversión en TI debidamente aprobados.

2.4.6.2 Establecer los mecanismos oficiales y estandarizados que permitan ejercer el control y mantener registros actualizados relacionados con la implementación de recomendaciones y disposiciones (los cuales pueden ser manuales asistidos por aplicaciones tecnológicas como por ejemplo el "Word" y el "Excel"), en forma independiente de la decisión que adopte la administración del SFE con respecto al sistema automatizado que estará implementando la Auditoría Interna o al desarrollo de otro sistema. Dicha gestión debería permitir la incorporación y/o ajuste del procedimiento que se está elaborando, según los términos del oficio DSFE-788-12 del 07/11/2012, de la Dirección del SFE.

2.4.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

El Jefe de la PCCI, en fecha 23/01/2013 hizo las siguientes observaciones relativas al hallazgo 2.4 del informe preliminar (comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012):

1. *La unidad de PCCI no está de acuerdo con la frase "Se determinó que la UPGCCI no cuenta con herramientas tecnológicas que faciliten la administración de la información relacionada*



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



con lo siguiente....."consignada en el numeral 2.4.2 CONDICION. Por cuanto, la unidad si dispone de herramientas, ya que las Directrices Generales para el establecimiento del SEVRI punto 3.6 establece que se pueden utilizar herramientas manuales, automatizadas o una combinación de ambas.

- 2. Al igual que la observación anterior solicitamos que se replanté la Causa 2.4.3 ya que la Unidad si ha identificado y gestionado las necesidades de desarrollo tecnológico que se requieren para implementar el SCI en el SFE. Con respecto al SGC se está evaluando la posibilidad de adquirir un sistema de información a largo plazo que responda a todas las necesidades del sistema de gestión y no únicamente a la presentación de documentos en un ambiente web, sin embargo el proyecto no se visualiza a corto plazo ya que al estar el sistema en desarrollo no se conocen aun los alcances que se podría requerir con un sistema de este tipo.*

2.4.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Como resultado del análisis de la información suministrada por la Administración con respecto a la Condición (numeral 2.4.2) y Causa (numeral 2.4.3), del informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012; esta Auditoría Interna procedió a ajustar tales numerales.

HALLAZGO 2.5 - INSUFICIENTE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA ATENDER LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN ANUAL INSTITUCIONAL DEL SCI

2.5.1 CRITERIO

- 2.5.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículos 10 y 17.
- 2.5.1.2** Reglamento de la Estructura Organizativa del Servicio Fitosanitario del Estado (Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG), artículo 9 numeral 1 (incisos n, o).
- 2.5.1.3** Normas de Control Interno para el Sector Público, Normas 6.3 y 6.4.
- 2.5.1.4** Modelo de Control Interno del SFE; Subsistema de Seguimiento.
- 2.5.1.5** Política de Control Interno. (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).

2.5.2 CONDICIÓN

El SFE (con el apoyo de la PCCI⁴) ha venido realizando las autoevaluaciones anuales del SCI. No obstante, se determinó que los resultados de las citadas autoevaluaciones no han contribuido con el fortalecimiento del SCI institucional (aspecto que se refleja en las calificaciones relacionadas con el grado de madurez del SCI y el Índice de Gestión Institucional).

Además, se determinó que la administración del SFE realizó durante el presente período, esfuerzos que le permitieron emitir y aprobar el instrumento PCCI-CI-MT-01 – Guía de autoevaluación del SCI.

Durante los meses de junio y julio del año 2012 se aplicaron los citados instrumentos, lo que dio como resultado la realización de la autoevaluación del SCI y la emisión del informe con los resultados respectivos (incluye acciones de mejora); sin embargo, dicho informe no ha sido conocido por la Comisión de Control Interno y no se ha aprobado por parte de la Dirección del SFE. Cabe señalar que el informe citado data del mes de agosto del 2012.

Con relación a dicha autoevaluación, se determinaron las siguientes debilidades:

1. Fue dirigida a los jefes de departamentos y unidades (un total de 45 funcionarios); no obstante, solamente dieron respuesta 17 servidores (8 de departamentos y 9 de unidades); lo que genera un 37% de participación.
2. La aplicación de la herramienta de auto-evaluación no estuvo precedida de una adecuada inducción y/o acompañamiento; aspecto que pudo haber incidido en la poca respuesta de parte de los funcionarios que fueron invitados a participar. Lo

⁴ Antes del Decreto Ejecutivo N° 36801-MAG; dicha labor era coordinada por la Unidad de Planificación y Control Interno del SFE, dependencia que operaba en forma funcional.

anterior demuestra que este tipo de actividades se visualizan como voluntarias y no obligatorias; situación que no propicia un ambiente óptimo para el mejoramiento del SCI.

3. Los resultados de la autoevaluación no coinciden con los obtenidos producto de la valoración del riesgo realizada recientemente por la organización con el apoyo de una consultoría; situación que podría estar influenciada al no considerar el cuestionario aplicado algunos aspectos contenidos en las normas técnicas de control interno emitidas por la Contraloría General de la República (CGR) como por ejemplo:

- Con relación al **Ambiente de Control**: Sobre la idoneidad del personal y la estructura organizativa.
- Con relación a la **Valoración de Riesgos**: Sobre el estado de cada uno de los componentes que integran el SEVRI y con respecto a la metodología que se debe aplicar para la valoración de los riesgos.
- Con relación a las **Actividades de Control**: Sobre la supervisión constante de las actividades.
- Con relación a **Sistemas de Información**: Sobre la obligación de implementar la normativa técnica relativa a las tecnologías de la información emitida por la CGR.
- Con relación al **Seguimiento**: Sobre la contratación de auditorías externas.
- Con relación a generalidades: Sobre el estado de la implementación del modelo de control interno, las políticas emitidas y el impacto de la autoevaluación en el mejoramiento del SCI.

2.5.3 CAUSA

No ha existido conciencia a nivel institucional de los beneficios que produce la autoevaluación periódica de control interno.

2.5.4 EFECTO

El grado de madurez del SCI y el Índice de Gestión Institucional del SFE no ha variado en forma positiva por cuanto su avance no es significativo.

2.5.5 CONCLUSIÓN

Es nuestro criterio que la posición adoptada por el SFE en cuanto al tratamiento que le ha dado a las autoevaluaciones anuales de control interno, no le ha permitido visualizar e implementar acciones de mejora que contribuyan con el fortalecimiento del SCI

institucional; situación que está incidiendo en la no obtención de avances significativos en la calificación del grado de madurez del SCI y el Índice de Gestión Institucional.

2.5.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

- 2.5.6.1** Definir el período en que se llevará a cabo las autoevaluaciones semestrales de control interno establecidas en el procedimiento PCCI-CI-MT-01 – Guía de autoevaluación del SCI.
- 2.5.6.2** Capacitar al personal del SFE en forma previa a la aplicación de la metodología o procedimientos (incluyendo formatos) oficiales, que regulan a lo interno del SFE la autoevaluación de control interno institucional.
- 2.5.6.3** Diagnosticar la metodología y formatos que se aplicaron en la autoevaluación anual de control interno institucional relativa al período 2012; con el fin de validar los citados procedimientos o ajustarlos, según corresponda.

A la Ing. Magda González Arroyo, Directora del Servicio Fitosanitario del Estado, gestionar la implementación de la siguiente recomendación:

- 2.5.6.4** Aprobar el informe relativo a la auto-evaluación de control interno que se efectuó durante los meses de junio y julio del presente año; y girar las instrucciones para la implementación de las respectivas acciones de mejora.

2.5.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Con relación al hallazgo 2.5 del informe preliminar comunicado con oficio AISFE 210-2012, el MBA Adrián Gómez D., Jefe de la PCCI, en fecha 23/01/2013 señaló lo siguiente:

Con respecto a este hallazgo, es importante aclarar en el informe que la Unidad de PCCI realiza la gestión necesaria para la implementación de la autoevaluación anual en el SFE, por otro lado la Unidad de PCCI está de acuerdo con lo expuesto en el hallazgo, pero a nuestro criterio el mismo deber ser extraído del informe AI-SFE-210-2012 y comunicado a la Dirección por medio de otro informe u oficio. Ya que las debilidades detectadas no son como consecuencia del accionar de la unidad sino de la gestión institucional o sea de todas las Dependencias del SFE. Tal como se define en el artículo 35 de la Ley de Control Interno que establece ".... Cuando de un estudio se deriven recomendaciones sobre asuntos de responsabilidad y otras materias, la auditoría interna deberá comunicarlas en informes independientes para cada materia....".

Observación: EFQM es una herramienta dirigida a diagnosticar el sistema de gestión de una organización, dicha herramienta se aplicó con el propósito de encontrar oportunidades de mejorar e



Servicio Fitosanitario del Estado

Auditoría Interna



identificar los objetivos de calidad para el año 2013, este informe ya fue presentado a la Dirección junto con la propuesta de objetivos, en la revisión por la Dirección planificada para este 2013. Esta herramienta no es propiamente una evaluación del SCI, sin embargo se incluyó como una herramienta de apoyo que contribuirá con la elaboración de un plan de mejora que por ende incidirá en el SCI. Dicha herramienta no está establecida en el Modelo de Control Interno como parte de las autoevaluaciones anuales, es una herramienta de apoyo utilizará por la administración y por lo tanto no debe ser considerada como criterio de auditoría.

Aclaraciones:

Recomendación 2.5.6.3: *Por medio del oficio PCCI-005-2013 del 16 de enero de 2013 se le remitió a la Dirección el Informe de Autoevaluación 2013 así como el Plan de Mejora para su aprobación. Conjuntamente se le adjuntó el informe de los resultados de la aplicación de la herramienta EFQM.*

2.5.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Analizada la información suministrada por la Administración con respecto al Hallazgo 2.5 del informe preliminar, comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012; esta Auditoría procede a eliminar la recomendación 2.5.6.3 y se renumera el apartado 2.5.6 del presente hallazgo.

Por otra parte, esta Auditoría no está de acuerdo con suprimir este hallazgo del informe final; por cuanto, es nuestro criterio que como parte del estudio de auditoría realizado se verificaron aspectos vinculados directa e indirectamente relacionados con el SCI de la PCCI (ejemplo de ello es, lo relativo al SEVRI, así como lo correspondiente al tema de la Autoevaluación Anual del SCI). Por lo anteriormente señalado, el hallazgo se mantiene y será a través del cronograma de actividades vinculado con la implementación de las recomendaciones del presente hallazgo, que la administración defina las actividades, plazos y responsables de su atención.

También es nuestro criterio, que cualquier herramienta técnica de apoyo que utilice la administración y que se cite en procedimientos, guías y cualquier otro documento oficial del SFE, deberá visualizarse como parte integral de los mecanismos y prácticas de control que conforman el sistema de control interno institucional.

HALLAZGO 2.6 - INSUFICIENTE GESTIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL TEMA DE LA ÉTICA

2.6.1 CRITERIO

- 2.6.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículos 10 y 13 inciso a).
- 2.6.1.2** Principios éticos de los funcionarios públicos (Decreto Ejecutivo N° 33146).
- 2.6.1.3** Directrices generales sobre principios y enunciados éticos a observar por parte de los jefes, titulares subordinados, funcionarios de la Contraloría General de la República, auditorías internas y servidores públicos en general" (N° D-2-2004-CO).
- 2.6.1.4** Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 2.3.
- 2.6.1.5** Modelo de Control Interno del SFE, Subsistema Ambiente de Control.

2.6.2 CONDICIÓN

Se determinó que el SFE forma parte de la "Comisión Institucional de Valores" que conformó y mantiene en operación el MAG; la cual está desarrollando el tema de la ética (uno de sus propósitos es proponer un código de ética).

En forma complementaria, la Comisión de Control Interno del SFE integró y tiene en funcionamiento una subcomisión que está gestionando a lo interno de la organización el tema de valores éticos, lo que ha permitido el establecimiento de valores éticos institucionales y la divulgación de aspectos vinculados con los mismos.

Asimismo, el cronograma de actividades relacionado con la implementación del modelo de control interno del SFE, contiene acciones que se deben ejecutar para desarrollar y fortalecer el tema de la ética a lo interno de la organización. No obstante lo anterior, no se visualiza una estrategia bien definida con relación al desarrollo del referido tema; situación que no permite evidenciar en el tiempo las acciones concretas que estaría emprendiendo la organización al respecto.

Además, se informó que en la actualidad se encuentran en proceso de elaboración y/o revisión los procedimientos PCCI-GC-PG-03 "Código de conducta del SFE", PCCI-CI-MT-02 "Revisión en materia de ética" y PCCI-CI-MT-03 "Metodología de revisión sobre la normativa interna y externa ETICA"; para su posterior aprobación.

2.6.3 CAUSA

Carencia de una estrategia integral orientada a desarrollar en forma oficial el tema de la ética a nivel institucional.

2.6.4 EFECTO

La situación actual no garantiza en forma razonable que la gestión de la organización esté basada en los más altos valores éticos.

2.6.5 CONCLUSIÓN

Un aspecto fundamental para fortalecer el SCI está relacionado con el desarrollo del tema de la ética con el fin de asegurar el afán de servicio, la integridad, la rendición de cuentas, la transparencia, la honestidad y la racionalidad; razón por la cual, el SFE deberá realizar acciones concretas que permitan atender dicho aspecto.

2.6.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de la siguiente recomendación:

2.6.6.1 Elaborar y proponer (con el apoyo de la Subcomisión de Valores del SFE) la estrategia que le permita al SFE en el corto y mediano plazo, desarrollar y regular en forma integral el tema de la ética a lo interno de la organización, en forma complementaria a la gestión de la Comisión instaurada por el MAG; aspecto sustantivo desarrollado en la "Herramienta de Autoevaluación EFQM" relativa al sistema de control interno del SFE (F01-PCCI-CI-MT-01).

2.6.6.2 Concluir la elaboración y revisión de los procedimientos PCCI-GC-PG-03 "Código de conducta del SFE", PCCI-CI-MT-02 "Revisión en materia de ética" y PCCI-CI-MT-03 "Metodología de revisión sobre la normativa interna y externa ETICA"; sometiéndolos a la aprobación correspondiente.

A la Ing. Magda González Arroyo, Directora del SFE, gestionar la implementación de la siguiente recomendación:

2.6.6.3 Analizar y aprobar la estrategia que permitiría desarrollar y regular en forma integral el tema de la ética a lo interno del SFE.

2.6.6.4 Analizar y aprobar los procedimientos PCCI-GC-PG-03 "Código de conducta del SFE", PCCI-CI-MT-02 "Revisión en materia de ética" y PCCI-CI-MT-03 "Metodología de revisión sobre la normativa interna y externa ETICA".

HALLAZGO 2.7 - CARENCIA DE "MANUAL DE LA CALIDAD" QUE PERMITA OPERATIVIZAR LAS POLÍTICAS DE CALIDAD EN EL SFE

2.7.1 CRITERIO

- 2.7.1.1** Ley General de Control Interno N° 8292, artículo 10.
- 2.7.1.2** Norma de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.9.
- 2.7.1.3** Política de Control Interno (PCCI-CI-P-01 / Versión 01 / Julio 2012).
- 2.7.1.4** Declaración Política de SEVRI (Versión 01 / Octubre 2012).
- 2.7.1.5** Declaración Política de Calidad - Norma INTE-ISO 9001:2008 (Versión 02 / Setiembre 2012).
- 2.7.1.6** Declaración Política de Calidad - Norma INTE-ISO/IEC 17025:2005 (Versión 02 / Setiembre 2012).
- 2.7.1.7** Oficio AI SFE 077-2011 del 06/04/2011, la Auditoría Interna comunicó el informe de asesoría mediante el cual se tratan una serie de aspectos generales que se deben considerar en el diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad.

2.7.2 CONDICIÓN

De acuerdo con el estándar internacional, las ISO's que se detallan regulan los siguientes aspectos:

- **ISO 9001:** Aplicada a los sistemas de gestión de calidad (SGC); cuyo propósito es que las empresas cuenten con un modelo efectivo que les permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.
- **ISO 17025:** Desarrollada para guiar a los laboratorios en la administración de la calidad y requerimientos técnicos para una adecuada operación (específica para los laboratorios de ensayo y calibración).
- **ISO 17020:** Direccionada a la "Inspección"; pues está vinculada con el examen del diseño de un producto, un servicio, un proceso o una planta, y la determinación de su conformidad con requisitos específicos, o sobre la base de un juicio profesional con requisitos generales.
- **ISO 65:** Corresponde a la certificación e inspección de la producción orgánica de alimentos; así como de la industria procesadora y empacadora de alimentos orgánicos para exportación (certificar el cumplimiento de la norma internacional aplicable a los alimentos orgánicos).
- **ISO/IEC 20000:** Implantación de un sistema de gestión de servicios de tecnologías de la información.

Al respecto, el SFE viene impulsando una serie de acciones tendientes a adoptar y adaptar a su gestión estándares de calidad internacionales, tales como: INTE-ISO 9001:2008 y INTE-ISO/IEC 17025:2005. Asimismo, el SFE ha interactuado con aspectos vinculados con la INTE-ISO 65 (agricultura orgánica) y la ISO 17020 (ha capacitado a personal en la norma); aun cuando es necesario señalar que dichas normas no forman parte del SGC que está impulsando el SFE.

Se nos informó que en la actualidad se encuentran en proceso de elaboración los procedimientos PCCI-GC-M-01 "Manual de Calidad del SFE" y LAB-MC-01 "Manual de calidad de Laboratorios"; gestión que se está desarrollando, según lo planificado.

2.7.3 CAUSA

El SFE no cuenta a la fecha con los manuales de la calidad respectivos; por cuanto los mismos se han ido elaborando en forma paralela al desarrollo del SGC.

2.7.4 EFECTO

Una inadecuada gestión respecto a lo planificado, podría ocasionar un riesgo potencial de que el SFE no cuente con los manuales de calidad respectivos en forma oportuna.

2.7.5 CONCLUSIÓN

El SFE viene realizando esfuerzos importantes orientados a fortalecer su SCI, ejemplo de ello es la decisión de desarrollar un SGC. En ese sentido, es necesario señalar que la organización debe continuar realizando las acciones necesarias relativas a la implementación de su SGI, lo que incluye contar en forma oportuna con los manuales de calidad respectivos; por cuanto una gestión diferente a la prescrita no estaría contribuyendo con el fortalecimiento del SCI.

2.7.6 RECOMENDACIONES

Al MBA. Adrián Gómez Díaz, Jefe de la PCCI, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

2.7.6.1 Concluir conforme lo planificado los manuales de la calidad que permita operativizar las políticas de calidad existentes y las que se lleguen a aprobar en el futuro y presentarlos a la aprobación correspondiente.

2.7.6.2 Valorar en coordinación con la Unidad de Tecnologías de la Información del SFE, la aplicación de la norma internacional correspondiente a la serie ISO/IEC 20000 a los procesos bajo la responsabilidad de TI; resultados que deberán quedar debidamente documentados.

2.7.6.3 Valorar la contratación de consultorías que contribuyan a agilizar el proceso de diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad, considerando que la capacidad instalada de la PCCI (en apariencia) no le permite a la organización una mayor cobertura (en el corto y mediano plazo) con respecto al establecimiento del SCI institucional. Dicha valoración deberá quedar debidamente documentada.

2.7.6.4 Ajustar el cronograma de actividades relativo a la implementación del modelo de control interno del SFE; considerando los resultados de la implementación de las recomendaciones 2.7.6.1, 2.7.6.2, 2.7.6.3, 2.7.6.5 y 2.7.6.6. Dicho cronograma deberá establecer el plazo en que el SFE implementará su modelo de gestión de la calidad; el cual debe ser consistente con el plazo que se determine para implementar el modelo de control interno del SFE, según lo señalado en la recomendación 2.2.6.5 contenida en el hallazgo 2.2 del presente informe.

A la Ing. Magda González Arroyo, Directora del SFE, gestionar la implementación de las siguientes recomendaciones:

2.7.6.5 Aprobar conforme lo planificado los manuales de la calidad que le permitan al SFE operativizar las políticas de calidad existentes; cuya aplicación obligatoria contribuya y facilite el proceso de implementación del modelo de control interno institucional.

2.7.6.6 Definir y oficializar el plazo en que el SFE deberá implementar su modelo de gestión de la calidad; el cual debe ser consistente con el plazo que se determine para el implementar el modelo de control interno del SFE, según lo señalado en la recomendación 2.2.6.5 contenida en el hallazgo 2.2 del presente informe.

2.7.7 COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Con respecto al Hallazgo 2.7 del informe preliminar, comunicado con oficio AISFE 210-2012, el MBA Adrián Gómez D., Jefe de la PCCI en fecha 23/01/2013 señaló lo siguiente:

"Un manual de la calidad, según ISO, es un documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización. Los manuales de calidad pueden variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

El Manual de la Calidad debe incluir:

- *El alcance del sistema de gestión de la calidad incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.*

- *Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad o una referencia a estos.*
- *Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad."*

De acuerdo con la anterior la causa de que el manual de Calidad no esté listo, no es la que especifica el informe, la causa de que los manuales no estén elaborados aun es porque el Manual de Calidad es la columna vertebral de un SGC y por lo tanto no puede estar concluido hasta que el sistema esté totalmente implementado.

Por lo tanto el hallazgo 2.7, a criterio técnico de la Unidad de PCCI no refleja la realidad institucional, ni está acorde con la etapa de desarrollo en la cual se encuentra el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del SFE. Un manual de calidad de acuerdo con la Norma ISO 9000:2005, es un "documento que especifica el sistema de gestión de calidad de una organización.", el mismo muestra un resumen del sistema de gestión y debe ser utilizado conjuntamente con el resto de los documentos, es por esta razón que el manual de calidad se va desarrollando en forma paralela al desarrollo del sistema.

De acuerdo con el señor Rafael Portillo, auditor de calidad certificado y moderador del Portal de Calidad One Economic & Quality Consulting (www.oneconsulting.es), con respecto al momento en el que se debe redactar el manual de calidad este señala: "Sobre el momento en que hay que redactarlo, lo mejor es ir creando los procedimientos y si el manual va a desarrollar punto por punto la norma como suele ser habitual, entonces conforme se van desarrollando los procedimientos se va redactando el manual. A veces se tiende a hacer un manual por separado a nivel conceptual de los procedimientos y a mí lo que me gusta es que los procedimientos expliquen lo que hace la empresa en relación a determinadas áreas"

Así mismo el Ing. David Saavedra Consultor y director en sistemas avanzados de calidad (sacalidad@live.com.mx) al respecto señala " por lo general el último documento que se aprueba es el manual de calidad, ya que se va desarrollando al paralelo con los procedimientos aplicables de la norma y de la organización."

Por las razones anteriores, el señalar como hallazgo la carencia de un manual de calidad en un sistema de gestión que se encuentra en desarrollo no vendría a hacer representativo de la realidad del Sistema, ya que este se está desarrollando y será aprobado en el momento en que el sistema de gestión alcance la madurez requerida.

2.7.8 COMENTARIOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Analizada la información de la Administración con respecto al Hallazgo 2.7 del informe preliminar, comunicado con oficio AISFE 210-2012 del 19/12/2012; esta Auditoría concuerda con la necesidad de que los manuales de la calidad se desarrollen conforme a la técnica que regula este aspecto; situación que debe permitirle al SFE contar con dichos manuales en forma oportuna. En ese sentido, se ajustaron las recomendaciones 2.7.6.1 y 2.7.6.5.