

---

**RESULTADOS OBTENIDOS RESPECTO AL CUMPLIMIENTO  
DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO SOBRE  
“AMBIENTE DE CONTROL”.**

**1. INTRODUCCIÓN.**

**1.1 Origen del estudio.**

El presente estudio se efectuó en cumplimiento del Plan Anual Operativo de esta Unidad de Auditoría Interna del periodo 2012.

**1.2 Aspectos objeto de estudio.**

El trabajo consistió en evaluar el cumplimiento por parte de la administración del ICD, de lineamientos relacionados con la Ley General de Control Interno y el Manual de Normas Generales de Control Interno para la Contraloría General de la República y las entidades sujetos a su fiscalización, afín al componente “Ambiente de Control”.

La presente revisión se elaboró de acuerdo a las Normas Internacionales de Auditoría y al Manual de Normas Para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público (R-DC119-2009) emitido por la Contraloría General de la República.

**1.3 Alcance del estudio.**

El estudio comprende las entrevistas y visitas realizadas entre el 16 de marzo y el 15 de mayo del presente año; ampliándose en aquellos casos en que fuese necesario.

La revisión se elaboró de acuerdo a las Normas Internacionales de Auditoría y al Manual de Normas Para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público (R-DC119-2009) emitido por la Contraloría General de la República.

**1.4 Marco de referencia.**

- Ley General de Control Interno N° 8292.
- Normas de Control Interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE.

---

<sup>1</sup> Teléfonos: (506) 2527-6400 - Fax: (506) 2524-0127 - Apartado: 7311-1000

- Directriz DFOE-68 de la Contraloría General de la República.

### **1.5 Comunicación del estudio.**

El diecisiete de mayo del dos mil doce se expone informe Borrador AI-002-2012 al Director y Directora General de este ICD.

Para mayor claridad respecto al tratamiento de los informes enviados por las auditorías internas, se transcribe el artículo 36 de la Ley General de Control Interno:

“Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera:

- a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones.
- b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna...

Por tanto, se ha solicitado a la Administración que respecto al debido trámite de los hallazgos informados por nuestra unidad en el presente informe y en los cuales existe alguna diferencia de criterio o los mismos no pueden ser implementados por algunas limitaciones administrativas, tal y como lo establece el artículo 36 de la Ley General de Control Interno y el artículo 137 de la Ley 8204, se proceda con lo establecido en estas normas.

## **2. RESULTADOS.**

De conformidad con la normativa señalada, se procede a presentar los resultados obtenidos de la evaluación realizada por esta Auditoría en función del sistema de control interno llevado por la administración del ICD, a fin de garantizar la eficiencia y eficacia de dicho sistema, así como, el manejo de los fondos públicos. Además, este informe pretende ser una base de asesoramiento a la administración en lo relativo a las medidas de control sobre el componente citado.

Este componente se relaciona con las actividades y acciones de Coordinadores de Áreas y demás funcionarios, base para cumplir con éxito los objetivos y metas planteadas en el Plan Anual Operativo.

Se evaluó desde tres perspectivas, mismas que se explicarán en el desarrollo del presente informe.

### **2.1. Desde la óptica de la Dirección General.**

Según lo establecido en las Directrices de la Contraloría General de la República y en especial la DFOE-68, cuya fecha de implementación del SEVRI, data del primero de julio del dos mil siete, representa que las gestiones que debe realizar la administración del ICD se encuentren retrasadas en su implementación; aspecto que es de vital atención por parte de los jefes actuales para el cumplimiento de la citada normativa.

En relación con este tema, se le consultó a la Dirección General mediante oficio AI-0017-2012 del veinte de marzo del presente año y posterior ampliación mediante correo electrónico del veintisiete de marzo de los corrientes, si el ICD cuenta *con un sistema apropiado de Control Interno, según lo establecido en el capítulo II de la Ley 8292*, indicando:

“El ICD cuenta con acciones específicas que regulan el accionar administrativos y operativos de las distintas instancias que conforman el instituto, mismos que se han divulgado por medio de reglamentos y circulares, que han venido a fortalecer el ambiente de control de la institución. El año anterior se capacitó a todos los responsables de las unidades de la institución en el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI-ICD), se elaboró una metodología para su aplicación y se realizó un primer proceso de formulación para que las instancias comenzaran a asimilar el sistema. Además, desde el año 2009 se han venido realizando esfuerzos para elaborar un manual de procesos y procedimientos institucional que vendría a fortalecer el control y documentación de los procesos institucionales, pero debido a las limitaciones presupuestarias y técnicas, es hasta este año que se concluirá. Por otro lado, en el presente período se consolidará toda la normativa técnica y jurídica en un Sistema de Control Interno Institucional, habiéndose conformado una comisión que velará por la implementación, seguimiento, evaluación y mejora del sistema. Se ha capacitado nuevamente a todas las instancias en el SEVRI-ICD y nos encontramos en la etapa de formulación. Además este sistema ha sido presentado a todas las jefaturas y enlaces, y ya se programaron las charlas en las que se expondrá a la totalidad de los funcionarios.”

Efectivamente, se identificaron avances importantes en el proceso de implementación como fue la aprobación por parte del Consejo Directivo del documento denominado “Sistema Específico de Valoración de Riesgo del Instituto Costarricense sobre Drogas (SEVRI-ICD)”<sup>1</sup>, mediante el acuerdo CIENTO CUARENTA Y DOS-CERO OCHO-DOS MIL ONCE en donde se aprobó la Metodología SEVRI-ICD que incluye el Marco Orientador; no obstante, a pesar de ello se considera apropiado que la Administración activa, continúe con este proceso y que a mediano plazo se logre la puesta en marcha de dicha metodología. Se evidencia que aún persisten tareas pendientes como son:

- a) Asignación de recursos responsables.
- b) Identificación de eventos de riesgo.
- c) Valoración de los eventos de riesgo.
- d) Mapeo de riesgos por áreas.
- e) Definición de Actividades de Control.
- f) Establecimiento del sistema de información.
- g) Establecimiento de los mecanismos de monitoreo.

Otra de las consultas realizadas por esta Auditoría, se refiere al presupuesto asignado para la implementación del SEVRI, y la Dirección General señala:

“Como es de su conocimiento, para el año 2012 estamos muy limitados presupuestariamente, por lo que es imposible dirigir recursos a otras necesidades que no sean las básicas. Así, partiendo de los señalamientos efectuados en las respuestas anteriores, utilizando los conocimientos y experiencia del señor Guillermo Araya, esta Dirección General realizará los esfuerzos que sean necesarios, evidentemente partiendo de las posibilidades existentes, para con los mismos recursos presupuestarios, ir avanzando en el tema SEVRI...”

La Directriz D-3-2005-CO-DFOE de la Contraloría General de la República, expresamente el punto 3.4, señala entre otros aspectos:

“...El presupuesto institucional deberá contemplar los recursos financieros necesarios para la implementación de la estrategia del SEVRI y las provisiones y reservas para la ejecución de las medidas para la administración de riesgos.”.

<sup>1</sup> ACUERDO CIENTO CUARENTA Y DOS-CERO OCHO-DOS MIL ONCE.

Si bien, el factor presupuestario ha sido una limitante para cumplir a satisfacción con el mandato del ente contralor, se insta a la administración a incentivar a sus colaboradores y funcionarios, de manera que con los recursos financieros actuales se acelere el proceso de implementación de dicho sistema de riesgo, actividades de control apropiadas y que se encuentren al alcance de la organización.

Otros elemento valorados, corresponde a la evaluación de desempeño anual de los colaboradores, relacionadas con el cumplimiento de metas específicas, medibles y dirigidas al fortalecimiento del control interno de la institución. Para ello se le consultó a la Directora General Adjunta: *“¿La Evaluación anual de desempeño de los colaboradores, establecen objetivos medibles, dirigidos a la mitigación de riesgos identificados durante los procesos de implementación del SEVRI?”*:

“Mediante Resolución DG-065-2012, publicado en La Gaceta 55 de fecha 16 de marzo del 2012, la Dirección General de Servicio Civil aprobó el Modelo de Evaluación de Desempeño Institucional propuesto por el ICD. Este modelo contempla factores de evaluación relacionados con el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. Sin embargo, como es de su conocimiento, la metodología para la evaluación de desempeño es individual, por funcionario y los planes de mitigación de riesgos serán presentados según el marco orientador, a nivel de unidades funcionales ya que según las “DIRECTRICES GENERALES PARA EL ESTABLECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACION DE RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE en el apartado 2.1. Ámbito de aplicación. “Toda institución pública deberá establecer y mantener en funcionamiento un Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) por áreas, sectores, actividades o tareas, de acuerdo como...”

“Es importante recordar que el ICD está realizando desde el año 2011, los primeros esfuerzos para definir los riesgos en todas sus Unidades, partiendo de los objetivos operativo-sustantivos o proyectos específicos, que dependen o pueden depender de varios responsables.

Tal y como se señaló, el Modelo de Evaluación de Desempeño Institucional contempla factores de evaluación relacionados con el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; sin embargo, la metodología para la evaluación de desempeño es individual.

Por tanto, es IMPOSIBLE para el ICD, disponer de un sistema que tenga a los responsables definidos por cada una de las actividades o tareas que realiza cada funcionario en el ICD; y que desde el punto de vista técnico no es viable, partiendo de la misma definición de riesgo (Riesgo: probabilidad de que ocurran eventos de origen interno o externo, que tendrían consecuencias sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales).

Actualmente, tal y como se ha concebido el SEVRI, las metas definidas para cada unidad, se definen antes de la evaluación del desempeño, pero se reitera que no es el único elemento que contempla la evaluación del desempeño.

Visto de otra manera, si bien es cierto los funcionarios desarrollan actividades que conforman los procesos, que a su vez van dirigidos a obtener el “producto final” que es el objetivo institucional, cuyos parámetros de evaluación fueron definidos a nivel de unidades administrativas, procesos, programas o proyectos; el logro o no de los mismo es evaluado en conjunto y no particularmente por los funcionarios. Lo anterior dado que muchos de nuestros riesgos no sólo son dominio de esta institución, sino que también dependen de instancias externas.

Conforme a las manifestaciones vertidas por la administración, es importante citar lo que al respecto señala la Norma 2.4 de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) emitidas por la Contraloría General de la República:

“El personal debe reunir las competencias y valores requeridos, de conformidad con los manuales de puestos institucionales, para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control respectivas. Con ese propósito, las políticas y actividades de planificación, reclutamiento, selección, motivación, promoción, evaluación del desempeño, capacitación y otras relacionadas con la gestión de recursos humanos, deben dirigirse técnica y profesionalmente con miras a la contratación, la retención y la actualización de personal idóneo en la cantidad que se estime suficiente para el logro de los objetivos institucionales”. (el subrayado no pertenece al original)

Esta Auditoría considera, importante que la administración disminuya los riesgos inherentes de la actividad y procure maximizar los recursos públicos; mediante la evaluación anual de desempeño de los colaboradores, considerando para ello metas específicas, objetivas y medibles,

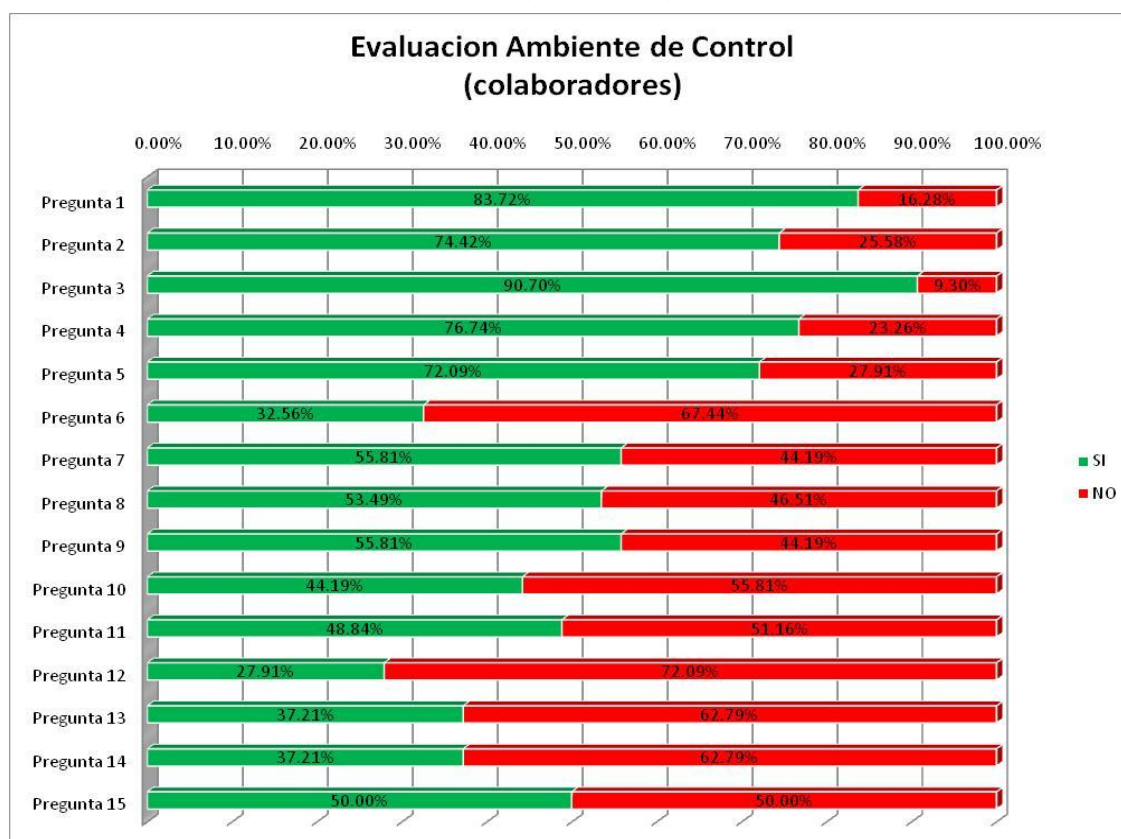
con valores ponderables y métricas apropiadas, de manera que los funcionarios conozcan a principio de cada año sus responsabilidades y metas; cuya medición anual sea respaldada por el cumplimiento de cada una de ellas. En dicha medición se deberían incluir factores relacionados al Control Interno de manera que las actividades propias de cada labor se dirijan bajo un espíritu de control y calidad de la función. Esta medida procura evitar la evaluación subjetiva optimizando así el nivel de exigencia y calidad de las labores de cada funcionario.

## **2.2. Desde la perspectiva de los colaboradores o titulares subordinados.**

Una de las técnicas utilizadas en este estudio, fue el “cuestionario”, en donde se procedió a aplicar a funcionarios de algunas áreas de la institución, con el fin de evaluar el nivel del Ambiente de Control interno percibido por ellos, y el conocimiento de los mismos respecto al Sistema de Control Interno de este Instituto. Es importante mencionar que el cuestionario fue aplicado previ6 a la difusión de una charla promovida por la Dirección General de este Instituto, no obstante, a solicitud del Director General se pretendió realizar de nuevo dicho cuestionario para obtener la opinión del público una vez recibida la charla, pero no fue posible, pues no existió la respuesta por los funcionarios.

El formulario constó de quince preguntas, donde fue remitido electr6nicamente a la direcci6n de correo institucional de cincuenta funcionarios, de los cuales cuarenta y dos dieron sus respuestas.

El resultado obtenido se gráfica seguidamente.



Como se observa de las quince preguntas, al menos diez de ellas reflejan respuestas negativas por los colaboradores consultados en más de un cuarenta por ciento (40%), y se expone:

- a) El 67.44% desconoce el nivel de riesgo de su área de trabajo<sup>2</sup>.
- b) El 44.19% desconoce que es Ambiente de Control<sup>3</sup>.
- c) El 46.51% desconoce que son Actividades de Control<sup>4</sup>.
- d) El 44.19% desconoce que es el SEVRI<sup>5</sup>.
- e) El 55.81% desconoce los objetivos del SEVRI<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Pregunta No. 6. Sabe usted cuál es el nivel de riesgo de su área de trabajo? Indique cuál es?

<sup>3</sup> Pregunta No. 7. Sabe usted qué es Ambiente de Control?

<sup>4</sup> Pregunta no. 8. Sabe usted qué son Actividades de Control?

<sup>5</sup> Pregunta No. 9. Conoce usted qué es el Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales SEVRI?



f) El 51.16% no ha participado en la identificación de riesgos de su área<sup>7</sup>.

g) El 62.79% a la fecha de la revisión no había recibido capacitación respecto al SEVRI<sup>8</sup>.

h) El 62.79% indica que su evaluación anual de desempeño no incluye aspectos medibles relacionados con tareas dirigidas al mejoramiento del Sistema de Control Interno de la Institución.

i) El 50% indica que desconoce sus responsabilidades respecto a la correcta aplicación del Control Interno establecido por la Administración.

Las mismas directrices relativas al Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, en el punto 3.3 señala:

“En cada institución deberá existir una estructura organizacional que apoye la operación del SEVRI, así como promoverse una cultura favorable al efecto. Para lo anterior, se deberá promover al menos:

a) Concientizar a los funcionarios del ICD, de la importancia sobre valoración del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

b) Uniformidad en el concepto de riesgo en los funcionarios de la institución.

c) Actitud proactiva que permita establecer y tomar acciones anticipando las consecuencias que eventualmente puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.

d) Responsabilidades definidas claramente en relación con el SEVRI para los funcionarios de los diferentes niveles de la estructura organizacional.

e) Mecanismos de coordinación y comunicación entre los funcionarios y las unidades internas para la debida operación del SEVRI.”.

---

<sup>6</sup> Pregunta No. 10. Conoce usted los objetivos del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales SEVRI?

<sup>7</sup> Pregunta No. 11. Participó usted en la identificación de Riesgos en su área de trabajo?

<sup>8</sup> Pregunta No. 13 Ha recibido capacitación por parte de la Institución respecto al Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales SEVRI?

La administración ha estado realizando esfuerzos en la implementación de capacitaciones respecto acciones de Control Interno y la implementación del SEVRI en la institución, por lo que se insta a continuar con dicho proceso en todas las áreas de la institución, con el fin de mitigar los riesgos actuales ante el desconocimiento demostrado por los colaboradores en la presente evaluación.

### **2.3. Descripción de riesgos en áreas evaluadas.**

Para la obtención de los resultados sobre este tema, se utilizó el cuestionario y algunos casos la observación, con el propósito de evaluar los riesgos inherentes y que no cuentan con un plan de mitigación, cuyas áreas son:

#### **2.3.1 Tesorería y Caja Chica.**

✓ La funcionaria que custodia la caja chica se encuentra ubicada en un área compartida con las áreas de contabilidad y presupuesto; por lo que la seguridad de resguardo de la misma no es la más apropiada.

✓ En horas laborales la caja donde se custodia los dineros, se mantiene en el escritorio de la funcionara responsable de su custodia.

✓ En horas no laborales, la caja chica se custodia en un mueble metálico de doble puerta, la primera puerta posee llavín y la segunda posee cerradura de combinación, a pesar de ello, esta combinación no se está utilizando por parte de los personeros del área.

✓ En el reglamento de caja chica no se establece el responsable de caja chica en caso de ausencia del custodio correspondiente.

✓ El área de Tesorería no se encuentra en un espacio físico independiente, con acceso restringido únicamente a los miembros de la misma. Situación que pone en riesgo la integridad de los documentos con valor comercial que se mantienen sobre el escritorio del funcionario que ocupa el puesto de Tesorero.

✓ Existe una cámara de seguridad que cubre el espacio perimetral de la Unidad Administrativa Financiera; no obstante, la misma no cubre el espacio donde se ubica la caja fuerte.

✓ Las cuentas corrientes no se concilian periódicamente por un ente de control independiente a la Tesorería o Contabilidad.

✓ La bóveda en la que se custodian los formularios de cheques por entregar y cheques en blanco, no posee sistemas de vigilancia adicionales como cámaras o sensores.

✓ Los formularios de cheques en blanco no son sujetos de arquezos periódicos, por lo cual no se puede asegurar su integridad.

✓ Los archivos de tesorería no cuentan con un área separada para su almacenamiento y se encuentran en el mismo lugar del archivo de las áreas de contabilidad y presupuesto.

✓ No se tiene un procedimiento en donde se defina los pasos para la destrucción de cheques en desuso, obsoletos o dañados.

De esta situación, es importante señalar que son varios indicadores de riesgo existentes en un área sensible como es tesorería, si bien, esta Unidad fiscalizadora conoce que el espacio estructural es limitado, es necesario que se establezcan mecanismos que brinden seguridad a los procesos ejecutados por dichos funcionarios, asegurando la custodia de los documentos y recursos de la hacienda pública, pues a pesar de que existe una cámara de seguridad, se puede suscitar una eventual pérdida de la información o de recursos que pueden acarrear consecuencias negativas tanto para los funcionarios como la institución.

Las Normas de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) emitidas por la Contraloría General de la República, 4.3 establece que los el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución...”

### 2.3.2 Contabilidad.

✓ El espacio donde se ubica la Contadora Contabilidad no es apropiado, aspecto que incide en la falta de confidencialidad y concentración de su trabajo, además la exposición a las áreas de presupuesto, tesorería y recursos humanos es evidente y manifiesta.

✓ Los archivos contables no cuentan con un área separada para su almacenamiento y se encuentran en el mismo lugar del archivo de las áreas de presupuesto y tesorería.

✓ No se cuenta con un sistema informático integrado que permita recopilar la información de todas las transacciones financieras de la entidad en forma automática, garantizando con ello la integridad y oportunidad de los datos.

✓ Los sistemas contables aún no cumplen con las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público NICSP.

Se hace necesario la implementación y desarrollo de un sistema informático integrado que permita recopilar la información de las transacciones financieras de la entidad en forma automática y que contemplé la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público NICSP, permitiendo con ello agilizar el procesamiento de datos y la seguridad de la información en forma confiable, eficiente y eficaz, para mitigar los riesgos en los registros contables.

Al respecto, las Normas de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) emitidas por la Contraloría General de la República, punto 4.4.1, señala: que el jerarca y los titulares subordinados, deben garantizar razonable confidencialidad.

Por otra parte, la norma 4.4.3 puntualiza las medidas a tomar en cuenta en los registros contables y presupuestarios, de manera que se un conocimiento razonable y confiable de las disponibilidades de recursos, las obligaciones adquiridas por la institución, y las transacciones y eventos realizados.

### 2.3.3 Presupuesto.

✓ Los presupuestos no se encuentran distribuidos por centros de costo, lo que no permite un control apropiado en cada área de la organización.

✓ No se cuenta con un sistema informático integrado para el control de los presupuestos en cuanto a formulación y ejecución.

✓ Al no contar con un sistema informático integrado, la liquidación de presupuestos se realiza en forma manual mediante hojas de Excel, permitiendo eventualmente la posible manipulación de las cifras correspondientes.

Sobre este tema, las Normas de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) emitidas por la Contraloría General de la República establece lo siguiente:

**“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.

**5.8 Control de sistemas de información** El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter.”

#### 2.3.4 Recursos Humanos.

✓ Se observa una mejora sustancial en el manejo y custodia de los expedientes y documentos que lleva el área.

✓ Falta de espacio para el almacenamiento de documentación relevante como los expedientes de los colaboradores, y documentos confidenciales del área, como procedimientos administrativos y sancionatorios.

✓ No se realiza un seguimiento a la “Vida y Costumbres” de los colaboradores que laboran en el ICD.

✓ No se realizan análisis patrimoniales a los colaboradores que poseen acceso a recursos públicos o poseen niveles de poder para la movilización o autorización de fondos.

#### 2.3.5 Archivo.

✓ El área de archivo no cuenta con cámaras de seguridad para la vigilancia de la información custodiada.

✓ Los archivos no cuentan con medidas anti-fuego apropiadas que garanticen la integridad de los documentos custodiados.

✓ El área de archivo no cuenta con un sistema informático para el control y seguimiento de la información custodiada en esta área.

✓ El archivo central está dividido en dos áreas separadas, donde la puerta solo cuenta con un llavín, lo que puede ocasionar pérdida de la información.

✓ No existe un control de acceso al área de archivo, las personas que requieren documentación deben ingresar al área donde se custodia la documentación.

En este sentido, las Normas de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) emitidas por la Contraloría General de la República señalan la importancia de políticas y procedimientos para el acceso, confidencialidad, autenticidad, migración, respaldo periódico y conservación de los documentos, así como la seguridad en donde se asegura el resguardo la información.

Como se puede observar en las áreas evaluadas no poseen sistemas integrados que permitan la disponibilidad, oportunidad y confidencialidad de la información institucional, tal y como lo indica el inciso 5.3 y los incisos 5.6 y subsiguientes, de las Normas de Control Interno del Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), relativo a armonización de los sistemas de información con los objetivos, confiabilidad, oportunidad y utilidad de la información, aspectos que son pilares en la administración de recursos públicos.

### 2.3.6 Puerta Principal y Recepción.

Esta área representa actualmente una de las mayores preocupaciones por cuanto es el principal acceso al edificio de la institución, los riesgos identificados son:

- ✓ El ingreso al edificio principal no cuenta con mecanismos de detección de metales, ni existen protocolos en la revisión de bolsos y paquetes que ingresan las personas a la institución.
- ✓ El área de recepción no cuenta con equipo especializado para la revisión de paquetes dejados por terceros en esa área.
- ✓ El oficial de seguridad no porta el chaleco antibalas durante su jornada laboral.
- ✓ Durante el tiempo de almuerzo utilizada por el oficial de seguridad, la puerta principal no cuenta con vigilancia, por cuanto a pesar de mantenerse dos oficiales en este Instituto, ambos funcionarios almuerzan en el mismo horario.
- ✓ No existen protocolos para la identificación de los funcionarios que ingresen a la institución.
- ✓ Por los roles de turno de los oficiales de seguridad, se observa, que en algunas ocasiones permanece un oficial de ingreso nuevo, lo que conlleva a la no identificación de funcionarios que se encuentran en vacaciones, incapacitados, con goce de licencia o ex-empleados. En otras

palabras, no existe un medio en donde los guardas de seguridad identifiquen la situación laboral del funcionario del ICD.

✓ El área donde se ubica la recepción, no cuenta con dispositivo de alarma silenciosa en caso de asalto o amenaza.

La seguridad es parte fundamental de los Sistemas de Control Interno, por cuanto vela por el resguardo de los bienes y personas que componen las instituciones, a esto se refiere la sección 4.3.3 de las Normas de Control Interno para el Sector Público:

**4.3.3 Regulaciones y dispositivos de seguridad:** El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer y vigilar la aplicación de las regulaciones y los dispositivos de seguridad que se estimen pertinentes según la naturaleza de los activos y la relevancia de los riesgos asociados, para garantizar su rendimiento óptimo y su protección contra pérdida, deterioro o uso irregular, así como para prevenir cualquier daño a la integridad física de los funcionarios que deban utilizarlos.”.

### 2.3.7 Unidad de Informática.

✓ En esta área se identificaron algunas oportunidades de mejora, cuya implementación mitigan el riesgo de pérdida de información y de la continuidad del servicio tales como:

✓ Falta la aprobación del Reglamento de Técnicas de Información, y según indicación del Jefe de Informática está elaborado pero se encuentra pendiente de revisión y visto bueno por la Asesoría Legal de este Instituto. No se precisó el plazo en que se elaboró dicho Reglamento.

✓ No se tiene control para el ingreso de personas ajenas al área de Informática.

✓ El área de Informática no cuenta con rotulación en la cual se señale como área restringida.

✓ Ausencia de un centro de procesamiento alternativo de datos y servidores espejo que garanticen la continuidad del servicio de TI.

Sobre este tema, las Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información (N-2-2007-CO-DFOE), de la Contraloría General de la República indican:

“La actividad de la Auditoría Interna respecto de la gestión de las TI debe orientarse a coadyuvar, de conformidad con sus competencias, a que el control interno en TI de la organización proporcione una garantía razonable del cumplimiento de los objetivos en esa materia”.

Esta misma norma establece los lineamientos respecto a la seguridad de la información y la continuidad de los servicios de TI en las organizaciones indicando:

“1.4.1 Seguridad física y ambiental La organización debe proteger los recursos de TI estableciendo un ambiente físico seguro y controlado, con medidas de protección suficientemente fundamentadas en políticas vigentes y análisis de riesgos..”

Como parte de esa protección debe considerar:

- a. Los controles de acceso a las instalaciones: seguridad perimetral, mecanismos de control de acceso a recintos o áreas de trabajo, protección de oficinas, separación adecuada de áreas.
- f. La continuidad, seguridad y control del suministro de energía eléctrica, del cableado de datos y de las comunicaciones inalámbricas.
- g. El acceso de terceros.”

Así también, el numeral 1.4.7 relativo a la Continuidad de los servicios de TI, establece que la organización debe mantener una continuidad razonable de sus procesos y su interrupción no debe afectar significativamente a sus usuarios.

Afirmación respaldada en el numeral 5.9 de las Normas de Control Interno, las cuales indican que deben instaurarse los mecanismos y procedimientos manuales que permitan garantizar razonablemente la operación continua y correcta de los sistemas de información.

### **2.3.8 Descripción de riesgos en las bodegas o predios que custodian bienes decomisados.**

Se realizó inspección en las bodegas administradas por el ICD para el almacenamiento de bienes decomisados y comisados, que se describen seguidamente:



a) Predio -San Joaquín de Flores-: No se encontraron deficiencias de control interno relevantes, no así, se identificaron oportunidades de mejora tales como:

✓ Los oficiales de seguridad no cuentan con chalecos antibalas para realizar sus recorridos.

✓ No se llevan un control estricto de las herramientas menores tales como llaves, alicates, cubos, entre otros, que han sido decomisados.

✓ El portón de acceso se encuentra en mal estado, por lo que los oficiales se ven en la obligación de movilizarlo manualmente.

b) Predio -San Miguel de Santo Domingo de Heredia-: Se observan debilidades de control que requiere atención inmediata por parte de la administración, y así subsanar la posible materialización de los riesgos identificados, que son:

✓ No existen cámaras de vigilancia a la entrada ni el área perimetral del sitio.

✓ El portón principal cuenta con tal solo una cadena con candado, lo cual no es suficiente para lo cuantioso de los bienes allí almacenados.

✓ Existe visibilidad total desde el exterior del predio, lo que permite a personas ajenas o a terceros conocer el movimiento interno, facilitando una posible acción de vandalismo hacia los bienes almacenados en dicho lugar. La siguiente fotografía ejemplifica lo comentado.



✓ Las lámparas ubicadas se encuentran dañadas. Para subsanar la situación los guardas colocaron iluminación temporal, no obstante la misma no tiene medidas de seguridad.



✓ Se evidencia el almacenamiento de lámparas en buen estado dentro de un contenedor, y según indicaciones del Guarda son para ser instaladas, no obstante, a la fecha de la visita por esta Auditoría, la fotografía siguiente ilustra lo señalado.



✓ El oficial de seguridad no cuenta con chaleco antibalas para realizar sus rondas.

✓ Se identificaron tres tubos de la cerca perimetral en mal estado, pues los mismos están “amarrados” con alambres, aspecto que se traduce a la falta de seguridad necesaria para la custodia de los bienes administrados por este Instituto.



✓ La verja que rodea el perímetro no reúne condiciones de altura apropiadas, lo que permite el fácil acceso al área de bodegas.

✓ Se identificó material ilustrativo de revistas, guías y folletos, denominados: “Drogas, preguntas más frecuentes”, Guía y Movilización comunitaria”, Guía de Salud Comunitaria para la Prevención de Drogas de tercer grado”, entre otros, que corresponde a la Unidad de Prevención de este ICD, impreso en el año 2008 y 2009 para la distribución a centros educativos. El mismo no cuenta con medidas de seguridad contra fuego, inundación y/o vandalismo; y además se encuentra apilado sobre el suelo sin protección alguna.

Al respecto, se le consultó al guarda de turno, e indica para el retiro de material se procede a efectuar con autorización previa por parte de funcionarias de dicha Unidad, no así, ellos ignoran la cantidad de revistas existentes y el número retiradas por dichas funcionarias.

Ante la duda, se consultó vía correo electrónico el nueve de mayo del año en curso, a la Jefatura de dicha unidad, relativo a los procedimientos y controles establecidos sobre dicho material, cuya respuesta fue:

“La cantidad de libros almacenados en las bodegas corresponden al número de impresiones del año 2008 y 2009 menos lo debidamente entregado, para lo cual tenemos en la Unidad una hoja de control de material entregado la cual pongo a su disposición si desea verificarlo. En cuanto al material retirado... no está dentro de mis responsabilidades hacérselo saber al jefe de seguridad de la bodega pues la única responsabilidad es contar con la autorización debida de entrada lo cual habrás notado que siempre hacemos.”

La responsabilidad del control de cantidad de cajas y material recae exclusivamente en los funcionarios y la jefatura de esta Unidad de Proyectos./Valga la oportunidad para hacer del conocimiento de ustedes que el lunes a más tardar se estará retirando todo el material de esa bodega y se trasladara a la oficina principal de la Unidad aunque eso represente un problema de espacio, pero es que lamentablemente el único espacio ofrecido por la administración para el almacenaje de material fueron esas bodegas.”

En este sentido, con el fin de proteger los recursos institucionales se insta a la administración activa coordinar las acciones y medidas necesarias a mediano plazo con el fin de mejorar las condiciones de control de la situación expuesta.





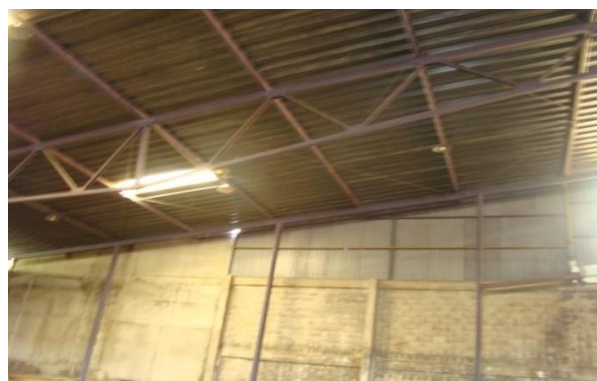
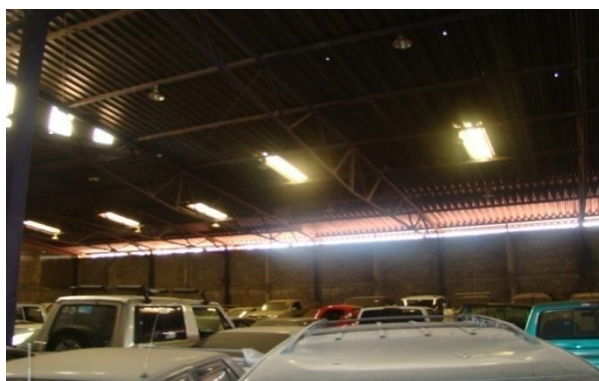
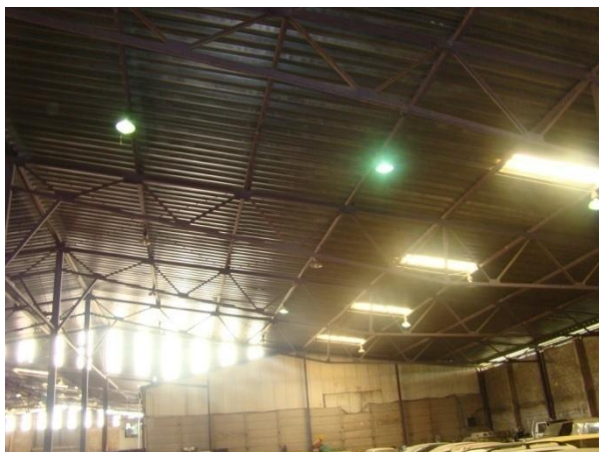
Bodega –Uruca-: Existe un avance significativo en comparación con observaciones formuladas en años anteriores por esta Auditoría, relativo a seguridad se refiere, aspecto importante reconocer el esfuerzo de la administración en mejorar el sistema de control interno de la custodia de los bienes ahí almacenados, no obstante, se insta para que continúen fortaleciendo dicha área.

Oportunidades de mejora se detallan a continuación:

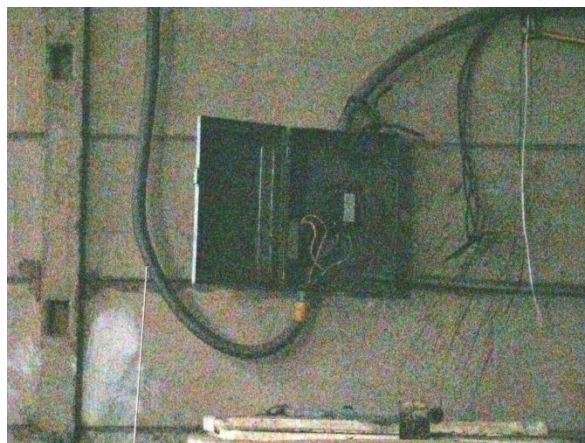
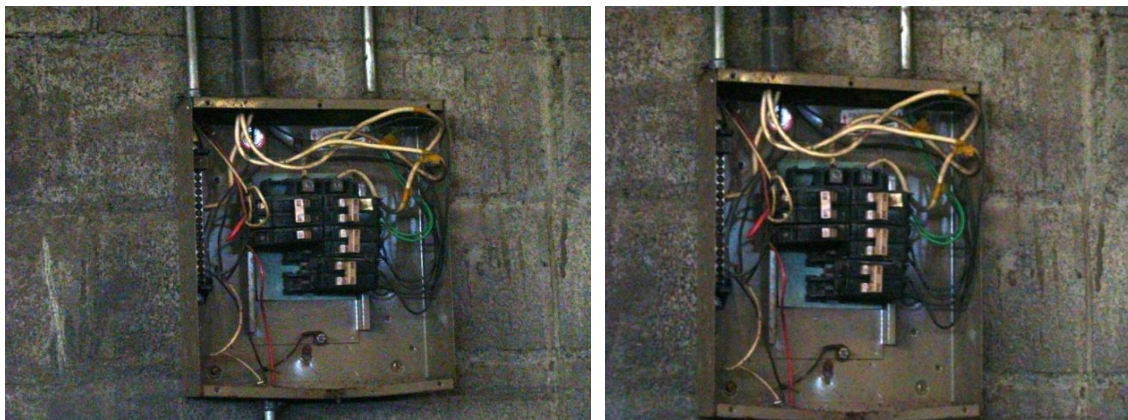
✓ Se identificaron filtraciones de agua en el sector sur de la bodega que podría eventualmente poner en riesgo la integridad de los activos en custodia.



✓ En su mayoría las lámparas ubicadas en la bodega se encuentran dañadas por lo cual la iluminación durante la noche no es la deseada, limitando la visibilidad de los oficiales de seguridad. Para comprobar lo comentado, se efectuaron las respectivas pruebas de apagado y encendido, recibiendo la colaboración del funcionario encargado de la Bodega.



✓ Se identificaron daños relevantes en las cajas de “breaker” de la bodega, situación que es recomendable mejorarlo con el fin de minimizar el riesgo por un eventual incendio.



✓ Se identificó vehículos y material muy deteriorado; lo cual se considera por esta unidad fiscalizadora, valorar y analizar su naturaleza jurídica y optar por opciones de costo-beneficio.

Como se mencionó anteriormente las Normas de Control Interno establecen la necesidad de asegurar los activos de la institución y garantizar la protección contra pérdida, deterioro o uso irregular, así como para prevenir cualquier daño a la integridad física de los funcionarios que deban utilizarlos.

### 3 CONCLUSIONES.

Es de conocimiento de la Auditoría Interna que la Administración ha iniciado el proceso de implementación del Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales SEVRI, no así, aún existen etapas que no han sido concluidas en dicho proceso por cuanto la Directriz DFOE-68 de la Contraloría General de la República, estableció como fecha de implementación julio 2007.

A pesar de las directrices, circulares y reglamentos emitidos por la Institución tendientes a mitigar los riesgos inherentes del Instituto, aún se identifican deficiencias de control interno en áreas vulnerables tales como seguridad, integridad de la información y documentación y resguardo de bienes decomisados en bodegas destinadas a almacenar dichos bienes.

A la fecha de las pruebas realizadas, se evidencia que no se ha difundido y concientizado de manera amplia los temas relacionados con el Control Interno y el Sistema Específico de Administración de Riesgos Institucionales, situación que expone al Instituto a la posible materialización de incidentes negativos que van en detrimento del patrimonio estatal.

La Contraloría General de la República emitió en el año 2009, las Normas de Control Interno para el sector Público N-2-2009-CO-DFOE, las cuales establecen los lineamientos que deben cumplir las instituciones públicas para el adecuado establecimiento de los Sistemas de Control Interno, tal y como se evidencia en el presente informe, y basados en la muestra revisada y la información obtenida, la cual consta en los archivos de la Auditoría Interna, el Instituto Costarricense sobre Drogas, incumple en diversos aspectos identificados en el presente informe, con dichas normas, así como con la Directriz DFOE-68, y la Ley General de Control Interno N° 8292.

### 4 RECOMENDACIONES.

#### A la Dirección General.

4.1 Que la Dirección General en coordinación con las Jefaturas de las áreas evaluadas, con el propósito de adoptar las medidas correctivas que minimice con éxito los riesgos identificados. Para ello, es pertinente considerar lo indicado en las Normas relativas a “valoración de riesgo” y ambiente de control”. Véase los puntos 2.3.1 al 2.3.8 del capítulo 2.3 de este informe.



4.2 Que la Dirección General en coordinación con Recursos Humanos y las jefaturas de este ICD, se valore incluir en la evaluación anual de desempeño, metas específicas, objetivas y medibles con valores ponderables y métricas apropiadas, de manera que los colaboradores conozcan a principio de cada año sus responsabilidades y metas cuya medición anual sea respaldada por el cumplimiento de cada una de ellas, incluyendo actividades tendientes a fortalecer el Control Interno institucional.

4.3 Girar instrucciones al Área de Recursos Humanos con el fin de que se difunda por lo menos una vez al año a todos los funcionarios del ICD, sobre el tema del SEVRI y componentes del sistema de control, lo que coadyuvará a identificar riesgos y a tomar acciones correctivas a los mismos.

4.4 Que a mediano plazo la Dirección General en coordinación con la Proveduría de este Instituto, valoren la posibilidad de acondicionar un espacio apropiado que reúna las condiciones contra humedad, fuego y vandalismo para almacenar adecuadamente las revistas, folletos y guías propiedad de la Unidad de Prevención, disminuyendo el riesgo de daños y pérdidas que se traduzcan en pérdidas monetarias para la institución.

4.5 Que a mediano plazo la Dirección General en coordinación con la Proveduría de este ICD, valore la posibilidad de acondicionar la puerta de la oficina, con el fin de facilitar la recepción y entrega de documentos por parte de la funcionaria de Archivo.

4.6 Se recomienda a la Dirección General que en conjunto con la Unidad de Administración de Bienes Decomisados valorar y analizar la condición jurídica de los bienes altamente deteriorados, con el fin de determinar las acciones que correspondan.