

**INFORME DE CONTROL INTERNO RELACIONADO CON LA GESTIÓN
OPERATIVA-Y FINANCIERA DE LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA, PARA EL
PERIODO 2021**

INAMU-JD-AI-In-013-2022

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-021-2023)

Realizado por	Revisado por
Klansy Flores Salguero Profesional Especialista Encargada del estudio Auditoría Interna	Randall Umaña Villalobos Auditor Interno Auditoría Interna

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INFORME DE CONTROL INTERNO RELACIONADO CON LA GESTIÓN OPERATIVA-FINANCIERA DE LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA, PARA EL PERIODO 2021.

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2022, el objetivo consistió en validar las acciones de control interno implementadas en la gestión operativa-financiera de la Unidad Regional Brunca, para el periodo 2021.

Febrero, 2023.

Índice de contenido

TABLA DE NOMENCLATURAS	4
1 RESUMEN EJECUTIVO	5
2 INTRODUCCIÓN	8
2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO.....	8
2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO	9
2.3 ALCANCE DE ESTUDIO.....	10
2.4 METODOLOGÍA APLICADA	10
2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA... 11	
2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	12
2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA.....	14
2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO	15
2.9 GENERALIDADES DEL ESTUDIO	15
2.9.1. Planificación estratégica institucional	17
2.9.2. Plan Operativo Institucional 2021.....	18
2.9.3. Creación de las Unidades Regionales en el INAMU.	21
2.9.4. Unidad Regional Brunca.....	23
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	26
3.1 FACTORES DE RIESGO DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE URBR.	27
3.2 ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS ASIGNADOS A LA URBR.	33
3.3 PÓLIZAS DE CAUCIÓN EN RELACIÓN CON LOS FONDOS ASIGNADOS	45
3.4 HALLAZGO 01: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PERSONAS USUARIAS QUE ACCEDEN A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL INAMU.	48
3.5 HALLAZGO 02: ADMINISTRACIÓN DE EXPEDIENTES ADMINISTRATIVOS DE ATENCIÓN A PERSONAS USUARIAS EN LA URBR.	51
3.6 HALLAZGO 03: UBICACIÓN FÍSICA Y CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DEL CUARTO DE TELECOMUNICACIONES EN LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA.	61
3.7 HALLAZGO 04: ANÁLISIS Y ALCANCE DE LA RESOLUCIÓN PE-021-2016 LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN VcM Y VIF.	68
3.8 HALLAZGO 05: PROGRAMACIÓN DE VACACIONES ORDINARIAS Y PROFILÁCTICAS EN LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA.	74
4. CONCLUSIONES.....	80
5. RECOMENDACIONES	85

Índice de Imágenes

Referencia	Descripción
Imagen No.1	Programas Presupuestarios Institucionales
Imagen No.2	Cartera de Servicios Institucionales del INAMU
Imagen No.3	Estructura Jerárquica de la URBR
Imagen No.4	Análisis FODA-Unidad Regional Brunca
Imagen No.5	Ejemplo de Estrategias de Trabajo implementadas en URBR

Índice de Tablas

Referencia	Descripción
Tabla No.1	Matriz de análisis entre objetivos e indicadores (PNDIP-PEI-POI)
Tabla No.2	Ejemplo: Análisis de riesgos potenciales identificados en la gestión de la URBR
Tabla No.3	Factores de riesgos adicionales identificados en la URBR
Tabla No.4	Fondo de Caja Chica- Arqueos aplicados por la URBR periodo 2021
Tabla No.5	Fondo de Personas usuarias- Arqueos aplicados por la URBR periodo 2021
Tabla No.6	Resultados del Arqueo aplicado por la Auditoría Interna- Fondo de caja chica URBR
Tabla No.7	Resultados Fondos asignados a la URBR- Periodo 2021
Tabla No.8	Resultados del Arqueo aplicado por la Auditoría Interna- Fondo de personas usuarias URBR
Tabla No.9	Análisis de los reintegros del Fondo de Caja Chica- periodo 2021
Tabla No.10	Análisis de los adelantos del Fondo de Personas Usuarias- periodo 2021
Tabla No.11	Análisis de las liquidaciones del Fondo de Personas Usuarias- periodo 2021
Tabla No.12	Pólizas de Caución URBR- periodo 2021-2022
Tabla No.13	Requerimientos mínimos a nivel técnico para acondicionar Cuarto de Comunicaciones en UR
Tabla No.14	Control vacaciones psicoprofilácticas URBR

Índice de Nomenclaturas

Nomenclatura	Significado
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
NGASP	Normas Generales de Auditoría para el Sector Público.
PIEG	Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.
PLANОВI	Política Nacional para la Atención y Prevención de Violencia contra las Mujeres.
SEVRI	Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.
STAP	Secretaría Técnica de la Administración Presupuestaria.
EIDIEG	Equipo interinstitucional para el Desarrollo con igualdad y equidad entre los Géneros.
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.
RB	Unidad Regional Brunca.
POI	Plan Objetivo Institucional.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
MEIC	Ministerio de Economía, Industria y Comercio.
UTN	Universidad Técnica Nacional.
INDER	Instituto de Desarrollo Rural.
UCR	Universidad de Costa Rica.
IMAS	Instituto de Mixto de Ayuda Social.
MEP	Ministerio de Educación Pública.
PANI	Patronato Nacional de la Infancia.
HIAS	Hebrew Immigrant Aid Society.
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería.
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje.
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.
DINADECO	Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad.
SINIRUBE	Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado.

1 RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El presente estudio se enfocó en validar las acciones de control interno que han implementado las Unidades Regionales en específico la Unidad Regional Brunca, específicamente en lo relacionado con la gestión operativa-financiera del periodo 2021. Para dicha validación la Auditoría Interna aplico diversos análisis, revisiones y pruebas enfocadas en la identificación de los principales riesgos a los que puede estar expuesta la URBR.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Dado que, en primera instancia, las Unidades Regionales fueron conceptualizadas como oficinas promotoras del Programa de Fortalecimiento de las oficinas municipales de la Mujer, a nivel de los gobiernos locales y que posteriormente ya fueron dotadas de mayores recursos bajo la visión de descentralizar los servicios institucionales, tratando de hacerlos más accesibles a la población usuaria, promoviendo una atención directa de las necesidades de las mujeres y los requerimientos de las otras instituciones presentes en el nivel local, resulta relevante, dentro de la estrategia institucional y de acuerdo con el universo auditable, el validar si las acciones ejecutadas como parte de los planes y programas de trabajo de dichas sedes, están cumpliendo con los objetivos propuestos.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Las pruebas aplicadas por parte de la Auditoría Interna a las actividades operativas-financieras de la Unidad Regional Brunca, permitieron determinar oportunidades de mejora relacionadas con la necesidad a nivel institucional de oficializar, divulgar e implementar protocolos de atención que deben ser utilizados en la institución,

independientemente si dicha atención se brinda en la Delegación de la Mujer (DL), Centro de información y orientación de la mujer (CIO), Centros de atención a mujeres víctimas de violencia sus hijos e hijas (CEAAM) o Unidades Regionales (UR), también se identificó la necesidad de que las dependencias que integran la Dirección Estratégica, apliquen lo normado en la Circular No.003-2019 emitida en fecha 19 de marzo del 2019 por el Archivo Central Institucional en relación con los Lineamientos para la gestión de expedientes administrativos en el INAMU, dado que se identificaron varias inconsistencias y una limitada implementación de mecanismos de control interno, que están afectando la conformación propia de los expedientes administrativos y la trazabilidad de la información que cada uno debe resguardar.

Adicionalmente se ha identificado la necesidad de analizar la viabilidad técnica de acuerdo al marco jurídico vinculante para que se realice una modificación parcial y/o o total, al alcance de la resolución PE-021-2016 emitida en fecha 23 de febrero del 2016 bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF, con el propósito de que los lineamientos expuestos en dicha resolución sean del todo claros y concisos con relación a los roles y responsabilidades que cada uno de los procesos y las partes involucradas debe asumir en la ejecución de las actividades que se desarrollan en las Unidades Regionales en materia de atención de violencia.

En materia de planificación y organización, se han identificado oportunidades de mejora con respecto a la programación y disfrute de las vacaciones psicoprofilácticas de las personas funcionarias, sin que se vea afectada la calidad en el servicio a la persona usuaria, así como los tiempos de atención y el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Trabajo Anual y Plan Operativo Institucional correspondiente a cada unidad regional.

¿QUÉ SIGUE?

La Auditoría Interna emite (5) recomendaciones con el propósito de aportar en el proceso de mejora continua del control interno institucional, las cuales, una vez que sean aceptadas por la Administración Activa, deberán ser cumplidas dentro del plazo meta establecido, para lo cual es de suma importancia que se observe lo establecido en el punto N.º 2.6, de este informe sobre la implantación de las recomendaciones de la auditoría interna en apego a lo señalado en la Ley General de Control Interno, Ley 8292.

Las recomendaciones citadas versan sobre temas relacionados con los protocolos de atención que deben ser utilizados en cada sede del INAMU que brinda atención a las personas usuarias, conformación de expedientes administrativos (lineamientos, responsabilidades y potenciales riesgos de exposición), delimitación, asignación de responsabilidades, supervisión y organización en las Unidades Regionales entre otros temas, siendo importante señalar que todas las recomendaciones tienen como objetivo el trabajar en pro de la estandarización de procesos y en mejoras en la calidad del servicio institucional que se brinda.

2 INTRODUCCIÓN

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2022, el objetivo consistió en validar las acciones de control interno aplicadas en la gestión operativa-financiera de la Unidad Regional Brunca, en el transcurso del periodo 2021.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 20 de la Ley 7801 de Creación del Instituto Nacional de la Mujer¹, el artículo 21 y el 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno², Ley 6227, Ley General de la Administración Pública³, Ley 8131, Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos⁴, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁵ y el Reglamento Autónomo de Servicios del INAMU⁶, Convención Colectiva INAMU-ANEP⁷, Reglamento para el funcionamiento del fondo de caja chica del INAMU⁸, Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU⁹, Reglamento sobre la rendición de garantías o cauciones a favor del INAMU¹⁰, así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del periodo 2022 de la Auditoría Interna¹¹.

¹ Ley del 29 de abril de 1998 Publicada en La Gaceta No. 94 del 18 de mayo de 1998.

² Ley del 30 de julio de 2002 Publicada en La Gaceta No. 169 del 04 de setiembre de 2002.

³ Ley del 30 de julio de 2002 Publicada en La Gaceta No. 169 del 04 de setiembre de 2002.

⁴ Ley del 18 de setiembre de 2001, publicada en La Gaceta N.º 198 de 16 de octubre de 2001

⁵ Norma del 26 de enero de 2009, publicada en La Gaceta No. 26 del 6 de febrero de 2009.

⁶ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°234, de fecha 06 de diciembre de 2000, Reforma del 04 de abril de 2016 Publicada en La Gaceta No. 126 del 04 de abril de 2016.

⁷ Convención Colectiva firmada el 14 de marzo del 2008 y vigente a la fecha.

⁸ Reglamento del 08 de agosto del 2013 Publicada en La Gaceta No. 151.

⁹ Reglamento del 08 de agosto del 2013 Publicada en La Gaceta No. 151.

¹⁰ Reglamento del 07 de marzo del 2012 Publicada en La Gaceta No. 48.

¹¹ Aprobado en el Acta 30-2021, del 18 de noviembre del 2021.

2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

Validar las acciones de control interno aplicadas en la gestión operativa-financiera de la Unidad Regional Brunca, para el periodo 2021. Para la consecución del objetivo general del estudio fueron necesarios los siguientes procedimientos de auditoría:

- Determinar mediante un análisis los principales riesgos a los que se ve expuesta la gestión operativa de la Unidad Regional Brunca.
- Realizar los arqueos a los fondos de caja chica y personas usuarias, con el objetivo de verificar la composición y aplicación de lo que indica la normativa interna relacionada a los fondos de caja.
- Verificar si la Dirección Administrativa Financiera o el Departamento Financiero Contable realizaron arqueos periódicos a los fondos de caja auxiliar asignados a la Unidad Regional Brunca, durante el periodo 2021.
- Verificar si la Unidad Regional Brunca, cumple con lo establecido en el Reglamento sobre la rendición de garantías o cauciones a favor del INAMU.
- Analizar los procesos sustantivos de la Unidad Regional Brunca, en lo concerniente a las actividades relacionadas con los protocolos de atención a personas usuarias y las medidas de control implementadas a nivel de la gestión documental relacionada con la administración de expedientes administrativos de personas usuarias.

2.3 ALCANCE DE ESTUDIO

El estudio es de carácter operativo/financiero y comprendió la evaluación de la gestión realizada por la Administración Activa con el objetivo de validar las acciones de control interno aplicadas en la gestión operativa de la Unidad Regional Brunca, para el periodo 2021, con base en la normativa relacionada.

2.4 METODOLOGÍA APLICADA

La auditoría se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), el Manual de Normas generales de auditoría para el Sector Público, el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Instituto Nacional de las Mujeres¹², el Reglamento Autónomo de Servicios del INAMU, Reglamento para el funcionamiento del fondo de caja chica del INAMU, Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU y Reglamento sobre la rendición de garantías o cauciones a favor del INAMU.

De conformidad con los criterios expuestos, la Auditoría Interna realizó una verificación de la normativa relacionada con los procesos relacionados a la gestión operativa-financiera de la Unidad Regional Brunca. Además, se analizaron los principales riesgos a los que se ve expuesto el proceso, así como la información generada en el proceso de capacitaciones, atención directa a personas usuarias y las relaciones implementadas con organizaciones de la economía solidaria y aspectos de

¹² Reglamento del 15 de febrero de 2011 Publicada en La Gaceta No. 32 del 15 de febrero de 2011.

la empresarialidad y empleabilidad de las mujeres en campo de acción de la Unidad Regional durante el periodo 2021.

Aunado a lo anterior se aplicaron entrevistas y reuniones virtuales mediante la plataforma Teams con los titulares subordinados responsables de los procesos vinculados, a quienes se les aplicaron consultas específicas, vía oficio y correo electrónico, de igual forma se trabajó en la verificación de datos mediante la aplicación de varios instrumentos, tales como: análisis FODA, matrices de cumplimiento, cuadros comparativos, cuestionarios, entre otros.

2.5 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.

En cumplimiento de la norma 2.10 “Comunicación de los resultados” de las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” y, de conformidad con la norma 205 del “Manual de normas generales de auditoría para el Sector Público”, que establecen que “Las instancias correspondientes deben ser informadas, verbalmente y por escrito, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones producto de la auditoría que se lleve a cabo...” y que “El auditor debe efectuar una conferencia final con la Administración de la entidad u órgano auditado, antes de emitir la respectiva comunicación por escrito”, el día 2 del mes de febrero de 2023, se realizó dicha conferencia final mediante sesión virtual por medio de la plataforma teams, en la cual se consideraron las observaciones expuestas por parte de los presentes.

En la sesión convocada se contó con la participación de:

- ✓ Sra. Alexandra Gómez, asesora del Despacho de Presidencia.
- ✓ Sra. Ana Lorena Flores, directora a.i., Dirección Estratégica
- ✓ Sra. Zaida Barboza, directora a.i. de la Dirección Administrativa Financiera.
- ✓ Sra. Adina Castro, coordinadora del Departamento de Violencia de Género.
- ✓ Sra. María Ester Vargas Vega, coordinadora del Departamento de Desarrollo Regional.

- ✓ Sr. Nelson Sánchez Valverde, coordinador, Departamento de Recursos Humanos.
- ✓ Sra. Sonia Rojas Quesada, jefatura, Unidad Regional Brunca.
- ✓ Sras. Shirley Gayle y Antonieta Fernández, profesionales especialistas, ambas en representación de la Dirección Estratégica.
- ✓ Sra. Marianela Piedra Fonseca, profesional ejecutiva Unidad Regional Brunca.
- ✓ Sras. Wendy Ward profesional especialista y Maria García técnica administrativa, ambas en representación del Departamento de Recursos Humanos.
- ✓ Sras. Klansy Flores Salguero y Beverly González Mora, profesionales especialistas, ambas en representación de la Auditoría Interna.

2.6 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Ley N.º 8292 de Control Interno, en su Artículo 37. —Informes dirigidos al jerarca. establece lo siguiente:

“Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente”

En la misma Ley el Artículo 38. —Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República establece:

“Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en

conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994.”

En relación con lo anterior, la normativa promulgada por la Contraloría General de la República señala que el esquema de implementación de recomendaciones debe contener los planes y proyectos para las acciones correctivas que debe de incorporar, además, la definición de un plazo de referencia para el cumplimiento de la recomendación. En este sentido, el artículo 12 de la citada Ley N.º 8292 establece, respecto a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, lo siguiente:

“Artículo 12. —*Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:*

- a) *Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) ***Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.***
- c) ***Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones***
- d) ***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.***
- e) *Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*
- f) *Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría*

General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa.”

(El destacado no forma parte del texto original).

Por su parte, las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” señalan en la norma 2.11 lo siguiente:

“El auditor interno debe establecer, mantener y velar porque se aplique un proceso de seguimiento de las recomendaciones, observaciones y demás resultados derivados de los servicios de la auditoría interna, para asegurarse de que las acciones establecidas por las instancias competentes se hayan implementado eficazmente y dentro de los plazos definidos por la administración. Ese proceso también debe contemplar los resultados conocidos por la auditoría interna, de estudios de auditores externos, la Contraloría General de la República y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan”. (...)

2.7 RIESGOS DE AUDITORÍA

La Auditoría Interna debido a la naturaleza de la labor que realiza se ve expuesta a los siguientes riesgos:

Riesgo Inherente.

Es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones a una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente o cuando se agrega con representaciones erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados.

Riesgo de Control.

El riesgo de control es el riesgo de que una representación errónea, que pudiera ser de importancia relativa individualmente o en conjunto con otras, no sea prevenida o detectada y corregida oportunamente por los sistemas de contabilidad y de control interno.

Riesgo de Detección.

Este tipo de riesgo está directamente relacionado con los procedimientos de auditoría por lo que se trata de la posibilidad que existe en todo tipo de estudio, de no detectar la existencia de errores en el proceso realizado.

2.8 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO

El trabajo de campo, la aplicación de los procedimientos de auditoría y la redacción del informe final de estudio estuvo a cargo de las Profesionales Especialistas de Auditoría Interna, Sra. Beverly González Mora, y Sra. Klansy Flores Salguero y el informe fue revisado por el Sr. Randall Umaña Villalobos, Auditor Interno del INAMU.

2.9 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

En abril de 1998, la Asamblea Legislativa aprobó la transformación del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia en el Instituto Nacional de las Mujeres, INAMU, (Ley de la República N° 7801), entidad autónoma y descentralizada con amplitud de funciones y atribuciones. Además, se creó el rango de ministra de la Condición de la Mujer quien a su vez asumirá la Presidencia Ejecutiva del Instituto.

La Ley 7801 Ley del Instituto Nacional de las Mujeres en adelante el INAMU., la define como una institución autónoma de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio, estableciendo dentro de sus fines y atribuciones una serie de acciones en procura de alcanzar la igualdad y equidad de género a nivel nacional,

derivado de lo anterior, la administración activa de la institución dentro de su planificación estratégica crea dos políticas que conforman la base sobre la cual la institución desempeña sus diferentes actividades, las cuales citamos a continuación:

- ✓ La Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI 2017-2032).
- ✓ La Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género entre Mujeres y Hombres (PIEG 2018-2030).

El fin de cada una de estas políticas es poder avanzar hacia la construcción de un país donde ninguna mujer se quede atrás y todas puedan disfrutar del acceso pleno a sus derechos en igualdad de condiciones.

Es importante destacar que la Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres, está ligada al hecho de que, el estado costarricense forma parte del grupo de naciones que cumple con todo un marco de obligaciones e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres, motivo por el cual varios de los ejes de trabajo que se ejecutan en la institución, están basados en los acuerdos internacionales de las Convenciones de CEDAW y Belem do Pará, siendo las dos políticas nacionales, una respuesta efectiva creada para abordar los temas relacionados con la atención, prevención y erradicación de la Violencia contra las Mujeres, aunado a los diferentes cuerpos de ley y normativa creada a nivel nacional, como por ejemplo: Ley 7586 Ley Contra la Violencia Doméstica, Ley 7769 Ley Atención a Mujeres en condición de pobreza y la Ley 8688 Ley del Sistema Nacional para la atención y prevención de la VcM e VIF cuya Secretaría Técnica recae en el Departamento de Violencia de la institución.

A nivel de la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género entre Mujeres y Hombres, es importante destacar que esta se constituye en el resultado de un ejercicio de diálogo y acercamiento a las necesidades e intereses prácticos y estratégicos de las mujeres, en el marco de sus derechos humanos consagrados en las convenciones internacionales, la Constitución Política de la República de Costa Rica y la normativa nacional que contiene, promueve y tutela los principios de igualdad y no discriminación. Para la implementación efectiva de esta política, la institución ha estructurado una serie de ejes temáticos sobre los cuales se desarrolla la estrategia institucional de implementación, los cuales citamos a continuación:

- ✓ EJE 1. Cultura de los Derechos para la Igualdad
- ✓ EJE 2. Distribución del tiempo
- ✓ EJE 3. Distribución de la riqueza
- ✓ EJE 4. Distribución del poder

Dicha estructura, implica una definición de acciones públicas enfocadas en ámbitos tan importantes como: el empleo, la salud y la educación de las mujeres, potenciando en cada acción el principio de no discriminación y la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

2.9.1. Planificación estratégica institucional

A nivel institucional la planificación estratégica se coordina a través de la Unidad de Planificación Institucional, dependencia que trabaja en la consolidación y supervisión periódica de los planes y programas de trabajo institucionales y en el cumplimiento de metas, monitoreo de indicadores, presupuestos y demás instrumentos implementados para tratar de garantizar un uso racional, eficiente y eficaz de los recursos institucionales y que los mismos se ejecuten en función de la planificación estratégica institucional y de acuerdo con las metas y programas propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública (PNDIP) 2019-2022, el cual es formulado cada cuatro (4) años por el equipo de gobierno de turno.

El PNDIP tiene como objetivo el contribuir con el fortalecimiento de la capacidad del Estado para definir objetivos, establecer prioridades, formular metas y asignar recursos; así como también para dar seguimiento y evaluar las políticas, planes, programas o proyectos que se van a ejecutar en las diferentes instituciones del estado, durante el periodo 2019-2022, con el propósito de fijar un camino sobre el país y contribuir de esta manera a enfrentar desafíos y mejorar la prestación de los bienes y servicios públicos a la ciudadanía.

En línea con lo anterior la Auditoría Interna realizó un análisis general entre el PNDIP 2019-2022, el Plan Estratégico Institucional (PEI) para el periodo 2017–2032, el Plan Operativo del Departamento de Desarrollo Regional (POI-DDR) del periodo 2021 y del Plan Operativo de la Unidad Regional Brunca (POI-URBR) del periodo 2021, con el objetivo de identificar el nivel de interrelación entre dichos planes y si estos se encuentran razonablemente alineados entre sí.

La ausencia de una estratégica que integre las actividades por desarrollar en ambas políticas impide al INAMU el visualizar y trazar un flujo continuo de eventos o procesos que trabajen conjuntamente para crear una cadena de valor que garantice al corto, mediano y largo plazo, el cumplimiento efectivo de la estrategia institucional, conformada actualmente por objetivos, metas e indicadores de gestión, los cuales han sido fundamentados bajo los principios de eficiencia, eficacia y economía.

2.9.2. Plan Operativo Institucional 2021.

Como parte del proceso de configuración de un nuevo Plan Estratégico Institucional - PEI, durante el año 2019 se rediseño del Mapa de Procesos institucional, el cual fue aprobado por la Junta Directiva del INAMU (Acuerdo de Junta Directiva No.4 de la Sesión Ordinaria N°02-2022 de fecha 16 de enero del 2020).

Así mismo durante el año 2020 y 2021 se han puesto en ejecución los rediseños a la estructura programática de la institución, de acuerdo con los modelos trabajados en el proyecto piloto GpRD en conjunto con STAP, HACIENDA y MIDEPLAN. Como resultado de este proceso, se ha logrado una primera aproximación y alineamiento entre la programación física (objetivos, indicadores y metas de producto) y, la programación presupuestaria institucional.

El Rediseño del mapa de procesos del INAMU, ha dotado a la institución, de un instrumento administrativo que permite la identificación del flujo de procesos que intervienen en la consecución y logro efectivo de los objetivos institucionales y por ende del cumplimiento de las metas propuestas a nivel de los tres programas presupuestarios que se desarrollan en la institución.

El INAMU, de acuerdo con sus funciones sustantivas y en función de la planificación institucional a establecido tres programas presupuestarios, que le han permitido determinar claramente, en que actividades se han invertido los recursos disponibles, para una mejor comprensión, se detalla a continuación la estructura de programas presupuestarios institucionales:

Imagen No.1

Programas Presupuestarios Institucionales

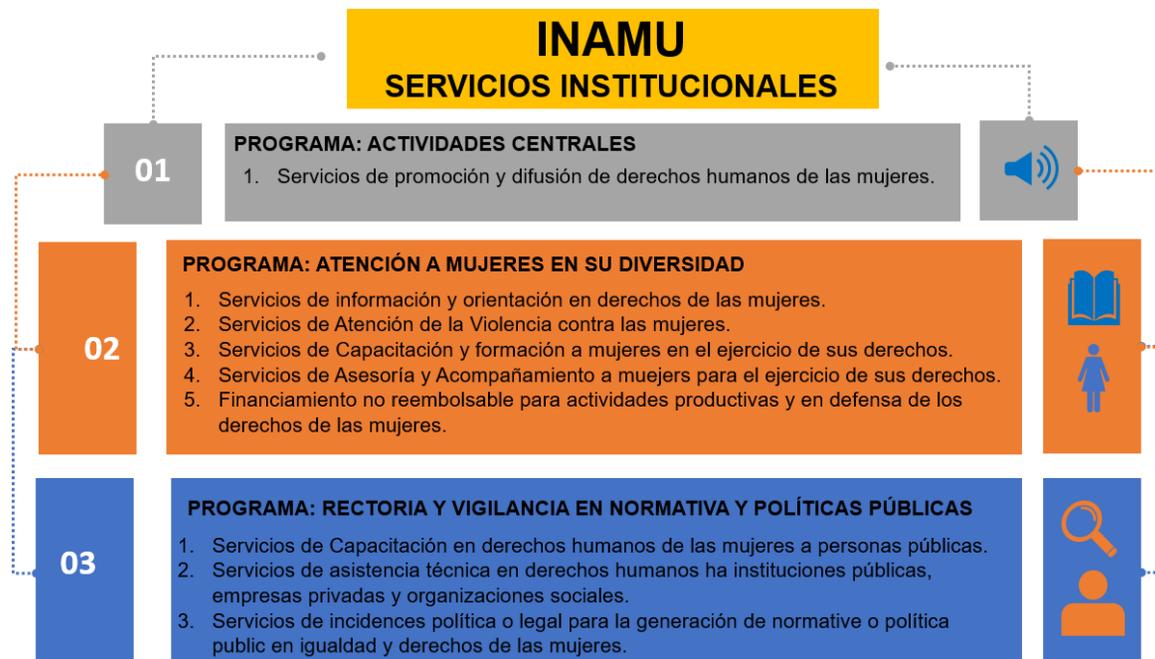


Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con insumos de la Planeación Estratégica Institucional.

Asociado a la cartera de los programas presupuestarios, se identifican una serie de servicios institucionales que están a disposición de la ciudadanía en general, siendo gran parte de ellos brindados por las seis (6) Unidades Regionales que tiene el INAMU, dichos servicios se detallan a continuación:

Imagen No.2

Cartera de Servicios Institucionales del INAMU



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la Dirección Estratégica Circular DE-0027-2021 del 24/09/2021.

Para lo correspondiente al Plan Operativo Institucional, relacionado con la Unidad Regional Brunca, se contemplaron para este estudio de control interno los indicadores detallados para el Programa 2- Atención a mujeres en su diversidad, correspondientes a los subprogramas:

- Atención directa a mujeres en su diversidad.
- Capacitación, formación y asistencia técnica.

El análisis realizado nos ha permitido trabajar sobre el siguiente esquema de interrelación (Objetivos, programas, subprogramas e indicadores de gestión), los cuales han sido evaluados a través de los resultados expuestos en los informes de

gestión que se han presentado ante la Unidad de Planificación Institucional, como parte de las actividades de control y seguimiento de metas y objetivos que se han aplicado al cierre del periodo 2021.

Tabla No.1

Matriz de análisis entre objetivos e indicadores (PNDIP-PEI-POI)

PNDIP 2018-2030		PEI 2021		PROGRAMA	SUB-PROGRAMA	POI-DDR-UR-2021
OBJETIVO	INDICADOR	OBJETIVO	INDICADOR			INDICADOR
Desarrollar Programas y proyectos dirigidos hacia las mujeres para el ejercicio efectivo de sus derechos en igualdad con los hombres en un ambiente libre de violencia y con respeto a los derechos humanos	Porcentaje de acciones del Plan de Acción de la PIEG 2019-2022	Objetivo No.1. Promover el cambio cultural para la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, mediante la generación de estrategias públicas y privadas de comunicación, información, educación y movilización.	Indicador 1.3 Numero de mujeres atendidas por el Programa Avanzamos Mujeres de acuerdo con el registro del SINIRUBE	Atención a mujeres en su diversidad	Capacitación, Formación y Asistencia Técnica	2.1.1 Cantidad anual de mujeres capacitadas en derechos humanos para la igualdad de género erradicación de la violencia, la cultura machista, según edad, condición de discapacidad, etnia, región y zona urbano-rural.
						2.1.2 Número de mujeres atendidas por el Programa Avanzamos Mujeres según el registro de SINIRUBE
					Atención a mujeres en su diversidad	2.2.1 Cantidad de mujeres que reciben servicios institucionales directos por primera vez, para la protección de sus derechos frente a la violencia desde las distintas modalidades de atención según edad, condición de discapacidad, región y zona urbano-rural.
						2.2.2 Número de organizaciones de la ESS (Economía Social Solidaria) con proyectos productivos que reciben capacitación y asistencia técnica o financiamiento.
						2.2.3 Cantidad anual de mujeres capacitadas, asesoradas o financiadas en emprendimientos y empresariedad, según edad, condición de discapacidad, región y zona urbano-rural.

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la Dirección Estratégica y el Departamento de Desarrollo Regional (Informes de gestión 2021)

2.9.3. Creación de las Unidades Regionales en el INAMU.

Un antecedente de lo que son hoy las Unidades Regionales, fue el Programa de Fortalecimiento de las oficinas municipales de la Mujer que tenía como objetivo integrar al ámbito municipal, la perspectiva de género en los gobiernos locales, fortaleciendo al INAMU y brindándole brazos en lo local para integrar la perspectiva de género y tener una mirada diferenciada para hombres y mujeres.

En el periodo 2007-2008 se inició a nivel institucional un proceso de regionalización, con el objetivo de ampliar y diversificar las funciones que debían de desarrollarse desde el ámbito regional, con el objetivo de atender las necesidades de las mujeres rurales, las cuales se acercaban a estas oficinas con distintas situaciones o consultas que ameritaban una respuesta efectiva y accesible a nivel institucional.

Por lo anterior en el periodo 2008 se formalizó ante el MIDEPLAN la creación de cuatro (4) Unidades Regionales, las cuales estaría destacadas en las zonas de: Pacífico Central, Chorotega, Huetar Atlántica y Brunca, sin embargo, hasta el periodo 2010 les fue dotadas a estas Unidades Regionales, la aprobación de cuatro (4) plazas por servicios especiales en el marco de implementación de la Ley 7769 Ley Atención a Mujeres en condición de pobreza.

En el periodo 2011 el INAMU presenta una propuesta de reorganización parcial la cual se expone mediante el oficio PE-1379-11-2011 con el objetivo de fortalecer el trabajo regional, para lo cual solicita la creación de dos (2) Unidades Regionales adicionales, para atender las zonas de: Huetar Norte y Central. La propuesta fue aprobada por MIDEPLAN mediante el oficio DM-683-2011 argumentando que... ***“la propuesta es congruente con la estrategia de implementar un proceso de desconcentración institucional, desarrollado a partir del 2009, y se ajusta a lo establecido por el artículo 2 de la Ley de creación del INAMU, No.7801.”***

A partir del periodo 2010, mediante el oficio PE-502-09-2010, se aprueba la dotación de cuarenta y ocho (48) plazas autorizadas por Servicios Especiales para que se inicie en el periodo 2011 con la distribución de estos recursos, todo lo anterior con la finalidad de fortalecer el Programa Avanzamos Mujeres, el cual es desarrollado desde las Unidades Regionales y cuyo objetivo es el de mejorar las condiciones de vida de mujeres en condición de pobreza a través de la capacitación.

Actualmente como parte de la intención de regionalización se busca que todos los servicios de atención a mujeres que brinda el INAMU, se puedan brindar en las diferentes Unidades Regionales con las que cuenta la institución; sin embargo, es un proceso en el cual se continúa trabajando a fin de dotarles de todos los insumos y recursos requeridos para su óptima operación. Dentro de la estructura organizacional las seis (6) Unidades Regionales cuentan cada una con una figura de jefatura y dependen jerárquicamente del Departamento de Desarrollo Regional, por ende, forman parte de la Dirección Estratégica de la institución.

Cabe señalar que la mayor parte de los servicios institucionales asociados al programa 2: Atención a Mujeres en su Diversidad, se facilitan desde las Unidades Regionales, lo cual ha permitido hacer más accesible y viable la atención en las zonas rurales del país y en especial a mujeres en condición de vulnerabilidad.

2.9.4. Unidad Regional Brunca

La Unidad Regional Brunca se encuentra ubicada 300m noreste del Salón Comunal casa esquinera, en Río Claro, Puntarenas, el inmueble que actualmente alberga las instalaciones de la Unidad Regional es alquilado, el mismo cuenta con una capacidad limitada de espacio y su infraestructura no es del todo apta para el tipo de actividades que se desarrollan, aunado al hecho de que no existe espacio suficiente para ubicar cómodamente a las personas funcionarias que deben laborar en la sede y a las personas usuarias que se solicitan la atención y los servicios de la institución.

Es importante destacar que a nivel institucional se tiene contemplado a mediano plazo la construcción de un edificio propio para esta Unidad Regional, el cual se ubicaría en un terreno que fue adquirido por la institución en mayo del año 2019, dicho terreno consta de 1,575.00 m² el mismo se ubica muy cerca de las instalaciones actuales y cuenta con una edificación tipo casa de habitación de 155 m², dicha edificación no reúne tampoco las condiciones necesarias para trasladar toda la estructura operativa de la Unidad Regional, motivo por el cual se deberá esperar al proceso de construcción del nuevo inmueble, para dotar a esta Unidad Regional de la infraestructura necesaria que le permita ejecutar y desarrollar sus actividades con un mayor nivel de comodidad, con una distribución adecuada y funcional del espacio físico y procurando un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales.

Esta Unidad Regional cubre una superficie territorial de 9.528 km², la cual está conformada por los cantones de Osa, Golfito, Corredores, Coto Brus, Buenos Aires y Pérez Zeledón, pertenecientes a las provincias de Puntarenas y San José respectivamente. Esta Unidad Regional procura tener presencia en todos los cantones de la Región Brunca, por ejemplo, en los casos de Puerto Jiménez y Térraba (territorios indígenas) las mujeres que solicitan los servicios del INAMU o son referidas para atención en la institución, se les da cita en la cabecera del cantón y cuando lo solicitan se les apoya con los gastos de transporte y alimentación.

La estructura interna de la Unidad Regional Brunca cuenta con veintiún (21) personas funcionarias, de las cuales trece (13) cuentan con plaza en propiedad y ocho (8) con plaza en condición de interinato, actualmente dos (2) personas funcionarias con estatus de plaza en propiedad, están fuera de la institución con un permiso sin goce de salario, las mismas están siendo sustituidas por personal contratado para cubrir dichas plazas en forma temporal.

La distribución operativa en términos de clases y cargos de esta Unidad Regional es la siguiente: 1 Jefatura, 1 Técnica Administrativa, 1 Profesional Especialista, 5 Profesionales Ejecutivas y 13 Profesionales Operativos. Estos recursos a su vez se distribuyen por proceso de la siguiente forma:

Imagen No.3

Estructura Jerárquica de la URBR



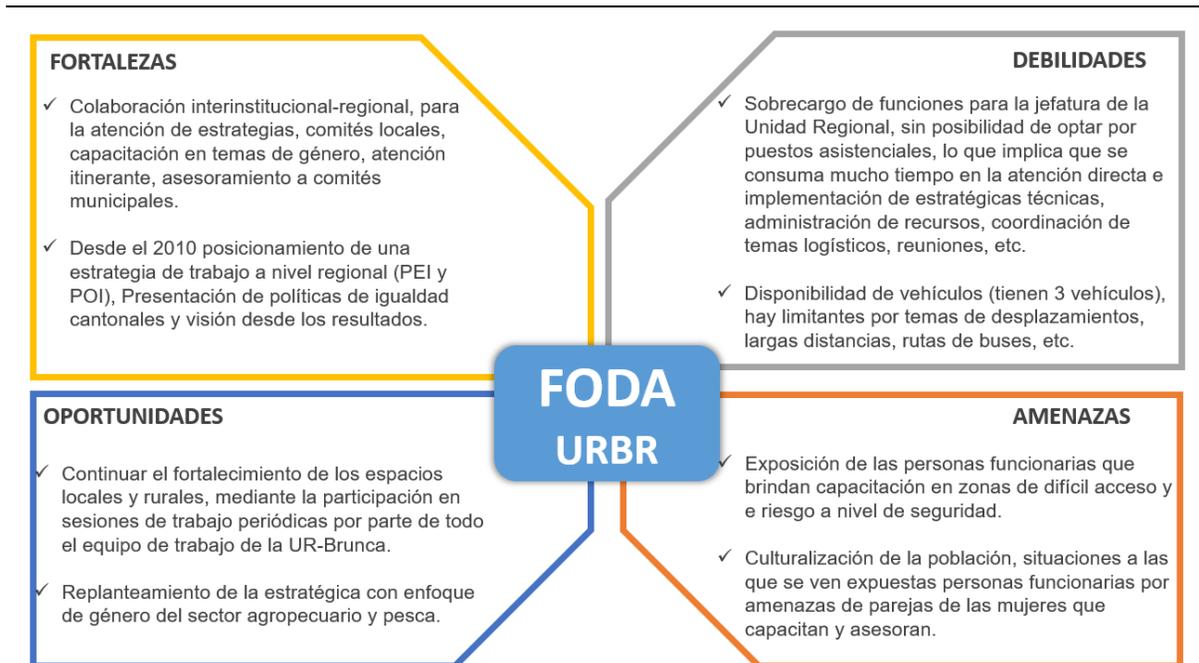
Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con insumos del proceso de evaluación.

Como parte del análisis realizado al modelo estratégico y operativo que utiliza la Unidad Regional Brunca, se determinó mediante un análisis FODA (Fortalezas,

Oportunidades, Debilidades y Amenazas), los siguientes aspectos relacionados con la operativa propia de la sede regional, dichos aspectos se detallan a continuación:

Imagen No.4

Análisis FODA-Unidad Regional Brunca



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos suministrados por la jefatura de la URBR.

La mayor parte de la cartera de servicios institucionales se brinda a través de la implementación de varias estrategias de trabajo que se desarrollan propiamente en las diferentes sedes del INAMU, siendo las Unidades Regionales una parte sumamente esencial en el desarrollo e implementación de dichas estrategias. (ver conclusión 01)

A continuación, citamos algunas de las estrategias de trabajo que se desarrollan en las Unidades Regionales, para tratar de cumplir con los objetivos estratégicos que están inmersos en el Plan Estratégico Institucional:

- ✓ Estrategia de trabajo en Empresariedad
- ✓ Estrategia de trabajo con Mecanismos Locales
- ✓ Estrategia de trabajo para el Fortalecimiento de las mujeres lideresas

Imagen No.5

Ejemplo de Estrategias de Trabajo implementadas en URBR



Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la Dirección Estratégica, el Departamento de Desarrollo Regional y la URBR (Informes de gestión 2021).

3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2022, el objetivo consistió en validar las acciones de control interno aplicadas en la gestión operativa de la Unidad Regional Brunca, para el periodo 2021.

TEMAS GENERALES ANALIZADOS A NIVEL DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA

3.1 FACTORES DE RIESGO DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE URBR.

A partir de la entrada en vigencia de la Ley General de Control Interno N.º 8292 del 31 de julio del 2002, la Contraloría General de la República y los órganos sujetos a su fiscalización deberán contar con sistemas de control interno adecuados para proporcionar seguridad en el cumplimiento de atribuciones y competencias institucionales, es ahí donde nace el Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional es el conjunto organizado de componentes de la Institución que interaccionan para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales relevantes.

Como parte de la normativa relacionada en la Ley General de Control Interno N.º 8292 se detalla lo siguiente:

“Artículo 14 Valoración de Riesgo: *En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del Jerarca y los Titulares Subordinados, entre otros, los siguientes:*

- *Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales.*
- *Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y probabilidad de que ocurran y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.*
- *Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse en un nivel de riesgo organizacional aceptable.*
- *Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”*

“Artículo 18. —Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional.

Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo...”

“Artículo 19. —Responsabilidad por el funcionamiento del sistema.

El jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable.

“Artículo 39. —Causales de responsabilidad administrativa. *El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios.*

El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa, cuando debiliten con sus acciones el sistema de control interno u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según la normativa técnica aplicable.

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

Por otra parte, las directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (D-3-2005-CO-DFOE), ofrecen el despliegue detallado de los elementos y fundamentos que apoyarán el establecimiento, ejecución y mejora del SEVRI.

Dichas directrices generales definen el SEVRI como el “conjunto organizado de elementos que interaccionan para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales”. Señalan que, las organizaciones deberán establecer entre otros elementos un Marco Orientador que comprenda:

- *Una política de valoración del riesgo institucional en la cual, se expresen los objetivos de la valoración del riesgo, el compromiso del Superior Jerárquico para su cumplimiento, los lineamientos institucionales para el establecimiento de niveles de riesgo aceptables y la definición de prioridades en la institución en relación con la valoración de riesgos.*
- *La estrategia del SEVRI, que especifique las acciones necesarias para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI, y los responsables de su ejecución. Deberá incluir, además, los indicadores que permitan la evaluación del Sistema, en su funcionamiento y también en cuanto a sus resultados.*
- *La normativa que regulará el SEVRI en el ámbito interno de la institución, constituyendo al menos los procedimientos del Sistema, los criterios que se requieran para su funcionamiento, la estructura de riesgos institucional y los parámetros de aceptabilidad del riesgo.*

A nivel institucional el documento “Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), aprobado por la Junta Directiva del INAMU en la sesión N.º 40-2013 del 30 de marzo del 2013, define la política, estrategia y la normativa para la correcta gestión de la administración de los riesgos institucionales.

El INAMU., actualmente cuenta con una Matriz Institucional de Riesgos SEVRI 2019-2030 y en su objetivo estratégico 8.1 describe la necesidad de que el INAMU trabaje en un enfoque por procesos, el cual está pendiente aún a nivel institucional.

La actualización de la Matriz Institucional de Riesgos, debe contemplar la incorporación de la estructurada a nivel de procesos y subprocesos, esta labor en lo correspondiente a su diseño está a cargo principalmente de la Unidad de Planificación junto con la Comisión CECI-SEVRI con el fin de dotar a la institución de dicho instrumento en el mediano plazo, sin embargo, dicha matriz deberá contener los riesgos por procesos y subprocesos que identifiquen todas las personas titulares subordinadas y sus correspondientes equipos de trabajo, con base en la experiencia

y conocimiento detallado que se tiene sobre los diversos tipos de actividades que se desarrollan en la institución.

A continuación, se detallan los principales riesgos relacionados con los procesos de la Unidad Regional Brunca, así como su conjugación con los objetivos del presente estudio:

Tabla No.2

Ejemplo: Análisis de riesgos potenciales identificados en la gestión de la URBR

Macro Proceso	Proceso	Sub-proceso	Ficha universo auditable	Factor de Riesgo	Detalle	Impacto	Probabilidad	Nivel de Riesgo	
Apoyo	Gestión Administrativa Financiera	Tesorería	AI-03-01-02	Financiero	3_Debilidades en la gestión y organización interna de la Unidad de tesorería, que podría ocasionar que no disponga de los recursos financieros para hacerle frente a todos los requerimientos de las diferentes dependencias del INAMU.	1	5	5	
Sustantivo	Atención y Desarrollo	Capacitación y Formación a mujeres.	AI-02-01-02	Estratégico	1_Oferta de formación y capacitación dispersa y no estandarizada que limita el cumplimiento de los objetivos institucionales vinculados con la formación y capacitación de las mujeres.	3	4	12	
		Consulta sobre derechos humanos de las mujeres.	AI-02-01-01	Calidad	2_No se desarrollen servicios institucionales de capacitación y formación con base en criterios de interseccionalidad.	2	4	8	
		Atención directa a mujeres	AI-02-01-07						
		Apoyo para la empresariedad y empleabilidad.	AI-02-01-04	Estratégico	3_Limitados recursos humanos y financieros para la atención de la demanda recursos no reembolsables para la autonomía económica de las mujeres.	3	4	12	
		Financiamiento para la empresariedad de las mujeres.	AI-02-01-05						
		Organizaciones de la Economía Social Solidaria.	AI-02-01-06						
		Formación a mujeres en condición de pobreza.	AI-02-01-03	Estratégico	4_Limitación de recursos materiales para la realización de procesos de formación y capacitación.	2	5	10	
		Intervenciones en atención y desarrollo evaluadas.	AI-02-01-09	Estratégico	5_Afectación de la calidad en la atención en violencia y vulnerabilidad debido a la demanda, desgaste de personal y a condiciones no aptas de infraestructura tomando en cuenta el pico de alta demanda	3	5	15	
		Mujeres en seguimiento una vez egresadas de servicios.	AI-02-01-08	Estratégico	6_Afectación de la calidad del servicio de atención por limitaciones en la calidad de recursos tecnológicos disponibles	3	5	15	

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos del estudio de Universo Auditable del INAMU.

De acuerdo con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (NGASP), específicamente la Norma N.º 305, para efectos de sus estudios, el auditor debe determinar los riesgos asociados a los eventos y/o actividades de mayor relevancia del Proceso o Subproceso que se estudia.

En la misma línea las (NGASP), en el Capítulo IV – Normas Generales sobre Auditoría Operativa- 401 Planificación indica:

(...)

02. Al seleccionar los temas o áreas que pueden ser objeto de auditoría operativa se deben considerar los siguientes elementos:

a) La potencial contribución de la auditoría a mejorar la gestión de la Administración Pública.

b) Los resultados de la autoevaluación del sistema de control interno y la información que genera el sistema específico de valoración de riesgo institucional del sujeto de auditoría.

c) La evaluación del riesgo de las áreas a auditar.

(...)

Dentro de la revisión realizada por parte de la Auditoría Interna se determinó que la Administración Activa se encuentra trabajando en la identificación, preparación, y clasificación de la gestión de los riesgos, tema que ha sido abordado por la Auditoría Interna directamente con el Departamento de Desarrollo Regional y sobre el cual ya se han emitido recomendaciones al respecto, por ejemplo, a través del oficio: INAMU-JD-AI-009-2022, Informe INAMU-JD-AI-In-009-2021 Auditoría Interna a la URHC.

Es de suma importancia destacar que la Unidad Regional Brunca al igual que todas las demás unidades regionales, deben incorporar como parte orgánica de su ciclo de planificación, el periódico y constante análisis de riesgos, con el objetivo de identificar cuáles son factores potenciales que puedan llegar a afectar el logro efectivo de los objetivos propuestos nivel del POI y el PEI.

La razón de ser, de la gestión de riesgos es asegurar el éxito en el cumplimiento de los objetivos planteados, consiste por ello, en prepararse para afrontar las contingencias que puedan materializarse en contra de la consecución de los objetivos.

Para el caso en estudio se pueden establecer posibles factores de riesgos adicionales a los detallados por la Administración Activa, relacionados con los procesos de la Gestión Administrativa Financiera y de Atención y Desarrollo desarrollados en el siguiente cuadro:

Tabla No.3

Factores de riesgos adicionales identificados en la URBR

Macro Proceso	Proceso	Sub-proceso	Ficha universo auditable		Factor de Riesgo	Detalle
Apoyo	Gestión Administrativa Financiera	Tesorería	AI-03-01-02	→	Financiero	Asignación presupuestaria limitada.
						Políticas y procedimientos desactualizados según la operatividad de la institución en relación con los Fondos de Caja Chica y Personas Usuarias.
						Los montos de los fondos de Caja Chica y Personas Usuarias superiores a lo respaldado por las garantías de cauciones.
						Personas funcionarias capacitadas y enteradas de las responsabilidades y manejo de los Fondos de Caja Chica y Personas Usuarias.
Sustantivo	Atención y Desarrollo	Capacitación y Formación a mujeres.	AI-02-01-02	↑	Calidad	Contenido de los programas brindados desactualizados.
		Consulta sobre derechos humanos de las mujeres.	AI-02-01-01			Político
		Atención directa a mujeres	AI-02-01-07		Estratégico	
		Apoyo para la empresarialidad y empleabilidad.	AI-02-01-04			Población alcanzada no corresponda a la población meta institucional.
		Financiamiento para la empresarialidad de las mujeres.	AI-02-01-05		Fraude	Ambiente laboral y remuneraciones acordes a las labores de las personas funcionarias.
		Organizaciones de la Economía Social Solidaria.	AI-02-01-06			Controles internos implementados no se utilicen de forma correcta o no existan.
		Formación a mujeres en condición de pobreza.	AI-02-01-03		Operativo	Recursos disponibles ante la demanda de los servicios institucionales.
		Intervenciones en atención y desarrollo evaluadas.	AI-02-01-09			Capacidad de operación ante un evento natural o de otra índole.
		Mujeres en seguimiento una vez egresadas de servicios.	AI-02-01-08		Tecnológico	Sistema automatizado institucional inexistente.

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la Dirección Estratégica, el Departamento de Desarrollo Regional y la URBR (Informes de gestión 2021).

Tras lo expuesto, se concluye que una correcta identificación de riesgos permite a la Administración Activa, modelar y evaluar los riesgos e impactos de corto, mediano y largo plazo que pueden afectar las actividades inherentes a una determinada unidad regional, como por ejemplo a la Unidad Regional Brunca. (Ver conclusión 02).

3.2 ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS ASIGNADOS A LA URBR.

Como parte de la evaluación desarrollada, se detallan los resultados obtenidos, tras la realización de los arqueos aplicados por la Administración Activa y por la Auditoría Interna, a los fondos de caja chica y personas usuarias que están cargo del personal administrativo de la URBR.

3.2.1. Arqueos realizados por la Administración Activa

Mediante el oficio INAMU-AI-JD-022-2022, del 10 de febrero del 2022, se solicitó a la Unidad de Tesorería, en el punto 4, los Arqueos realizados a las Unidades Regionales y CEAAM durante el periodo 2021, en la información suministrada no se detalló ningún arqueo, solamente las fechas de los arqueos programados para el 2022.

Como parte de los mecanismos de control, el Reglamento para el funcionamiento del Fondo de Caja Chica del INAMU, en su artículo 39, indica los siguiente:

“Artículo 39. Arqueos. Periódicamente y sin previo aviso el Área Financiera Contable o la Dirección Administrativa Financiera procederá a realizar arqueos al fondo de caja chica y cajas auxiliares, con el propósito de verificar el cumplimiento de las disposiciones del presente Reglamento y de comprobar el manejo del fondo de caja chica de conformidad con adecuadas normas de control interno y sanas prácticas de administración.”

En relación con el Fondo de Personas Usuarias el Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte de personas usuarias de los servicios del INAMU, en su artículo 27- Responsabilidades de las Jefaturas y el artículo 28 Responsabilidad de Dirección Administrativa inciso “4”, indica que estos son responsables de establecer mecanismos de control interno y de realizar arqueos periódicos, respectivamente.

También se consideró lo indicado en el informe INAMU-JD-AI-In-009-2021 Informe de Resultados visita de la Auditoría Interna a la Unidad Regional Huetar Caribe, II semestre 2021, emitido el 20 de diciembre del 2021, el cual en su Recomendación N.º 3 detalla:

“RECOMENDACIÓN N.º.03 *En un plazo máximo de treinta (30) días naturales, se recomienda a la Dirección Administrativa Financiera, implementar las acciones de control interno que incorporen medidas sanitarias ante el COVID-19, a la hora de efectuar arqueos periódicos a los fondos de caja tanto en las Oficinas Regionales como en las Centrales y con ello cumplir con el artículo No.39 Arqueos del Reglamento para el funcionamiento del fondo de caja chica del INAMU y con el artículo No. 28 Responsabilidad de la Dirección Administrativa Financiera inciso 4 del Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU.(Ver Conclusión No.4.)*

La Auditoría Interna identifico que la Dirección Administrativa Financiera y el Departamento Financiero Contable no aplicaron arqueos periódicos y sin previo aviso a los fondos de Caja Chica y Personas usuarias que han sido asignados a la URBR y las demás Unidades Regionales con que cuenta el INAMU, lo anterior en el transcurso del periodo de enero a diciembre 2020 y de enero a agosto 2021.

La recomendación emitida se hace con el propósito de que periódicamente se verifique y evalúe el cumplimiento de la normativa vigente, la integridad de los recursos asignados así como la aplicación efectiva de los mecanismos de control interno que ha implementado la institución, en aras de mejorar la administración de los fondos de caja, pese a las diversas y eventuales situaciones a las cuales la institución como tal se debe enfrentar y adaptar, siempre procurando la mejora continua en la ejecución de sus actividades.”

Se solicitaron mediante oficio INAMU-JD-AI-090-2022, del 23 de junio del 2022, los arqueos realizados durante el 2021, al Fondo de Caja Chica y Fondo de Personas Usuarias a lo interno de la Unidad Regional Brunca. Los resultados obtenidos tras la aplicación de nueve (9) arqueos al Fondo de Caja Chica y dieciocho (18) arqueos al Fondo de personas usuarias, fueron satisfactorios, solo se identificaron diferencias inmateriales, el detalle de estos arqueos se muestra a continuación:

Tabla No.4

Fondo de Caja Chica- Arqueos aplicados por la URBR periodo 2021

Monto del Fondo	1	2	3	4	5
		400,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00

Fecha del Arqueo	12/01/2021	20/02/2021	22/02/2021	12/03/2021	15/04/2021
Saldo en el Banco	400,668.63	384,836.23	398,118.19	355,102.29	361,944.57
Efectivo	-	2,050.00	2,050.00	750.00	-
Vales de Caja	-	-	-	44,317.28	38,310.00
Intereses Financieros	-168.05	-335.65	-167.60	-151.70	-146.70
Reintegros pendientes	-	13,450.00	-	-	-
Sobrante o Faltante	-500.58	-0.58	-0.59	-17.87	-107.87

Encargado del Fondo	Lorna Castro Pinto				
Cargo	Técnica Administrativa				
Encargado del Arqueo	Noilyn Reyes Espinoza	Noilyn Reyes Espinoza	Noilyn Reyes Espinoza	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada
Cargo	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Jefatura	Jefatura

Monto del Fondo	6	7	8	9
		400,000.00	400,000.00	400,000.00

Fecha del Arqueo	26/08/2021	30/09/2021	13/10/2021	03/12/2021
Saldo en el Banco	400,255.97	318,677.92	318,837.97	184,269.90
Efectivo	-	-	-	30,580.00
Vales de Caja	-	81,600.00	81,600.00	-
Intereses Financieros	-148.10	-170.05	-330.01	-251.20
Reintegros pendientes	-	-	-	185,410.00
Sobrante o Faltante	-107.87	-107.87	-107.96	-8.70

Encargado del Fondo	Marianela Piedra Fonseca	Marianela Piedra Fonseca	Marianela Piedra Fonseca	Lorna Castro Pinto
Cargo	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Técnica Administrativa
Encargado del Arqueo	Noilyn Reyes Espinoza	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada	Marianela Piedra Fonseca
Cargo	Profesional Ejecutiva	Jefatura	Jefatura	Profesional Ejecutiva

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la URBR (Arqueos 2021).

Tabla No.5

Fondo de Personas usuarias- Arqueos aplicados por la URBR periodo 2021

Monto del Fondo	1	2	3	4	5	6
	110,000.00	110,000.00	110,000.00	110,000.00	110,000.00	110,000.00
Fecha del Arqueo	13/01/2021	27/01/2021	22/02/2021	12/03/2021	17/03/2021	14/04/2021
Saldo en el Banco	110,004.75	60,004.75	60,032.60	60,013.80	37,323.80	10,035.20
Efectivo	-	-	42,310.00	42,310.00		-
Vales de Caja	-	50,000.00	7,690.00	7,690.00	72,690.00	100,000.00
Intereses Financieros	-	-	-32.60	-13.80	-13.80	-35.20
Reintegros pendientes	-	-	-	-	-	-
Sobrante o Faltante	-4.75	-4.75	0.00	-0.00	-0.00	0.00
Encargado del Fondo	Marianela Piedra Fonseca					
Cargo	Profesional Ejecutiva					
Encargado del Arqueo	Noilyn Reyes Espinoza	Noilyn Reyes Espinoza	Noilyn Reyes Espinoza	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada
Cargo	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Profesional Ejecutiva	Jefatura	Jefatura	Jefatura
Monto del Fondo	7	8	9	10	11	12
	110,000.00	110,000.00	110,000.00	110,000.00	260,000.00	260,000.00
Fecha del Arqueo	15/04/2021	28/05/2021	10/06/2021	30/06/2021	26/08/2021	30/09/2021
Saldo en el Banco	10,021.40	10,021.40	10,023.55	10,023.55	94.50	93.00
Efectivo	-	-	-	73,080.00	-	153,590.00
Vales de Caja	100,000.00	100,000.00	100,000.00	26,920.00	260,000.00	106,410.00
Intereses Financieros	-21.40	-21.40	-23.55	-23.55	-94.50	-93.00
Reintegros pendientes	-	-	-	-	-	-
Sobrante o Faltante	0.00	0.00	-0.00	-0.00	-	-
Encargado del Fondo	Marianela Piedra Fonseca					
Cargo	Profesional Ejecutiva					
Encargado del Arqueo	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada	Sonia Rojas Quesada	Noilyn Reyes Espinoza	Sonia Rojas Quesada
Cargo	Jefatura	Jefatura	Jefatura	Jefatura	Profesional Ejecutiva	Jefatura

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, con los insumos de la URBR (Arqueos 2021).

Aunque el periodo sujeto a estudio fue el periodo 2021, se logró constatar que en el transcurso del periodo (enero a agosto del 2022), se continúa manteniendo una correcta practica de aplicación de arqueos periódicos y en fechas aleatorias, lo cual evidencia:

- ✓ Una supervisión permanente de dicha actividad por parte de la jefatura a cargo de la URBR.
- ✓ Una adecuada segregación y delimitación de las responsabilidades, en función de la administración de este tipo de fondos.

- ✓ Se logra constatar que el manejo, custodia y administración de cada fondo, este asignado en personas funcionarias diferentes, con el debido acompañamiento, revisión y supervisión de la jefatura a cargo.

La Auditoría Interna determinó que los arqueos realizados al Fondo de Caja Chica y Fondo de Personas Usuarias como medida de control interno, por parte de la Unidad Regional Brunca, se han aplicado de forma regular, en fechas no específicas y de acuerdo con la normativa relacionada y vigente.

3.2.2. Arqueos realizados por la Auditoría Interna.

En la visita realizada el día 31 de agosto del 2022 a la Unidad Regional Brunca, se realizaron los arqueos de Caja Chica y Fondo de Personas Usuarias por parte de la Auditoría Interna, los resultados obtenidos fueron satisfactorios y el detalle de la conformación de cada fondo se expone a continuación:

Tabla No.6

Resultados del Arqueo aplicado por la Auditoría Interna- Fondo de caja chica URBR

Fondo de Caja Chica	₡	400 000,00	%
Composición del fondo:			
Monto en efectivo	₡	5 440,00	1%
Reintegros en trámite	₡	-	0%
Vales provisionales	₡	-	0%
Saldo cuenta bancaria	₡	394 816,02	99%
Intereses ganados cta. Bancaria	-₡	111,00	0%
TOTALES	₡	400 145,02	100%
Sobrante en caja	₡	145,02	

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, Arqueo aplicado el 31-08-2022.

El sobrante en la caja representa una diferencia inmaterial, la custodia de dicho fondo estaba a cargo de la persona funcionaria que ocupa el cargo de Técnica Administrativa y como medida de control de control interno, el monto disponible se mantiene bajo custodia en la cuenta bancaria, cuando se requiera y función de la demanda de actividades, se hace retiro de este para mantenerlo en custodia temporal en una caja de seguridad dentro de la URBR.

Tabla No.7

Resultados del Arqueo aplicado por la Auditoría Interna- Fondo de personas usuarias URBR

Fondo de Personas Usuarias	₡	3 430 000,00	%
Composición del fondo:			
Monto en efectivo	₡	5 080,00	0%
Reintegros en trámite	₡	-	0%
Comprobantes de gastos	₡	105 360,00	3%
Vales provisionales	₡	1 624 250,00	47%
Saldo cuenta bancaria	₡	1 697 405,50	49%
Intereses ganados cta. Bancaria	₡	-	0%
TOTALES	₡	3 432 095,50	100%

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, Arqueo aplicado el 31-08-2022.

En el arqueo realizado al Fondo de Personas Usuarias, se obtuvo un sobrante por un monto de ₡2.095,50 (Dos mil quinientos noventa y cinco colones con 50\100). Dicho sobrante fue depositado el 31 de agosto del 2022, con el número de documento 14843647, en la cuenta bancaria del Banco Nacional de Costa Rica No. CR93015100010011692365 correspondiente al Instituto Nacional de las Mujeres.

Dicho monto está a cargo la persona funcionaria que ocupa el puesto de profesional ejecutiva y al igual que en el fondo anterior, el monto disponible se custodia en la cuenta bancaria institucional y se hace retiro de este en función de la demanda de actividades de la URBR.

3.2.3. CUMPLIMIENTO NORMATIVO DE LOS FONDOS ASIGNADOS A URBR.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos, producto de la evaluación y análisis de la documentación que da soporte a las liquidaciones de los fondos de Caja Chica y Personas Usuarias, tomando en consideración la normativa aplicable en función del Reglamento para el funcionamiento del Fondo de Caja Chica del INAMU y el Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte de personas usuarias de los servicios del INAMU, de forma tal que se pueda evaluar la efectividad de los controles establecidos y determinar si existen, oportunidades de mejora en relación con este proceso en la Unidad Regional Brunca.

A continuación, se detallan los montos asignados a la Unidad Regional Brunca durante el periodo 2021:

Tabla No.8

Fondos asignados a la URBR- Periodo 2021

UNIDAD REGIONAL BRUNCA							
Cuenta Contable	Cuenta Bancaria	Nombre de la cuenta	Tipo de fondo asignado	Monto de caja asignado (Primer trimestre 2021)	Monto de caja asignado (Segundo trimestre 2021)	Monto de caja asignado (Tercer trimestre 2021)	Monto de caja asignado (Cuarto trimestre 2021)
1-1-1-01-02-02-1-21103-21	200-01-204-000072-3	INAM U RRB	Fondo de Caja Chica	¢400,000.00	¢400,000.00	¢400,000.00	¢400,000.00
1-1-1-01-02-02-1-21103-08	200-01-204-000035-9		Fondo de Personas Usuarias	¢110,000.00	¢110,000.00	¢260,000.00	¢1,243,000.00

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por la Unidad de Tesorería.

Administración del Fondo de Caja Chica en la URBR

A. Monto autorizado para el Fondo de Caja Chica y monto máximo de gasto:

- El Fondo de Caja Chica de la Unidad Regional Brunca, cuenta con un monto de ¢400,000.00 (cuatrocientos mil colones exactos) aprobado mediante acuerdo No.4 de la sesión ordinaria 04-2018 de Junta Directiva, celebrada el 05 de marzo del 2018.

- Mediante acuerdo de Junta Directiva No.4 de la sesión ordinaria 04-2018, se determinaron los montos máximos establecidos de adelanto por caja chica, siendo este de ₡150,000.00 (ciento cincuenta mil colones exactos).
- Tras el análisis y pruebas realizadas a la documentación del periodo 2021, no se evidenciaron inconsistencias en que se relacionaran con el monto máximo del fondo ni con el monto máximo de gasto establecido.

B. Responsables de la custodia, administración y supervisión del fondo

- El Reglamento para el funcionamiento del Fondo de Caja Chica del INAMU, en su Artículo 48, indica que la persona responsable del fondo de la caja auxiliar, es decir la persona que custodia, administra y controla el fondo de caja chica; se designa según lo establecido en el Manual Institucional de Cargos.
- Al validar la información contra lo establecido en el manual vigente (enero 2021), en la página 339 señala que la Técnica Asistente Administrativa tiene dentro de sus funciones principales: “Administrar la caja chica de las Oficinas Regionales”.
- Con base en las consultas realizadas mediante oficio INAMU-JD-AI-090-2022, del 23 de junio del 2022 y con respuesta mediante el oficio INAMU-DDR-URB-079-2022, del 05 de julio del 2022, se nos indicó que las personas que fungieron como responsables del fondo, para el periodo en estudio, fueron las siguientes: Sra. Piedra Fonseca, Profesional Ejecutiva, durante el periodo del agosto a octubre 2021 y Sra. Castro Pinto, Técnica Administrativa.
- Ante la consulta realizada, le fue indicado a la Auditoría Interna, que el motivo de que la Sra. Piedra Fonseca, estuviera como encargada temporal del Fondo de Caja Chica en los meses de agosto a octubre del periodo 2021, se debe a que la Sra. Castro Pinto (encargada oficial del fondo), contaba con una Licencia, para la atención debida de su hija quien es menor de edad y se encontraba enferma, lo cual se sustenta en las solicitudes de trámites que se realizaron ante el Departamento de Recursos Humanos.

C. Liquidaciones sobre reintegros aplicados al Fondo de Caja Chica durante el periodo 2021.

- Tras la revisión aplicada sobre la documentación que soporta los 11 reintegros ejecutados en el transcurso del periodo 2021, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, dado que no se evidenciaron inconsistencias ni problemas a nivel de registros y justificantes en función de la normativa interna aplicable.
- La Auditoría Interna determinó que los reintegros del fondo cumplieron con el monto estipulado en el artículo 36 del Reglamento para el funcionamiento del Fondo de Caja Chica del INAMU; y no se presentan diferencias mayores entre los días de registro contable y el trámite bancario con base en el análisis de la documentación validada.
- Se destaca la responsabilidad y el orden implementado en el archivo y custodia de la documentación de soporte tanto a nivel físico como electrónico (en los casos en que aplica), así como un evidente proceso periódico de revisión, análisis y supervisión para garantizar que la información que sustenta y justifica el uso de los recursos financieros, este de acuerdo con la normativa interna aplicable.

A continuación, se muestra el comportamiento de los once (11) reintegros analizados como parte del presente estudio:

Tabla No.9

Análisis de los reintegros del Fondo de Caja Chica- periodo 2021

		Reintegro 1	Reintegro 2	Reintegro 3	Reintegro 4	Reintegro 5
Registro contable analítico	Fecha	28/01/2021	18/02/2021	23/03/2021	08/04/2031	08/04/2031
	Documento	282021	52	1202021	1432021	1432021
	Monto	18,000.00	13,450.01	44,317.28	65,900.00	20,340.00
Registro contable sistema	Fecha	28/01/2021	18/02/2021	19/03/2021	08/04/2021	12/04/2021
	Documento	7859	7876	7930	7971	7981
	Monto	18,000.00	13,450.01	44,317.28	65,900.00	20,340.00
Registro Bancario	Fecha	28/01/2021	18/02/2021	19/03/2021	08/04/2021	12/04/2021
	Documento	282021	52	1202021	1432021	1532021
	Monto	18,000.00	13,450.01	44,317.28	65,900.00	20,340.00
Reintegro	Fecha	25/01/2021	12/02/2021	15/03/2021	26/03/2021	07/04/2021
	Documento	01-2021	02-2021	03-2021	04-2021	05-2021
	Monto	18,000.00	13,450.01	44,317.28	65,900.00	20,340.00
Días entre el arqueo y el deposito		3.00	6.00	4.00	13.00	5.00
Cumplimiento del 30%		120,000.00				

Continua en la siguiente página...

Viene de la página anterior...

		Reintegro 6	Reintegro 7	Reintegro 8	Reintegro 9	Reintegro 10	Reintegro 11
Registro contable analítico	Fecha	08/04/2021	14/10/2021	25/11/2021	25/11/2021	07/12/2021	07/12/2021
	Documento	1432021	4452021	5082021	5082021	11870255	11870255
	Monto	38,310.00	81,600.00	74,300.00	107,865.00	94,745.00	90,665.00
Registro contable sistema	Fecha	27/04/2021	14/10/2021	25/11/2021	30/11/2021	07/12/2021	22/12/2021
	Documento	8002	8219	8287	8301	8313	8346
	Monto	38,310.00	81,600.00	74,300.00	107,865.00	94,745.00	90,665.00
Registro Bancario	Fecha	27/04/2021	08/10/2021	18/11/2021	24/11/2021	07/12/2021	20/12/2021
	Documento	1792021	4452021	5082021	5312021	5432021	5822021
	Monto	38,310.00	81,600.00	74,300.00	107,865.00	94,745.00	90,665.00
Reintegro	Fecha	19/04/2021	01/10/2021	08/11/2021	22/11/2021	25/11/2021	06/12/2021
	Documento	06-2021	07-2021	08-2021	09-2021	10-2021	11-2021
	Monto	38,310.00	81,600.00	74,300.00	107,865.00	94,745.00	90,665.00
Días entre el arqueo y el deposito		8.00	7.00	10.00	2.00	12.00	14.00
Cumplimiento del 30%		120,000.00					

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por la Unidad de Tesorería y la URBR

Administración del Fondo de Personas Usuarias

A. Monto autorizado para el Fondo de Personas Usuarias

- El Fondo de Personas Usuarias, se solicita de forma trimestral, el monto se establece con base en las actividades de interés institucional que se han programado en el Plan de Trabajo de la URBR.
- Durante el cuarto trimestre del 2021, la URBR trabajo con un monto de ₡1,243,000.00 (Un millón doscientos cuarenta y tres mil colones exactos), siendo esta la suma de mayor consideración de los cuatro (4) adelantos solicitados en el transcurso del año 2021.
- Se logro evidenciar que los adelantos solicitados entorno a este fondo, se ejecutaron dentro del plazo de los primeros 5 días hábiles de cada trimestre, dado que los mismos fueron gestionados en forma anticipada.

A continuación, se muestra el comportamiento de los cuatro (4) adelantos analizados como parte del presente estudio:

Tabla No.10

Análisis de los adelantos del Fondo de Personas Usuarias- periodo 2021

		I	II	III	IV
Registro contable analítico	Fecha	07/01/2021	25/03/2021	06/07/2021	28/09/2021
	Documento	22021	1262021	11860002	4082021
	Monto	110,000.00	110,000.00	260,000.00	1,243,000.00
Registro contable sistema	Fecha	07/01/2021	25/03/2021	13/07/2021	23/09/2021
	Documento	7847	7966	8085	8191
	Monto	650,000.00	2,110,000.00	260,000.00	4,227,845.00
Registro Bancario	Fecha	07/01/2021	25/03/2021	07/07/2021	23/09/2021
	Documento	22021	1262021	2932021	4082021
	Monto	110,000.00	110,000.00	260,000.00	1,243,000.00
Adelanto	Fecha	03/12/2020	03/03/2021	01/06/2021	07/09/2021
	Documento	RB-APU-0005	RB-APU-0006	RB-APU-0007	RB-APU-0008
	Monto	110,000.00	110,000.00	260,000.00	1,243,000.00
Plazo para solicitud					
Días entre el adelanto y el deposito		35.00	22.00	36.00	16.00

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por la Unidad de Tesorería y la URBR

B. Responsables de la custodia, administración y supervisión del fondo

- El Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU, en su Artículo 26, indica las responsabilidades de las personas encargadas de las actividades y personas designadas para el manejo de estos gastos en la URBR y otros servicios de atención directa, sin embargo, a diferencia del Fondo de Caja Chica no señala un puesto en particular.
- En lo que respecta a la URBR, se evidenció mediante la documentación revisada que para el periodo 2021 y a la fecha se tiene designada como persona funcionaria responsable a la Sra. Piedra Fonseca, profesional ejecutiva.
- El Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU, en su Artículo 27 Responsabilidades de las Jefaturas, indica que figura, es la responsable de establecer mecanismos de control interno, lo cual se logró evidenciar mediante la verificación de los diferentes arqueos que se realizaron a lo interno de la URBR por parte de la jefatura a cargo.

C. Liquidaciones sobre reintegros aplicados al Fondo de Personas Usuarias durante el periodo 2021.

- Tras el análisis y pruebas realizadas a la documentación del periodo 2021, no se evidenciaron inconsistencias mayores en la documentación de soporte de cada liquidación del Fondo de Personas Usuarias, destacándose elementos importantes, en función del orden, aseo, organización, clasificación, custodia y archivo de la información, lo que evidencia un adecuado uso y aplicación de las normas de control interno, así como un proceso periódico de revisión, análisis y supervisión para garantizar que la información que sustenta y justifica el uso de los recursos financieros, este de acuerdo con la normativa interna aplicable.
- En dos (2) de las cuatro (4) de las liquidaciones presentadas, no se cumplió con el plazo de los 10 días naturales antes de finalizado el trimestre para realizar el trámite de liquidación, factor que nos representa una inconsistencia en sí, dado que en este tipo de fondos por la naturaleza de las actividades que cubre en ocasiones no es posible cumplir con dicho plazo, pero en general todo fue gestionado dentro de los plazos razonables a nivel administrativo. (ver conclusión 03).

A continuación, se muestra el comportamiento de las cuatro (4) liquidaciones analizadas como parte del presente estudio:

Tabla No.11

Análisis de las liquidaciones del Fondo de Personas Usuarias- periodo 2021

		I	III	IV	IV
Registro contable analítico	Fecha	25/03/2021	16/08/2021	28/09/2021	07/12/2021
	Documento	1262021	12778305	4082021	11870256
	Monto	73,790.00	83,080.00	153,590.00	669,990.00
Registro contable sistema	Fecha	26/03/2021	16/08/2021	30/09/2021	
	Documento	16944837	12778305	11040093	
	Monto	73,790.00	83,080.00	153,590.00	
Registro Bancario	Fecha	26/03/2021	16/08/2021	30/09/2021	07/12/2021
	Documento	16944837	12778305	11040093	19804614
	Monto	73,790.00	83,080.00	153,590.00	669,990.00
Devolución	Fecha	26/03/2021	05/08/2021	30/09/2021	07/12/2021
	Documento	RB-LPU-0005	RB-LPU-0006	RB-LPU-0007	RB-LPU-0008
	Monto	36,210.00	26,920.00	106,410.00	566,550.00
Plazo para liquidación					
Días entre el registro y la devolución		-	11.00	-	-

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por la Unidad de Tesorería y la URBR

3.3 PÓLIZAS DE CAUCIÓN EN RELACIÓN CON LOS FONDOS ASIGNADOS

La caución se define como el compromiso individual de la persona funcionaria que debe, dentro de sus funciones, recaudar, administrar o custodiar fondos y valores institucionales. Esta condición tiene origen en el artículo 13 de la Ley 8131 Ley de la Administración Financiera y Presupuestos Públicos, que cual establece lo siguiente:

“Artículo 13.- Garantías: Sin perjuicio de las previsiones que deba tomar la Administración, todo encargado de recaudar, custodiar o administrar fondos y valores públicos deberá rendir garantía con cargo a su propio peculio, en favor de la Hacienda Pública o la entidad respectiva, para asegurar el correcto cumplimiento de los deberes y las obligaciones de los funcionarios. Las leyes y los reglamentos determinarán las clases y los montos de las garantías, así como los procedimientos aplicables a este particular, tomando en consideración los niveles de responsabilidad, el monto administrado y el salario del funcionario.”

A nivel de las Normas de Control Interno para el Sector Público en relación con la caución, se hace referencia a lo siguiente:

“4.6.1 Control sobre la rendición de cauciones: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actualizar y divulgar las regulaciones y demás actividades de control pertinentes para promover y vigilar el cumplimiento, en todos sus extremos, de las obligaciones relacionadas con la rendición de garantías a favor de la Hacienda Pública o de la institución por los funcionarios encargados de recaudar, custodiar o administrar fondos y valores institucionales.”

En lo referente a la normativa interna, el Reglamento sobre la rendición de garantías o cauciones a favor del INAMU, indica lo siguiente:

“Artículo 2. Ámbito de aplicación: Las disposiciones contenidas en este Reglamento son aplicables a todas aquellas personas funcionarias del INAMU que administren, recauden y custodien fondos o valores públicos o que por la naturaleza de su cargo y responsabilidades deban caucionar.”

Como parte del análisis realizado, se validó la información concerniente a las pólizas de caución que mantienen activas las personas funcionarias encargadas de administrar y custodiar fondos públicos en la Unidad Regional Brunca, son:

Tabla No.12

Pólizas de Caución URBR- periodo 2021-2022

NIVEL	NIVEL JERARQUICO	NOMBRE PERSONA FUNCIONARIA	NUMERO PÓLIZA	MONTO PRIMA	MONTO ASEGURADO	FECHA VIGENCIA	ESTADO POLIZA
C	Jefaturas	Sonia Rojas Quesada	0105FID000185706	¢29 030,00	¢1 338 600,00	13/5/2022	RENOVADA
D	Profesional Ejecutivo	Marianela Piedra Fonseca	0105FID000157104	¢22 166,00	¢900 000,00	23/8/2022	RENOVADA
E	Tecnica Administrativa	Lorna Castro Pinto	0105FID000172803	¢11 249,00	¢450 000,00	21/11/2022	RENOVADA

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por el Departamento de Recursos Humanos y la URBR

La información anterior ha sido comparada y revisada contra los registros de control que administra el Departamento de Recursos Humanos, producto de dicha revisión se identificaron las siguientes inconsistencias:

- 1) Póliza de caución de la Sra. Rojas Quesada, presenta una diferencia en el monto asegurado, dado que el monto de cobertura de acuerdo con los datos de la póliza es de ¢ 1,200,000.00 (un millón doscientos mil colones exactos), identificándose una diferencia de ¢138,600.00 (ciento treinta y ocho mil seiscientos colones exactos) al comprar la cifra con los datos consignados en el auxiliar de control que administra el Departamento de Recursos Humanos. La fecha de vencimiento registrada en la póliza corresponde al 23/08/2022 y no al 29/07/2022. El número de la póliza detallada en el recibo emitido por el INS es el siguiente: 0105FID000185706
- 2) Póliza de caución de la Sra. Piedra Fonseca, presenta una diferencia en el monto asegurado, dado que el monto de cobertura de acuerdo con los datos de la póliza es de ¢ 900,000.00 (novecientos mil colones exactos), identificándose una diferencia de ¢7,600.00 (siete mil seiscientos colones exactos) al comprar la cifra con los datos consignados en el auxiliar de control que administra el Departamento de Recursos Humanos. La fecha de vencimiento registrada en la póliza corresponde al 23/08/2022 y no al 29/07/2022. El número de la póliza detallada en el documento emitido por el INS es el siguiente: 0105FID000157104.

- 3) Póliza de caución de la Sra Castro Pinto, presenta una diferencia en el monto asegurado, dado que el monto de cobertura de acuerdo con los datos de la póliza es de ₡ 450,000.00 (cuatrocientos cincuenta mil colones exactos), identificándose una diferencia de ₡3,800.00 (tres mil ochocientos colones exactos) al comprar la cifra con los datos consignados en el auxiliar de control que administra el Departamento de Recursos Humanos. El número de la póliza detallada en el documento emitido por el INS es el siguiente: 0105FID000172803.

as inconsistencias identificadas obedecen a la falta de la actualización periódica del auxiliar de control que administra el Departamento de Recursos Humanos, situación que ya ha sido expuesta en informes anteriores y sobre los cuales, dicho departamento, tiene asignada la ejecución de la recomendación No.3 del informe: INAMU-JD-AI-In-004-2022 *Gestión financiera y operativa de los CEAAM-Metropolitano y CEAAM-Occidente, para el periodo 2021, expuesto por medio del oficio: INAMU-JD-AI-086-2022* de fecha 22 de junio del año en curso, la cual cita:

(...)

En un máximo de sesenta (60) días naturales realizar una conciliación entre las pólizas de caución suscritas por las personas colaboradoras vs el auxiliar correspondiente y que se realicen los ajustes necesarios en caso de inconsistencias, además de que se continúen ejecutando estas conciliaciones de forma periódica para mantener la información debidamente actualizada, y presentar los resultados obtenidos a esta Auditoría Interna.

(...)

Posteriormente la Auditoría Interna en el proceso de seguimiento a las recomendaciones emitidas, validara la actualización de las inconsistencias reportadas en el presente informe relacionadas con el control de las pólizas de caución de las personas funcionarias. (Ver conclusión 04).

HALLAZGOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA IDENTIFICADOS EN LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA

3.4 HALLAZGO 01: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PERSONAS USUARIAS QUE ACCEDEN A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL INAMU.

Condición:

- Los Manuales, Procedimientos, Protocolos, Guías o cualquier otro documento de índole similar, que se enfoque en la atención a personas usuarias, son instrumentos de gran valor que le permiten a la institución, crear la estructura necesaria para tratar de estandarizar las medidas de acción, la calidad y el tipo de atención que se brinda a la población usuaria de los servicios institucionales, independientemente si esta atención se brinda en la Unidad Delegación de la Mujer, Unidad Centro de Información y Orientación, en los Centros Especializados de Atención y Albergue Temporal para Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar, sus hijos e hijas o cualquiera de las seis (6) Unidades Regionales que tiene a disposición de la población el INAMU.
- Con base en lo anterior, y tras los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas y las pruebas de campo realizadas, se determinó que los Protocolos o Guías de atención a personas usuarias no están debidamente actualizados ni estandarizados.
- Se constató que, dichos instrumentos, aún no han sido oficializados ni implementados en su totalidad a nivel institucional, siendo sumamente necesario dentro de todo este proceso, el debido acompañamiento y capacitación que la institución debe brindar, a las personas funcionarias a cargo de la atención y servicio a personas usuarias.
- Entre los documentos que hemos ubicado referentes al servicio de atención a la persona usuaria, podemos mencionar:
 - ✓ Guía para la atención legal de la violencia contra las mujeres, Código: P16, Revisión: 03, Fecha edición: 03-06-2021.
 - ✓ Guía para la atención en Psicología de la violencia contra las mujeres, Código: P16, Revisión: 03, Fecha edición: 12-05-2022.

- ✓ Propuesta operativa de protección para mujeres en riesgo de muerte kit de emergencia, versión 2015.
- ✓ Protocolo interinstitucional de intervención y valoración de riesgo en situaciones de violencia contra las mujeres. (no se identifica código de documento, fecha de emisión o actualización).
- ✓ Consentimiento Informado (no se identifica código de documento, fecha de emisión o actualización).
- ✓ Constancia de Atención (no se identifica código de documento, fecha de emisión o actualización).
- ✓ Escala de valoración de riesgo de femicidio (no se identifica código de documento, fecha de emisión o actualización).

Criterio

- En relación con lo expuesto, las Normas de Control Interno del Sector Público indican lo siguiente:

4.1 Actividades de control:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad.

El ámbito de aplicación de tales actividades de control debe estar referido a todos los niveles y funciones de la institución. En ese sentido, la gestión institucional y la operación del SCI deben contemplar, de acuerdo con los niveles de complejidad y riesgo involucrados, actividades de control de naturaleza previa, concomitante, posterior o una conjunción de ellas. Lo anterior, debe hacer posible la prevención, la detección y la corrección ante debilidades del SCI y respecto de los objetivos, así como ante indicios de la eventual materialización de un riesgo relevante.

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.

Causa

- En el transcurso del proceso de evaluación de la gestión operativa de la URBR y de otras Unidades Regionales que han sido auditadas en los periodos 2021-2022, se ha identificado que pese a los esfuerzos realizados en las diferentes sedes en que se ofrecen servicios de atención y el propio Departamento de Violencia de Género, a la fecha aún no han sido actualizados, estandarizados ni oficializados los instrumentos que se han creado, con el propósito de implementar y desarrollar una política interna de servicio que este alineada a la Política Nacional para la atención y prevención de la violencia contra las mujeres de todas las edades 2017-2032.
- La falta de estandarización en el servicio que se brinda a la persona usuaria de los servicios institucionales, tiende a evidenciar a nivel institucional, las diferencias que se presentan entre el servicio facilitado entre las sedes que se ubican dentro del gran área metropolitana (GAM), en comparación al servicio brindado en las zonas rurales, lo cual no debería de presentarse, dado que los estándares y nivel de atención que se brinda, debe ser el mismo a nivel institucional, independientemente del lugar o la zona a la cual las personas usuarias recurran para recibir atención, asesoría, orientación y apoyo.
- Las causas asociadas a esta situación, pueden ser varias y en general obedecen a temas de unificación de criterios, articulación de esfuerzos y la disponibilidad de espacios dentro de los planes y agendas de trabajo institucionales, para que las personas funcionarias que intervienen en la elaboración, revisión e implementación de estos instrumentos, puedan avocarse con grado de prioridad, a los procesos de elaboración de herramientas que estandaricen el tipo, la naturaleza, las condiciones y de más factores que intervienen en la atención de las personas usuarias.

Efecto

- En temas de servicio y atención, es de suma importancia la trazabilidad que la institución pueda dar, en función del acceso a los servicios que utilizan las personas usuarias, dado que esto le permite conocer de una mejor forma, cual es la demanda real del servicio, mapea y delimita el perfil de la población que accede a los servicios, identifica que tipo de condiciones afectan a la hora de habilitar espacios de atención, y en qué momentos dependiendo de las condiciones, se hace necesario el aplicar mecanismos de intervención especial o excepciones y como respaldar debidamente en dichas situaciones a la institución y a las personas funcionarias que facilitan el servicio de atención.
- El tipo de servicio que brinda la institución en materia de violencia, es muy delicado y especializado, por ende las coordinadoras de departamento y las jefaturas de área, así como las profesionales en derecho y psicología enfocadas en la atención de personas usuarias, deben disponer de herramientas e instrumentos que también respalden y resguarden a institución y a dichas profesionales, máxime en temas de confidencialidad, secreto profesional y administración de expedientes de la atención brindada. (Ver *Conclusión 05*).

3.5 HALLAZGO 02: ADMINISTRACIÓN DE EXPEDIENTES ADMINISTRATIVOS DE ATENCIÓN A PERSONAS USUARIAS EN LA URBR.

Condición:

- La definición de un expediente administrativo con base en el Glosario Ilustrado de Terminología Archivística Costarricense es la siguiente:

“Conjunto de procedimientos administrativos para preparar una resolución \\\ (...) Serie ordenada de actuaciones administrativas o judiciales.\\ Conjunto ordenado de papeles de trabajo que tienen una especial importancia debido a que su contenido no es únicamente de utilidad para el ejercicio que se tramita, sino para trámites, consultas, utilización posterior; (...)\\ Entendemos por expediente el conjunto de

testimonios escritos reflejos de un procedimiento administrativo iniciado por un peticionario que ha seguido su génesis al recibirse por el organismo de destino (...)”.

- Con base en la definición anterior, el expediente administrativo es una unidad estrictamente organizada de documentos, reunidos con la finalidad de evidenciar un acto, proceso o procedimiento administrativo y así fundamentar la resolución administrativa que contienen.
- Mediante el oficio INAMU-PE-UAL-293-2021 de fecha 17 de diciembre del 2021 emitido por la Unidad de Asesoría Legal, se ha dejado constancia de que la definición de expediente administrativo cubre la atención que se brinda a las personas usuarias en las materias de: derecho, psicología y trabajo social, tal y como se detalla a continuación:

(...)
los expedientes de atención psicológica, de asesoría jurídica y de servicio en trabajo social deben ser considerados expedientes administrativos y, por lo tanto, cumplir con los lineamientos establecidos para ese tipo de documentos.

(...)

- Producto de las pruebas de campo realizadas, se analizó una muestra de expedientes de personas usuarias que han accedido a los servicios institucionales en materia de violencia, a través de la atención brindada por parte de las personas funcionarias destacadas en derecho y psicología de la Unidad Regional Brunca.
- El resultado obtenido de las pruebas realizadas permitió identificar varias inconsistencias y una limitada implementación de mecanismos de control interno, que están afectando la conformación propia de los expedientes y la trazabilidad de la información que cada uno debe resguardar para posibles seguimientos futuros y como respaldo de cara a la institución y a las profesionales que están brindando dicho servicio de atención.

- La Auditoría Interna evidenció una limitada labor de supervisión por parte de la jefatura de la Unidad Regional y de la coordinación del Departamento de Violencia de Género, en lo correspondiente a la materia de expedientes administrativos, dado que existe ambigüedad en la interpretación de la **Resolución PE-021-2016** emitida por la Presidencia Ejecutiva en fecha 23 de febrero del 2016, la cual hace referencia a los **Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF**, específicamente en lo concerniente a los puntos 4 y 5, los cuales para una mejor comprensión del tema, se detallan a continuación:

4. El Área de Violencia de Género, tendrá a su cargo la supervisión, el acompañamiento y el direccionamiento técnico de este personal, así como el seguimiento de los casos que se lleven en las respectivas Unidades.

5. La jefatura de la Unidad Regional respectiva deberá atender las recomendaciones técnicas del Área de Violencia de Género que se dirijan al personal a su cargo encargado de la atención especializada en violencia contra las mujeres.

- Tras los resultados de las pruebas aplicadas y producto de las entrevistas realizadas a las partes involucradas en el tema de expedientes administrativos, se logró identificar que se han implementado en forma parcial en algunos casos, medidas de control interno en pro de la conformación idónea de los expedientes administrativos.
- Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, existen casos importantes en los cuales se evidencia la falta de información o instrumentos de control interno, que sustenten y den trazabilidad a la ejecución de un proceso de seguimiento, tipo de atención, tiempo empleado en las sesiones de atención, traslado o referencia de casos hacia otra institución o dependencia y finalmente, en caso de ser requerido, el posible cierre o conclusión tras la atención brindada a la persona usuaria.

Criterio

- Mediante la Circular No.003-2019 de fecha 19 de marzo del 2019, la Presidencia Ejecutiva oficializo y comunico a la Dirección Estratégica, Dirección Administrativa Financiera, a las personas en puestos de Coordinación de Departamento y Jefatura de Unidades, a la Unidad Ejecutora de FOMUJERES y a las personas encargadas de los archivos de gestión, los **Lineamientos para la gestión de expedientes administrativos en el INAMU**.
- Dichos lineamientos fueron creados con el objetivo de homogenizar y actualizar los **Lineamientos para la Gestión de Expedientes Administrativos en el INAMU**, tratando de garantizar el acceso a la información integra y confiable que reflejara los actos, procesos y procedimientos aplicados por la institución, los cuales necesariamente afectan los derechos de las personas usuarias y a su vez salvaguardar el testimonio de las actuaciones administrativas en la rendición de cuentas y transparencia como principal instrumento de defensa ante potenciales litigios, en los cuales se pueda ver inmersa la institución o las profesionales que brindan los servicios institucionales.
- Es también importante destacar que la Presidencia Ejecutiva menciona en dicha circular, que los lineamientos se habían adaptado a las necesidades específicas de la institución y que se conformaron en el marco de la normativa nacional existente, tanto en el ámbito archivístico como de la administración pública, y por ello eran de acatamiento obligatorio para todas las dependencias que producen este tipo de expedientes.
- Los **Lineamientos para la Gestión de Expedientes Administrativos en el INAMU**, contaron con la aprobación del Archivo Central Institucional y de la Unidad de Asesoría Legal para garantizar el acceso a la información.

- De acuerdo con los **Lineamientos para la Gestión de Expedientes Administrativos en el INAMU**, la institución tiene identificados doce (12) diferentes tipos o clases de expedientes administrativos que se llegan a conformar de acuerdo con la naturaleza propia de las funciones institucionales, en la siguiente clase se ubican los expedientes de atención a personas usuarias:

(...)

Expedientes generados por asuntos o materias, en relación con un procedimiento específico.

(...)

- Por otra parte, en el oficio INAMU-PE-UAL-293-2021 de fecha 17 de diciembre del 2021 emitido por la Unidad de Asesoría Legal, también se hace referencia a los criterios legales que la institución debe tomar en cuenta en lo referente a la conformación de expedientes administrativos que cumplan con las obligaciones y deberes que las personas profesionales de las áreas de: derecho, psicología y trabajo social, deben cumplir en el ejercicio de sus labores, a fin de determinar si existe o no, un deber de confidencialidad de la información a la que tuvieron acceso a raíz de las respectivas atenciones brindadas a las personas usuarias, para lo cual se hizo referencia a la siguiente normativa:

El artículo 41 del Código de Deberes Jurídicos, Morales y Éticos del Profesional en Derecho, respecto al secreto profesional establece:

***“Artículo 41.-Constituyen secreto profesional las confidencias que se hagan al abogado o abogada con ocasión de su ejercicio profesional por parte del cliente, del adversario, de los colegas, las que resulten de entrevistas para conciliar o transar y las de terceras personas. Asimismo, estarán bajo secreto profesional el conocimiento obtenido con ocasión del ejercicio profesional de los documentos privados, los documentos que reciba y su contenido. Es prohibido revelar la información obtenida bajo secreto profesional con las excepciones establecidas en el artículo siguiente. La obligación de guardar secreto profesional perdura aún después de cesada la relación profesional.*”**

Si un abogado o abogada se entera de un asunto en razón de una consulta realizada por un colega, deberá guardar secreto profesional respecto a esa información.

Los abogados y las abogadas deberán advertir a su personal de apoyo de la confidencialidad de los asuntos que conoce con ocasión de su ejercicio profesional, y del consecuente deber de reserva que los cobija. Si se llama a un abogado o abogada a declarar como testigo, deberá concurrir y oponer su derecho de no contestar aquellas preguntas cuyas respuestas sean susceptibles de violar el secreto profesional.”
(la negrita no forma parte del texto original).

El artículo 21 del Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica establece:

“Artículo 21.-La o el profesional en psicología deberá emplear el más estricto cuidado con los documentos bajo su custodia en razón de su ejercicio profesional. Deberá mantenerlos separados de los propios, conservarlos en el estado en que los recibe y no aceptar aquellos cuya custodia de su parte no sea indispensable. Tampoco deberá retener en forma ilegítima o injustificada objetos o documentos de las personas usuarias para el cobro de sus honorarios.

En el caso de laborar para una institución pública y/o privada, la o el profesional en psicología deberá interponer sus mejores oficios para hacer cumplir con lo dicho en este artículo.

Siendo obligación de la institución formar las previsiones y condiciones para garantizar el secreto profesional y la confidencialidad. En ningún caso permitirá el acceso y custodia de los expedientes a personas no profesionales en psicología.”

(la negrita no forma parte del texto original).

El artículo 5 del Código de ética Profesional del Colegio de Trabajadores Sociales establece:

“Artículo 5.- Confidencialidad en la práctica profesional. Las personas profesionales en Trabajo Social:

a. Valoran, respetan y fomentan la confianza de la población con la que trabajan, pues constituyen la base fundamental del quehacer profesional; por lo anterior, mantienen la confidencialidad durante y posterior de la atención establecida.

b. Respetan la confidencialidad de la información brindada por la población, conocida de forma tácita o explícita, sin que esto riña con los

marcos establecidos por este Código, las leyes y reglamentos nacionales o institucionales.”

- El oficio INAMU-PE-UAL-293-2021 de fecha 17 de diciembre del 2021 emitido por la Unidad de Asesoría Legal, concluye tras el análisis de la normativa legal relacionada al tema de expedientes administrativos que, es obligación de la persona profesional guardar la confidencialidad de la información brindada por las personas usuarias a las que se les brindó la atención según la especialidad del caso y que por ello es importante velar porque este tipo de información no sea accedida por terceras personas.
- Es importante también mencionar que, relacionado con el tema de expedientes administrativos, debemos tener presente que, la institución cuenta con una Política sobre la atención del derecho de petición con base en la Ley No.9097, Ley de regulación del derecho de petición. Dicha política fue aprobada por la Junta Directiva, mediante acuerdo número cinco de la sesión ordinaria número treinta y cinco, de fecha 17 de diciembre del año 2020 y que fue publicada en la Gaceta No.40 de fecha 26 de febrero del 2021.
- La Política sobre la atención del derecho de petición con base en la Ley No.9097, tiene como objetivo brindar las herramientas jurídicas que orienten a las personas usuarias de los servicios que presta el Instituto Nacional de las Mujeres en todo el país, así como a las personas funcionarias en cuanto al derecho de petición que tiene la ciudadanía, a fin de que se tenga claridad sobre el tema, permitiendo con ello mejorar y reforzar todo lo concerniente a los servicios que brinda la institución.
- Lo expuesto en el párrafo anterior, es un argumento más que debe ser considerado en el proceso de concientización a nivel institucional, sobre la importancia que adquiere el hecho de que un expediente administrativo debe estar debidamente conformado, ya que el mismo debe cumplir efectivamente con el derecho humano de acceso a la información pública, que instruye a las instituciones del estado para que adopten las acciones necesarias que garanticen de forma proactiva, oportuna, oficiosa y completa la aplicación de dicho derecho.

Causa

- En el proceso de análisis del presente estudio, se tuvo acceso a la información expuesta mediante oficio INAMU-DAF-ACI-071-2021 de fecha 21 de diciembre del 2021 emitido por el Archivo Central Institucional y la Dirección Administrativa Financiera y que fue dirigido a los Departamentos de Violencia de Género, Desarrollo Regional, Unidad Delegación de la Mujer y Unidades Regionales, bajo el asunto: **Indicaciones y recomendaciones para la conformación de expedientes derivados del servicio de atención en violencia de género que brinda el INAMU, incluyendo la Unidad Delegación de la Mujer**, en dicho oficio se hace referencia a indicaciones y recomendaciones en torno a la conformación de los distintos expedientes derivados del servicio de atención en violencia de género que brinda el INAMU.
- Tras las evaluaciones realizadas y las pruebas aleatorias aplicadas, se evidencia que está ausente la implementación de medidas de control que garanticen una supervisión periódica sobre la ejecución efectiva en tiempo y forma de los lineamientos establecidos a nivel institucional, en materia de conformación de expedientes administrativos, dado que varias de las inconsistencias identificadas, obedecen a que no se están implementando en su totalidad, los lineamientos emitidos a nivel institucional referente al tema de expedientes, o no se han atendido las recomendaciones que han sido emitidas por el Archivo Central Institucional referentes a este tema, pese a que se evidencia que se han impartido capacitaciones y girado oficios a personal de las Unidades Regionales y Delegación de la Mujer con oportunidades de mejora sobre dicho tema.
- A modo de ejemplo, algunas de las inconsistencias identificadas en la revisión de expedientes versan sobre los siguientes casos o situaciones:
 - Falta de firmas en documentos varios, por ejemplo: Formularios de registro obligatorio de acuerdo con los protocolos de atención del área.
 - Firmas del documento: Acuerdo de conocimiento informado (referente a la firma de la persona funcionaria como de la persona usuaria).
 - Completar y firmar el formulario: Valoración y administración del riesgo en situaciones de violencia contra las mujeres en relación de pareja, el cual forma parte de la Guía de Valoración de Riesgo conforme a la escala definida, dicho documento forma parte del Protocolo Interinstitucional de Intervención.

- Todos los documentos del expediente deberían estar foliados y se identifican casos en los cuales dicha labor no se ha realizado.
- Expedientes aperturados únicamente con un oficio de referencia emitido por otra institución. En este tipo de casos también se identificó que no se ubica el tipo de acción que ejecuto el INAMU (Si la referencia fue aceptada y se le dio trámite, si fuera rechazada y por ende contestada o si fue transferida de vuelta a la misma institución que la remitió o a otra con mayor competencia para su atención).
- Expedientes sin un orden cronológico de los eventos, sin un consecutivo que permita la trazabilidad adecuada de la información, con hojas sueltas, en algunos casos sin una prensa o grapa para compaginar los documentos y evitar un posible traspapele de información.
- La ambigüedad que existe en la interpretación de la Resolución PE-021-2016 emitida por la Presidencia Ejecutiva en fecha 23 de febrero del 2016, bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF (apartados 4 y 5), ha hecho complicado el discernir entre las personas funcionarias de las Unidades Regionales, la Jefatura de cada Unidad Regional y la coordinación del Departamento de Violencia de Género, como se debe administrar, supervisar y evaluar el tema de expedientes administrativos, provocando serias carencias de información y limitando la trazabilidad de los documentos que respaldan dicha gestión.

Efecto

- Un expediente administrativo sea por atención en materia de derecho, psicológica o de trabajo social, evidencia y respalda la atención brindada, además de que el mismo constituye una garantía como tal del proceso que se lleva a cabo, y respalda a las tres partes involucradas en dicha atención, a saber:
 - ✓ **La persona usuaria**, quién se constituye como el titular de la información que consta en el expediente.
 - ✓ **La persona funcionaria y profesional** que brinda el servicio, y es quien registra todas las incidencias, alcances y resultados de la evaluación realizada.

- ✓ **La institución**, que es la que proporciona los canales adecuados para facilitar dicho servicio de atención, creando la normativa interna adecuada que regula la atención y garantizando el cumplimiento de los requisitos establecidos.

- La conformación de expedientes administrativos debe versar en todo momento sobre los conceptos de eficiencia en la gestión de la información, la transparencia administrativa, la rendición de cuentas y la eficacia en la administración del servicio brindado, cuando los elementos anteriores no se evidencian en varios de los expedientes que se utilizaron en la muestra aleatoria, es un indicador de que la institución debe trabajar de una mejor forma en la estrategia de concientización e implementación de los lineamientos internos que norman la conformación de expedientes administrativos en materia de atención, tanto en lo referente al servicio facilitado en las Unidades Regionales, como el que se brinda en la Unidad Delegación de la Mujer.

- La inobservancia a las recomendaciones emitidas por el Archivo Central Institucional conlleva el consecuente incumplimiento de requisitos en materia de gestión documental, lo cual forma parte de un proceso institucional que ha de afectar la preparación de la documentación que debe ser custodiada, resguardada, transferida o eliminada de acuerdo con la información contenida en la tabla de plazos de cada dependencia que administra expedientes administrativos.

- Si los expedientes administrativos no se elaboran de una forma adecuada, responsable y atendiendo los lineamientos establecidos, así como la normativa que gira en torno al manejo de este tipo de información, puede llevar a exponer a la persona funcionaria o a la institución misma, a posibles riesgos que atenten contra el cuestionamiento de la capacidad técnica, la credibilidad, confianza o imagen institucional, motivo por el cual se constituyen en un instrumento relevante a la hora de evidenciar la trazabilidad de los hechos y los mecanismos institucionales que se emplean, a la hora de brindar el servicio de atención a personas usuarias. *(Ver Conclusión 06).*

3.6 HALLAZGO 03: UBICACIÓN FÍSICA Y CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DEL CUARTO DE TELECOMUNICACIONES EN LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA.

Condición

- Tras efectuar un recorrido en las instalaciones físicas que albergan a la Unidad Regional Brunca, se evidencian situaciones que pueden llegar a materializar riesgos de exposición del equipo ubicado en el cuarto de telecomunicaciones destacado en dicha unidad regional, tales como:
 - ✓ el cuarto en donde se ubica el equipo de telecomunicaciones se utiliza en forma simultánea también para el acomodo y resguardo de insumos químicos que se emplean en labores de limpieza de la URBR.
 - ✓ el espacio habilitado no está debidamente ventilado, dado que el equipo de aire acondicionado que da soporte a esta área no estaba funcionando al momento de la visita efectuada, lo cual impide mantener los equipos a una temperatura estándar y adecuada de operación.
 - ✓ se evidencio que las llaves de acceso al recinto estaban colocadas en el llavín de la puerta de entrada a dicho recinto, lo cual elimina cualquier medida de seguridad y restricción de acceso a este espacio.

Criterio

- De acuerdo con las Normas de Control Interno para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República (N-2-2009-CO-DFOE), específicamente en lo referente al punto 4.1 Actividades de Control, el cual cita:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales. Dichas actividades deben ser dinámicas, a fin de introducirles las mejoras que procedan en virtud de los requisitos que

deben cumplir para garantizar razonablemente su efectividad. El ámbito de aplicación de tales actividades de control debe estar referido a todos los niveles y funciones de la institución. En ese sentido, la gestión institucional y la operación del SCI deben contemplar, de acuerdo con los niveles de complejidad y riesgo involucrados, actividades de control de naturaleza previa, concomitante, posterior o una conjunción de ellas. Lo anterior, debe hacer posible la prevención, la detección y la corrección ante debilidades del SCI y respecto de los objetivos, así como ante indicios de la eventual materialización de un riesgo relevante.

- De igual forma las Normas de Control Interno para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República (N-2-2009-CO-DFOE), específicamente en lo referente al punto 4.3 Protección y conservación del Patrimonio, citan lo siguiente:

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, incluyendo los derechos de propiedad intelectual. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos.

(...)

- También se hace necesario destacar que las Normas de Control Interno para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República (N-2-2009-CO-DFOE), específicamente en lo referente al punto 4.3.1 Regulaciones para la administración de activos, citan lo siguiente:

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, actualizar y comunicar las regulaciones pertinentes con respecto al uso, conservación y custodia de los activos pertenecientes a la institución. Deben considerarse al menos los siguientes asuntos:

a. La programación de las necesidades de determinados activos, tanto para efectos de coordinación con las instancias usuarias, como para la previsión de sustituciones, reparaciones y otros eventos.

(...)

- Los equipos y el tipo de información que se administra a través del cuarto de telecomunicaciones que se habilita en cada Unidad Regional, requieren el acondicionamiento ambiental (un sistema de enfriamiento para garantizar el buen funcionamiento de los equipos), como una forma de prevenir posibles pérdidas o afectaciones que impliquen en el corto o mediano plazo, la disposición de recursos económicos superiores para su reparación o sustitución.
- Mediante consulta realizada a la Unidad de Informática, le fue facilitada a la Auditoría Interna, los requerimientos mínimos que dicha dependencia ha establecido con el objetivo de habilitar un espacio adecuado para la operación de los equipos de cómputo y del cuarto de telecomunicaciones en una unidad regional, los requerimientos establecidos se citan a continuación:

Tabla No.13

Requerimientos mínimos a nivel técnico para acondicionar Cuarto de Comunicaciones en UR

Proveedor del servicio	ICE	Condición Climática	
Tipo de Servicio	MPLS	Tipo de Equipo	Aire Acondicionado
Velocidad	RECOMENDACIÓN 20 MB	Tipo de potencia requerida	1,5 kW
DIRECCIONAMIENTO IP			
IP PUBLICA	172.16.30.XX / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP PRIVADA	172.16. / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP SWITCH	192.168.XX.6 / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP FIREWALL	192.168.1.34 / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP ROUTER	192.168.XX.1 / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP AP INALAMBRICO	192.168.XX.11 / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		
IP IMPRESORA	192.168.XX.3 / SE MANTIENE EL MISMO DIRECCIONAMIENTO YA QUE ES UNA MIGRACION DE SEDE		

Continúa en la siguiente página...

Viene de la página anterior...

CUARTO DE TELECOMUNICACIONES		
TIPO DE EQUIPO	CARACTERISTICAS	CANTIDADES
RACK DE GABINETE	Rack Gabinete de piso 30 RU 150 cm o Capacidad de carga de 400 LB Al menos 19 unidades de rack. Al menos 36" de Alto, 22.6" de profundo Ventiladores de extracción de aire	1
PATCH PANEL	48 Puertos, cat6	2
ORGANIZADOR DE CABLES	Organizador de Cables Horizontal y Vertical para Rack 19", 1U	2
SWITCH	Conmutación de 48 puertos 1/10 Gigabit Ethernet con compatibilidad con PoE+ para acceso orientado a dispositivos, servidores básicos y dispositivos de red.	2
PATCH CORE	certificados según la cantidad de conexiones	Por definir según proyecto
ROUTER	Router Cisco 1941 Series	1
FIREWALL		
CABLE UTP	Cable Categoría 6 certificado	
AP INALAMBRICO	Access Point CISCO Meraki con administración en la nube licenciado	4
PDU O REGLETA	PDU BARRA MULTICONTACTO 7 CONTACTOS SUPRESOR RACK	1
UPS	UPS para cada centro de comunicaciones. La UPS deberá tener al menos las siguientes características: Voltaje de Entrada 208/220/230/240 VCA ± 20%, 40-70 Hz Voltaje de Salida 120/240 VCA ± 1% Alimentación Monofásica Operación silenciosa (50dB a 1m) Protección termomagnética incluida. Factor de potencia 0.99 Distorsión armónica menor a 5% Tipo Online, doble conversión.	1
PUESTOS DE TRABAJO	Con crecimiento	32
IMPRESORA EN RED	Por definir según proyecto	2

Continúa en la siguiente página...

Viene de la página anterior...

OTROS REQUERIMIENTOS		
TIPO DE EQUIPO	CARACTERISTICAS	CANTIDADES
CABLEADO ELECTRICO EN BUEN ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> • Para garantizar la protección de los equipos se deberá instalar un tomacorriente de UPS en cada puesto de trabajo, estos serán utilizados exclusivamente para equipo de cómputo, excepto las impresoras. • Estos tomacorrientes serán alimentados desde un panel eléctrico único que estará conectado a un UPS con capacidades a definir según la cantidad de equipos a respaldar. • El gabinete de telecomunicaciones tendrá un circuito independiente para su alimentación eléctrica. • Se deberá instalar una transferencia manual para sacar de operación la UPS en caso de ser necesario. • La UPS deberá tener al menos las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> o Voltaje de Entrada 208/220/230/240 VCA \pm 20%, 40-70 Hz o Voltaje de Salida 120/240 VCA \pm 1% o Alimentación Monofasica o Operación silenciosa (50dB a 1m) o Protección termomagnética incluida. o Factor de potencia 0.99 o Distorsión armonica menor a 5% o Tipo Online, doble conversión. • El UPS deberá contar con una garantía mínima de 1 año contra defectos de fábrica, deberá contemplarse un contrato de mantenimiento preventivo 	
CABLEADO ESTRUCTURADO	La instalacion de sistemas de cableado estructurado se utilizara para señalizacion fisica de sistemas de datos, voz, video, seguridad fisica, control de acceso, acometidas, espacios de telecomunicaciones, asi como cualquier aplicacion que requiera señalizacion por medio de cable de cobre como Coaxial, UTP, Sctp entre otros o cualquier tipo de Fibra Optica.	
AREA DE	la toma electrica debe estar ubicado lo mas cerca posible del rack de	
UBICACIÓN IMPRESORAS	ubicada en el vestibulo. Se debera instalar cada toma de red con doble conector, pensando en un puerto de datos y otro de respaldo para cualquier eventualidad	2
UBICACIÓN DE ACCESS POINT	Ubicados en el pasillo comun. Debido a los constantes cambios de los estándares 802.11 (802.11ax de pronta liberación en el 2019) donde se requerirán capacidad de soportar velocidades de hasta 11 GB, se requerirá siempre la instalación de 2 UTP para cada Access Point.	4
UBICACIÓN DE	mostradas en el plano	
PLANOS DEL LOCAL	planos electricos, cableado, ubicacion de oficinas. De acuerdo a ubicación de instalaciones tecnicas, se recomienda la implementacion de sistemas de seguridad como camaras y mínimo tamaño de la puerta 1m ancho por 2,13 alto	
MEDICION NIVELES DE REVISION TECNICA	Humedad relativa de 40% a 55%	

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por la Unidad de Informática

- De acuerdo con las especificaciones técnicas el acondicionamiento adecuado del cuarto de telecomunicaciones de la URBR es muy importante, para salvaguardar el estado de los equipos, evitando que estos se sobrecalienten o dañen en forma permanente, lo cual actualmente de acuerdo con la situación expuesta, es un riesgo con el cual la administración activa de la URBR ha debido convivir, hasta tanto no se ejecute el cambio correspondiente de equipos.

Causa

- La reparación de los equipos de aire acondicionado a nivel institucional (oficinas centrales y unidades regionales) es gestionado por la Dirección Administrativa Financiera, a través del Departamento de Proveeduría, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de administración de activos, el cual en su artículo 42. Reparación de activos, cita lo siguiente:

Quando un activo requiera reparación, la jefatura deberá solicitarlo por escrito a la Proveeduría, indicando expresamente el daño, a fin de que ésta realice lo que corresponda y contrate el servicio de reparación. En lo relativo al equipo de cómputo, se deberá seguir además el procedimiento establecido por la Unidad de Informática.

- Al momento de la visita efectuada por la Auditoría Interna a la URBR, se identificó que el equipo de aire acondicionado de dicha sede ubicado en el cuarto de comunicaciones no se encontraba en funcionamiento, lo cual ya había sido reportado por la jefatura al área correspondiente, sin embargo se estaba a la espera de la correspondiente revisión o sustitución del equipo.
- Al consultar al Departamento de Proveeduría sobre la situación identificada con el aire acondicionado de la URBR, le fue expuesto a esta Auditoría Interna, que la institución ya tiene adjudicada y en ejecución la contratación de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo para los aires acondicionados y equipos de refrigeración del INAMU, mediante el procedimiento No. 2022CD-000031-0015800001 Contratación directa por escasa cuantía (art.2 inc. h) LCA y art. 144 RLCA), tipo de modalidad: según demanda. Motivo por el cual la inspección y valoración del equipo dañado fue atendida hasta posterior a la visita que hiciera la Auditoría Interna en dichas instalaciones.

- Al darle seguimiento a este caso, identificamos que, a la fecha de emisión del informe, el equipo de aire acondicionado sigue dañado y que se debe sustituir por uno nuevo dado que los costos de repuestos y la correspondiente reparación ascendían aproximadamente a la suma de ¢400.000 (cuatrocientos mil colones), siendo que el valor en libros de dicho activo es de ¢99.737 (noventa y nueve mil setecientos treinta y siete colones) por lo que no resulta conveniente su reparación, máxime que dicho activo tiene más de 8 años de vida útil.
- Adicionalmente como parte del seguimiento a este incidente, le fue reportado a esta Auditoría Interna que, el 8 de diciembre del presente año, otro equipo de aire acondicionado de la URBR también se dañó y se estaba a la espera de los resultados de la valoración que haga el proveedor subcontratado amparado en el procedimiento No.2022CD-000031-0015800001 Contratación directa por escasa cuantía, para determinar si el mismo debe ser reparado o sustituido.
- Es importante mencionar que, como parte del proceso de evaluación realizado, la Auditoría Interna procedió también con la revisión y análisis de los reportes emitidos por la Unidad de Informática entorno a los resultados obtenidos en las giras de mantenimiento preventivo que ejecuta dicha dependencia a nivel de unidades regionales, para lo cual se tuvo acceso al último Informe de la gira realizada a la URBR, la cual se efectuó del 26/05/2021 al 28/05/2021, y cuyos resultados no reportaron observaciones entorno al cuarto de comunicaciones al momento de efectuar dicha gira.
- Tras la consulta realizada en torno al tema a la Unidad de informática mediante sesión de trabajo realizada el 06/09/2022, le fue expuesto por la Auditoría Interna a dicha unidad, las condiciones identificadas en el cuarto de comunicaciones referente al tema de ubicación del equipo, fallas del aire acondicionado, el nivel de acceso al recinto entre otras situaciones, ante lo expuesto, dicha unidad manifestó lo siguiente:
 - ✓ *La Unidad de informática tenía conocimiento de que el acceso al recinto es restringido y que las llaves de la puerta las custodiaba la jefatura de URBR en su oficina.*
 - ✓ *La Unidad de informática si ha dictado las pautas a considerar para la ubicación de los equipos de comunicación en infraestructura nueva (procesos de*

construcción propios de la entidad). Sin embargo, en lo referente a la infraestructura alquilada, las pautas emitidas van orientadas a tratar de ajustarse al espacio físico y a las condiciones disponibles que facilite la Dirección Administrativa Financiera.

- ✓ *Actualmente la Unidad de Informática no tiene injerencia alguna en lo correspondiente al funcionamiento u operación de los equipos de aires acondicionados que se ubican en ninguna de las sedes de la institución.*

Efecto

- El principal efecto derivado del presente hallazgo reside en las siguientes situaciones:
 - ✓ Al ubicarse las llaves de acceso al cuarto de telecomunicaciones colocadas en la puerta, se evidencia que no se está controlando de una forma adecuada y segura el acceso de personas no autorizadas a los equipos que se resguardan en dicho sitio.
 - ✓ El resguardar en forma temporal o permanente otro tipo de insumos que no corresponden a un cuarto de telecomunicaciones (artículos de limpieza, químicos, desinfectantes, etc.), expone a un gran riesgo a la unidad regional, dado que se pueden ver afectados por una situación inesperada o accidente involuntario, los equipos electrónicos que se administran dentro o fuera del rack. (Ver Conclusión 07 y 08).

3.7 HALLAZGO 04: ANÁLISIS Y ALCANCE DE LA RESOLUCIÓN PE-021-2016 LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN VcM Y VIF.

Condición

- En la Resolución PE-021-2016 de fecha 23 de febrero del 2016, mediante la cual la Presidencia Ejecutiva emitió una serie de criterios y lineamientos en función de la apertura de los servicios legales y de psicología relacionados con la atención especializada a personas usuarias en materia de violencia contra

las mujeres (VcM) y violencia intrafamiliar (VIF), se identificaron algunos apartados de dicha resolución, que deben ser sujetos de revisión, análisis y valoración por parte de la Presidencia Ejecutiva en ejercicio, dado que al parecer algunos términos, criterios y alcances detallados en dicho instrumento, no han sido clarificados ni delimitados en términos de su aplicación así como en lo referente a la implementación de un programa de capacitación en el servicio destinado a desarrollar capacidades y especialización en las funcionarias destacadas para atender VcM en las Unidades Regionales, el cual tenía como objetivo atender de manera profesional todas las manifestaciones de VcM que genera la demanda institucional.

Criterio

- Que a partir de la promulgación de la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres, Ley 8925 emitida en fecha 2 de marzo del 2011, por medio de la cual se reformó el artículo No.17 de la Ley Contra la Violencia Doméstica, Ley 7586 emitida el 10 de abril de 1996, en la cual se estableció al INAMU la obligación de brindar acompañamiento, asesoramiento jurídico y representación legal necesaria para los trámites contemplados en la ley de penalización, así como el intervenir en el procedimiento con el fin de garantizar los derechos de las víctimas y representarlas legalmente con las mismas facultades y atribuciones otorgadas a la Defensa Pública en materia penal.
- Que mediante el Reglamento de Servicios de Atención Legal del INAMU publicado en La Gaceta No.208 de fecha 29 de octubre del 2013, se regulan los servicios legales que presta el INAMU en razón de sus fines, atribuciones y deberes legales.
- Siendo que a partir del año 2014 el INAMU, amplió el alcance territorial de los servicios legales y de psicología que brinda a las personas usuarias mediante la contratación inicial de seis profesionales en derecho y seis profesionales en psicología que laboran desde las unidades regionales y cuyo perfil de cargo corresponde al de profesional ejecutiva abogada y psicóloga respectivamente, con el fin de hacerse cargo de los procesos relacionados con la atención a personas usuarias afectadas por la violencia intrafamiliar.

- Que tras la experiencia acumulada tanto de personas funcionarias como de la misma institución en temas que versan sobre las características del servicio, el comportamiento de la demanda y de las coordinaciones necesarias para el buen accionar del servicio en temas de violencia intrafamiliar, la Dirección Estratégica, el Departamento de Violencia de Género y el Departamento de Desarrollo Regional, después de analizar la práctica del servicio y clarificar los roles de las profesionales destacadas en las unidades regionales para la atención a personas usuarias víctimas de violencia, y en atención a los mandatos de la Ley de Violencia Domestica como a la Ley de Penalización, recomendaron en el periodo 2016 a la Presidencia Ejecutiva de turno, establecer una serie de pautas o lineamientos que respondan a las necesidades de atención y al amparo de los principios rectores de eficiencia y eficacia que deben prevalecer a la hora de brindar un servicio público.
- Tomando en referencia y como base lo expuesto en los párrafos anteriores y haciendo uso de las facultades y atribuciones otorgadas por el artículo 16, inciso d) de la Ley de Creación del INAMU, Ley 7801, la Presidencia Ejecutiva que desempeño funciones en el periodo 2016, emitió mediante la Resolución PE-021-2016 los Lineamientos para la prestación de los servicios especializados, legales y de psicología, en materia de VcM y VIF en las unidades regionales, la Delegación de la Mujer y el Departamento de Violencia de Género.
- En la Resolución PE-021-2016 los Lineamientos para la prestación de los servicios especializados, legales y de psicología, en materia de VcM y VIF en las unidades regionales, la Delegación de la Mujer y el Departamento de Violencia de Género, se ubican adjuntas las actas de notificación de dicha resolución, las cuales fueron firmadas como recibido entre el 25 y el 26 de febrero del 2016, por las personas funcionarias a cargo de las siguientes dependencias: Área de Recursos Humanos, Dirección General de Áreas Estratégicas, Unidad Regional Brunca, Unidad Regional Huetar Norte, Unidad Regional Chorotega, Unidad Regional Central, Unidad Regional Huetar Caribe y Unidad Regional Pacífico Central.

Causa

- Producto de las entrevistas aplicadas a diferentes personas funcionarias relacionadas directa e indirectamente con los procesos de atención a personas usuarias en las unidades regionales, se identifican las siguientes situaciones:
 - Cierta nivel de ambigüedad y confusión en la interpretación de la Resolución PE-021-2016 emitida por la Presidencia Ejecutiva en fecha 23 de febrero del 2016, bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF, para poder discernir entre las personas funcionarias de las Unidades Regionales, la Jefatura de cada Unidad Regional y la coordinación del Departamento de Violencia de Género con respecto a los límites y responsabilidades que cada una de las partes involucradas debe asumir y ejecutar, en función del bienestar y la mejora en la calidad de los servicios que brinda la institución a las personas usuarias, a modo de ejemplo, se exponen los siguientes tres apartados de dicha resolución:

Apartado No.4

El Área de Violencia de Género tendrá a su cargo la supervisión, el acompañamiento y el direccionamiento técnico de este personal, así como el seguimiento de los casos que se lleven en las respectivas unidades.

Apartado No.5

La jefatura de la Unidad Regional respectiva deberá atender las recomendaciones técnicas del Área de Violencia de Género que se dirijan al personal a su cargo encargado de la atención especializada en violencia contra las mujeres.

Apartado No.7

A fin de cumplir con el objetivo de la efectiva descentralización de los servicios que brinda el INAMU (razón que justificó la creación de las Unidades Regionales) y de ofrecer a las mujeres afectadas un servicio más accesible la coordinadora del Área de Violencia de Género enviará copia a la jefatura de cada Unidad Regional del respectivo traslado de casos, según competencia territorial, que le haga al personal que atiende violencia contra las mujeres en todas las instancias del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres e

Intrafamiliar (Ley 8886) (no así de los expedientes) para que esta a su vez haga el traslado a la funcionaria competente.

- Adicionalmente se identifica la ausencia de la implementación de un programa de capacitación en el servicio destinado a desarrollar capacidades y especialización en las funcionarias destacadas para atender VcM en las Unidades Regionales, el cual tenía como objetivo atender de manera profesional todas las manifestaciones de VcM que genera la demanda institucional, a modo de ejemplo se exponen los siguientes tres apartados de dicha resolución:

Apartado No.2

Que el Área de Violencia de Género diseñará y ejecutará, en el plazo de 4 años, un programa de capacitación en servicio destinado a desarrollar capacidades y especialización en las funcionarias destacadas para atender VcM en las Unidades Regionales para atender de manera profesional todas las manifestaciones de VcM que genera la demanda institucional.

Apartado No.9

Las profesionales contratadas para atender las situaciones de violencia contra las mujeres en las Unidades Regionales y en la Delegación de la mujer serán incorporadas a un programa institucional de especialización en el tema, el cual será diseñado por el Área de Violencia de Género, con una duración de tres años iniciando en el segundo semestre del año 2016.

Apartado No.10

Una vez aprobado ese programa, las profesionales podrán solicitar los estudios de idoneidad correspondientes a fin de que puedan aspirar a ser reasignadas a plazas de profesionales especialistas.

Efecto

- A nivel institucional el servicio que se brinda en las unidades regionales correspondiente a la atención de VcM y VIF tiende a verse afectado por la falta la interpretación que en determinado momento se ha dado a algunos de los apartados citados en la Resolución PE-021-2016 emitida por la Presidencia Ejecutiva en fecha 23 de febrero del 2016, bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF, esto por cuanto la

interpretación en temas de coordinación, seguimiento, supervisión y asignación de casos a las personas funcionarias destacadas en esta materia, tiende a verse distorsionado y en algunas ocasiones puede llegar a afectar la prestación coordinada, oportuna, efectiva y eficiente del servicio a personas usuarias, principalmente en temas relacionados con las coadyuvancias o intervenciones en sede judicial o administrativa.

- Un factor que puede llegar a afectar el servicio lo es también el hecho de que es primordial la coordinación y planificación de los casos asignados a cada persona funcionaria, a través de las jefaturas de cada unidad regional, dado que en ocasiones se pueden presentar contratiempos relacionados con la notificación de procesos judiciales en circunstancias en las cuales las profesionales en materia de servicio legal se encuentran en periodos de licencia, incapacidad o vacaciones, lo cual vuelve clave el hecho de que las comunicaciones se centralicen a través de la jefatura de cada unidad regional.
- Adicionalmente se identifica que un efecto derivado de la necesidad de análisis y evaluación del alcance de la Resolución PE-021-2016 emitida por la Presidencia Ejecutiva en fecha 23 de febrero del 2016, bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF, lo constituye el tema de capacitación, dado que no fue posible validar que todas las personas funcionarias destacadas en los servicios de atención en materia de VcM y VIF contratadas en el periodo 2014 y más recientemente en el periodo 2021, hubiesen recibido en forma oportuna y sistemática un proceso de inducción y capacitación especializada para atender casos relacionados con la VcM y VIF, siendo este un elemento primordial por lo especializado y delicado del tema y por ser un elemento que garantiza a nivel institucional la calidad y mejora continua en el servicio brindado a la persona usuaria.
- De acuerdo con la demanda actual de servicios emergentes, se puede llegar a estar generando una brecha de actualización o conocimiento importante entre el servicio brindado y los casos expuestos por las personas usuarias. (*ver conclusión 09*).

3.8 HALLAZGO 05: PROGRAMACIÓN DE VACACIONES ORDINARIAS Y PROFILÁCTICAS EN LA UNIDAD REGIONAL BRUNCA.

Condición

- Como parte de los procesos de evaluación y análisis que se ejecutaron en el transcurso de la Auditoría realizada a la URBR, se trabajó en el análisis del cumplimiento de metas relacionadas con la ejecución de recursos presupuestarios planificados para la atención de actividades, en este caso destaca la siguiente situación:
 - Fondo de personas usuarias: Adelanto RB-APU-0009 correspondiente a las actividades por ejecutar en el I Trimestre 2022, emitido por la suma: ₡480.000 (cuatrocientos ochenta mil colones) el cual fue liquidado mediante el formulario RB-LPU-0009 por la suma de ₡191.760 (ciento noventa y un mil setecientos sesenta colones), dando como resultado una ejecución efectiva de dichos recursos de aproximadamente un 39.5%, la justificación que se presenta ante dicho resultado se documentó mediante oficio INAMU-DDR-URB-0042-2022 de fecha 31 de marzo 2022, exponiendo que: *el nivel de ejecución obedeció al hecho de que las dos profesionales especialistas que brindan atención a personas usuarias, debieron aplicar en el mes de enero 2022, su periodo de vacaciones psicoprofilácticas, lo cual afectó de forma significativa la ejecución de las actividades programadas en el primer trimestre del año en la URBR.*

Criterio

- De acuerdo con lo establecido en el Reglamento autónomo de servicios del INAMU¹³ en lo concerniente al tema de vacaciones psicoprofilácticas se establece lo siguiente:

¹³ Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N°234, de fecha 06 de diciembre de 2000

(...)

Artículo 69

*Las funcionarias/os cuyas labores estén vinculadas con la atención directa de personas afectadas por la violencia intrafamiliar incluyendo al personal de dirección del Área de Violencia de Género, **tendrán derecho a cinco días hábiles de vacaciones psicoprofilácticas, que disfrutarán a la mitad del período de 52 semanas.***

Artículo 70

***En ningún caso las vacaciones psicoprofilácticas podrán ser acumuladas ni remuneradas.** Se tendrá derecho al disfrute de esas vacaciones después de haber laborado en forma efectiva y continua la mitad del período de 52 semanas, aun cuando se traslade a otra oficina no contemplada en los supuestos de esta norma para ese mismo año calendario.*

Lo subrayado no forma parte del texto original.

(...)

- De acuerdo con lo que establece la Convención Colectiva INAMU-ANEP¹⁴, celebrada entre los y las empleadas del INAMU, representados en este acto ANEP y el INAMU, en lo concerniente al tema de vacaciones psicoprofilácticas cita lo siguiente:

(...)

Artículo 31

*Las personas trabajadoras **cuyas labores estén vinculadas con la atención directa de personas afectadas por la violencia intrafamiliar, incluyendo el personal técnico, de apoyo y de dirección del Área de Violencia de Género, tendrán derecho a diez días hábiles y continuos de vacaciones psicoprofilácticas, que disfrutarán a la mitad del período de cincuenta y dos semanas de labores continuas.***

Las personas Coordinadoras de Área y las Jefaturas de Unidad adecuarán, de común acuerdo con las personas trabajadoras, la distribución y el disfrute de las vacaciones de manera que no se altere

¹⁴ Convención Colectiva firmada el 14 de marzo del 2008 y vigente a la fecha.

el desarrollo del trabajo. En todo caso, previo al disfrute de éstas, la trabajadora deberá llenar el formulario correspondiente.

Lo subrayado no forma parte del texto original.

(...)

- Que por vacaciones profilácticas de acuerdo con el criterio de la Procuraduría General de la República de Costa Rica C-264-2014 del 22 de agosto de 2014 se cita que:

“(...) es un periodo de tiempo libre que ciertos trabajadores pueden disfrutar a fin de que en razón de sus funciones no se vean afectados física o psicológicamente en su esfera personal. La existencia de vacaciones profilácticas supone la necesidad de que el trabajador sea temporalmente separado de una actividad laboral que le produce riesgo físico o psicológico producto de las funciones que desempeña en su trabajo. Las vacaciones profilácticas tienen por objeto, por un lado, preservar de enfermedades físicas y psicológicas a trabajadores cuyas funciones tienen algún nivel de peligro a la salud del trabajador, y, por otro lado, se busca que el patrono se garantice contar con personal en óptimas condiciones para el buen desempeño de su trabajo y asegurar que se brinde servicios de calidad.” (Criterio de la Procuraduría General de la República de Costa Rica C-264-2014 del 22 de agosto de 2014).

- A nivel del Código de Trabajo no hace mención del tema de las vacaciones profilácticas; no obstante, dentro de las instituciones públicas se logra encontrar como referencia única del asunto, el Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), así como en la Normativa de Relaciones Laborales de dicha institución, los cuales señalan en el artículo 35 del primer documento lo siguiente:

*“(...) las vacaciones profilácticas se otorgan a aquellos **trabajadores que presten sus servicios en forma directa y permanentemente** en el manipuleo de aparatos o sustancias susceptibles de producir o generar radiaciones, así como a los trabajadores que mantengan contacto permanente con enfermos que padezcan afecciones contagiosas en grado sumo. (...)”*

Lo subrayado no forma parte del texto original.

En el mismo documento también se indica:

*“En el momento en que **técnicamente se demuestre que estas vacaciones no tienen el efecto preventivo o descongestionante ya indicado**, sea porque se han superado las condiciones que lo originaron o bien porque la exposición al factor de riesgo se ha suprimido, mediante estudio técnico, **podrá eliminarse el disfrute, previa instauración del procedimiento ordinario en el cual se notificará a la persona trabajadora de la resolución** y se le darán cinco días hábiles para que pueda presentar ante dicha resolución los recursos de Ley. La resolución final corresponderá a la jefatura competente.”*

Lo subrayado no forma parte del texto original.

- La aplicación e interpretación de la normativa existente en torno al tema de vacaciones profilácticas, tanto a nivel institucional como de otras instancias, debe aplicarse de forma tal que, se procure en todo momento, la no afectación de los servicios a personas usuarias, así como el nivel de calidad, oportunidad y eficiencia en la prestación de estos, siendo con ello la aplicación de vacaciones profilácticas, un factor que no debe porque afectar el cumplimiento de actividades, indicadores, objetivos o metas institucionales.
- En referencia al párrafo inmediato anterior, es importante destacar que existen una serie de principios de orden constitucional que estructuran la forma en que el estado se debe organizar, entre los cuales se destaca el principio de legalidad, el cual es la garantía y tutela de la seguridad jurídica, es uno de los principios sobre los que se sustenta el Derecho Administrativo, es decir, el aplicable a la administración pública, este principio se refiere al hecho de que todos los poderes públicos y los ciudadanos están sometidos a la ley, y que, solo pueden hacer lo que está permitido o no prohibido por las leyes, dicho principio de legalidad actúa junto con otros principios generales del derecho, entre los cuales destaca el principio de interés general, por el cual el interés privado debe ceder ante el interés público o social.

Causa

- De acuerdo con la revisión efectuada a través del Departamento de Recursos Humanos, las personas funcionarias de la URBR que tienen autorizado el

disfrute de vacaciones psicoprofilácticas son únicamente las cuatro profesionales destacadas en el servicio de atención de VcM y VIF, a saber:

Tabla No.14

Control de vacaciones psicoprofilácticas- URBR

Nombre Completo	Puesto	Proceso	Profesión	Tipo Plaza	Fecha de nombramiento en área relacionada con VIF y VcM	Cantidad de Días de vacaciones profilácticas autorizados	Fecha en que pueden disfrutar las vacaciones profilácticas
Jeannette Obando Dávila	Profesional Ejecutiva	Violencia	Abogada	Propiedad	06-01-2014	10	06 de julio de cada año
Noilly Reyes Espinoza	Profesional Ejecutiva	Violencia	Psicóloga	Propiedad	01-12-2014	10	01 de junio de cada año
Pamela Barboza Castillo	Profesional Especialista	Violencia	Abogada	Propiedad	02-11-2021	10	02 de mayo de cada año
Manuela Rodríguez Vargas	Profesional Ejecutiva	Violencia	Psicóloga	Propiedad	01-08-2016	10	02 de mayo de cada año

Fuente: Elaborado por la Auditoría Interna, insumos suministrados por Departamento de Recursos Humanos.

- De acuerdo con lo expuesto, la Jefatura de cada unidad regional, debe planificar y programar el disfrute de las vacaciones psicoprofilácticas tomando en consideración lo externado por el Departamento de Recursos Humanos y en función de la normativa interna relacionada con dicho tema, la cual tiene por fin, el regular y establecer el disfrute del periodo de vacaciones psicoprofilácticas que le permita a la institución, salvaguardar la salud física y psicológica de las personas funcionarias que brindan en forma directa los servicios de atención de VcM y VIF, además de que la institución con dicha normativa, trata de procurar y fomentar que las personas funcionarias se encuentren en óptimas condiciones, no solo en procura del buen desempeño de su trabajo, sino también para asegurar que se brinden servicios de atención a las personas usuarias con un alta grado de calidad y diligencia, dado el tipo de problemática que afecta a nuestra población usuaria.

Efecto

- La programación de vacaciones ordinarias o de tipo psicoprofiláctico, no debería afectar la ejecución de los servicios institucionales ni el cumplimiento de los planes de trabajo y metas establecidas a nivel de los POI, dado que el ejercicio efectivo de la planificación de este tipo de actividades debe contemplar el análisis de los posibles riesgos que pueden impactar la ejecución efectiva de los planes y la forma preventiva de mitigarlos.

Lo anterior sin el perjuicio de que las personas funcionarias, vean afectadas el disfrute de su periodo de descanso en función de su salud física y psicológica.

- Después de analizar la normativa relacionada con dicho tema, así como tras la lectura y revisión de documentos varios (correos, oficios, pronunciamientos, criterios legales, etc.) que se han intercambiado entre diversas dependencias de la institución y el Departamento de Recursos Humanos, se identifica que, persisten problemas de comunicación y atención directa por parte de algunas coordinaciones, jefaturas o personas funcionarias, de las disposiciones emanadas por el Departamento de Recursos Humanos referentes a este tema, las cuales pueden estar sustentadas sobre la base interpretativa que se le da a la normativa actual, o pueden obedecer a la ausencia de una normativa aún más específica que la que reside, a nivel del Reglamento autónomo de servicios del INAMU y de la Convención Colectiva INAMU-ANEP.
- El Departamento de Recursos Humanos tiene contemplado como parte de los proyectos internos, la elaboración de un compendio de las Políticas institucionales que rigen la gestión del talento humano en el INAMU, documento en el cual se habrán de incluir los apartados correspondientes al disfrute de periodos de vacaciones ordinarias y las psicoprofilácticas, dicho proyecto tiene una expectativa de ejecución en el mediano plazo, ante lo cual es importante que dicho departamento trate de implementar en el corto plazo, un mecanismo alterno que permita solventar las diferentes interpretaciones normativas que surgen en varias ocasiones en temas relacionados con las vacaciones psicoprofilácticas.
- De acuerdo con lo expuesto en el párrafo anterior, se considera importante el valorar la implementación de lineamientos específicos que regulen y estandaricen la aplicación efectiva de las vacaciones psicoprofilácticas a nivel institucional, considerando en el alcance de este, todos aquellos posibles supuestos o situaciones que versen sobre el disfrute oportuno, la identificación clara del tipo de puesto o cargo que amerita el disfrute de las mismas, las fechas en que estas deben ser disfrutadas, las prohibiciones entorno a temas de remuneración, compensación, fraccionamiento, acumulación, así como si es permitido el disfrute o no de estas, junto con periodos vacaciones ordinarias, colectivas, etc. (*Ver conclusión 10 y 11*).

4. CONCLUSIONES.

La Auditoría Interna, realizó el presente estudio con el objetivo de verificar si las gestiones realizadas por parte de URBR en la custodia de los fondos y actividades sustantivas institucionales cumplen razonablemente con las acciones de control interno diseñadas para garantizar una seguridad razonable del uso de los recursos de forma eficiente y eficaz en sus operaciones, durante el periodo 2021, para lo cual presentamos las siguientes conclusiones:

CONCLUSIÓN N ° 01.

Dado que el fin de las políticas PIEG y PLANOVI, es poder avanzar hacia la construcción de un país donde ninguna mujer se quede atrás y todas puedan disfrutar del acceso pleno a sus derechos en igualdad de condiciones, resulta importante mencionar que tras la evaluación del contexto general que cubre la implementación de ambas políticas, por medio de la ejecución de actividades que giran en torno a los objetivos estratégicos institucionales, el Plan Estratégico Institucional y el Plan Operativo institucional de cada periodo.

Se identifica la ausencia de una estratégica que integre las actividades por desarrollar en ambas políticas, lo cual le impide al INAMU, el visualizar y trazar un flujo continuo de eventos o procesos que trabajen conjuntamente para crear una cadena de valor que garantice al corto, mediano y largo plazo, el cumplimiento efectivo de la estrategia institucional, conformada actualmente por objetivos, metas e indicadores de gestión, los cuales han sido fundamentados bajo los principios de eficiencia, eficacia y economía. Dicho aspecto ha sido expuesto en informes anteriores emitidos por la Auditoría Interna en relación con dicho aspecto, ya se han emitido recomendaciones a las cuales se les está dando el seguimiento correspondiente.

CONCLUSIÓN N ° 02.

Un ejercicio preventivo enfocado en la identificación oportuna de riesgos, permite a la Administración Activa, mapear, analizar y administrar los riesgos e impactos de corto, mediano y largo plazo que pueden afectar las actividades inherentes a una determinada unidad, por ello resulta muy importante el hecho de que la URBR, al igual que todas las demás unidades regionales, deba incorporar como parte orgánica de su ciclo de planificación, el periódico y constante análisis de riesgos, con el objetivo de identificar cuáles son factores potenciales que puedan llegar a afectar el logro efectivo de los objetivos propuestos nivel del POI y el PEI.

CONCLUSIÓN N ° 03.

Tras la evaluación realizada por la Auditoría Interna en relación con la gestión administrativa de los Fondos de caja chica y personas usuarias, es importante destacar el esfuerzo y responsabilidad con la que las personas funcionarias, a cargo de dichos fondos, y la jefatura de la URBR, han asumido y ejecutado las actividades relacionadas con los adelantos, las liquidaciones, reintegros, gestiones presupuestarias, arqueos periódicos así como la custodia y resguardo documental, tanto a nivel físico como electrónico, de toda la documentación que gira en torno a la justificación de dichos recursos en actividades propias del plan de trabajo de la URBR. Los resultados obtenidos tras las revisiones efectuadas fueron satisfactorios.

CONCLUSIÓN N °04.

Las inconsistencias identificadas referentes al control sobre las pólizas de caución en relación con los Fondos de caja chica y personas usuarias, obedecen a la falta de actualización periódica del auxiliar de control que administra el Departamento de

Recursos Humanos, situación que ya ha sido expuesta en informes anteriores y sobre los cuales, dicho departamento, tiene asignada la implementación de la **recomendación No.3 del informe: INAMU-JD-AI-In-004-2022 Gestión financiera y operativa de los CEAAM-Metropolitano y CEAAM-Occidente, para el periodo 2021**, expuesto por medio del oficio: INAMU-JD-AI-086-2022 de fecha 22 de junio del año en curso

CONCLUSIÓN N ° 05.

La Auditoría Interna determinó que a la fecha del presente estudio, la institución no tiene estandarizados, oficializados ni implementados en su totalidad, los protocolos de atención a personas usuarias que deben ser utilizados por todas las personas funcionarias que brindan servicios de atención primaria en cada una de las sedes del INAMU, independientemente si la atención se brinda en la Delegación de la Mujer (DL), Centro de información y orientación de la mujer (CIO), Centros de atención a mujeres víctimas de violencia sus hijos e hijas (CEAAM) o Unidades Regionales (UR).
(Ver Recomendación 01).

CONCLUSIÓN N ° 06.

Durante la revisión efectuada, se evidenció una limitada labor de supervisión por parte de la jefatura de la URBR y de la coordinación del Departamento de Violencia de Género, en lo correspondiente a la materia de expedientes administrativos, también se determinó que las actividades relacionadas con la elaboración y conformación de expedientes administrativos para los casos de atención a personas usuarias víctimas de violencia, que han accedido a los servicios del INAMU en materia de asesoría legal y acompañamiento psicológico, carecen del cumplimiento de requisitos básicos que garanticen su validez y trazabilidad en el tiempo, dado que los mismos, no cumplen con las disposiciones emitidas por el Archivo Central Institucional y a su vez se denota una falta de estandarización en la aplicación de normas de control interno que permita a la jefatura de la URBR, aplicar una supervisión periódica, eficiente y eficaz sobre la

conformación y el debido resguardo de la información que se custodia en dichos expedientes. (Ver Recomendación 02).

CONCLUSIÓN N ° 07.

Con base en la revisión efectuada se identificaron debilidades en las medidas de control interno y resguardo de la seguridad física y tecnológica de los equipos de telecomunicación destacados en la Unidad Regional Brunca, lo cual permite señalar que hace falta una revaloración de las medidas de control interno que deberían operar, para que la custodia y acceso a dichos equipos de comunicación en cada sede del INAMU, cumpla con los objetivos propuestos a nivel de respaldo, seguridad y diligencia en la disponibilidad de la información institucional.

CONCLUSIÓN N ° 08.

Con base en la revisión efectuada se identificó que el equipo de aire acondicionado de la URBR ubicado en el cuarto de telecomunicaciones, se encontraba sin funcionar, lo cual expone la operación y comunicación diaria de la unidad regional y a los equipos que se ubican dentro del rack, dicho factor es muy importante, para salvaguardar el estado de dichos activos, evitando que estos se dañen en forma permanente, lo cual actualmente de acuerdo con la situación expuesta, es un riesgo con el que la administración activa de la URBR ha debido convivir, hasta tanto no se ejecute el cambio, traslado o sustitución correspondiente.

Adicionalmente es importante destacar que de acuerdo con la normativa interna actual (Reglamento de Activos institucional) la administración y reparación de los equipos de aire acondicionado de los cuartos de telecomunicaciones ubicados en las unidades regionales y de toda la institución en general, recae sobre la responsabilidad del Departamento de Proveeduría, lo cual imposibilita a la Unidad de Informática de tomar medidas de acción preventiva para procurar el debido resguardo y mantenimiento de los equipos que deben proporcionar el acondicionamiento climático adecuado en

función de la correcta operación de los activos utilizados en las telecomunicaciones de las unidades regionales con la sede central del INAMU.

CONCLUSIÓN N ° 09.

Se determinó que la Resolución PE-021-2016 de fecha 23 de febrero del 2016, mediante la cual la Presidencia Ejecutiva emitió una serie de criterios y lineamientos en función de la apertura de los servicios legales y de psicología relacionados con la atención especializada a personas usuarias en materia de violencia contra las mujeres (VcM) y violencia intrafamiliar (VIF), es un instrumento de la gestión administrativa que requiere posiblemente de una revaloración y análisis pormenorizado por parte de la Presidencia Ejecutiva en ejercicio, a fin de que el mismo, sea revisado y actualizado y que el alcance expuesto en dicho documento, sea detallado de una forma clara, sencilla y sin que se dé espacio a una errónea interpretación y comprensión entre los términos de colaboración y asesoramiento técnico que deben existir en los temas relacionados con el servicio de atención en violencia que se brinda en las Unidades Regionales, a través de las personas funcionarias destacadas en cada sede. *(Ver Recomendación 03).*

CONCLUSIÓN N ° 10.

Producto de la revisión de los informes de gestión presentados por la Unidad Regional Brunca correspondientes al periodo 2021, en específico en lo concerniente a la liquidación de los fondos de personas usuarias y caja chica del primer trimestre de dicho periodo, se identificó que, pese a los esfuerzos realizados, se presentó un bajo nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos en función de actividades programadas, lo cual puede obedecer entre otros factores, al hecho de que en los meses de enero de cada año, la aplicación del rol de vacaciones de la URBR puede estar siendo afectado por la disponibilidad del personal destacado en labores de atención en materia de violencia, principalmente por el hecho de que en dicho periodo se ha programado en forma simultánea el disfrute de vacaciones psicoprofilácticas junto con el periodo habitual de vacaciones colectivas del personal, lo cual incrementa

el riesgo de no poder cumplir en tiempo y forma con las actividades programadas. (Ver *Recomendación 04*).

CONCLUSIÓN N ° 11.

Tras el análisis de la normativa relacionada con las vacaciones psicoprofilácticas, en la institución, se identifica que persisten problemas de comunicación y atención directa de las disposiciones emanadas por el Departamento de Recursos Humanos referentes a este tema, las cuales pueden estar sustentadas sobre la ausencia de una normativa aún más específica que la que reside, a nivel del Reglamento autónomo de servicios del INAMU y de la Convención Colectiva de Trabajo del INAMU, por lo que se hace importante el valorar, la implementación y respectiva divulgación de lineamientos específicos que regulen y estandaricen la aplicación efectiva de las vacaciones psicoprofilácticas a nivel institucional, considerando en el alcance del mismo, la atención de todos aquellos posibles supuestos o situaciones que versen sobre el disfrute oportuno, adecuado y necesario de dicho tipo de vacaciones, como por ejemplo la necesidad de homologar la cantidad de días a disfrutar, como vacaciones psicoprofilácticos al año descritas en los cuerpos normativos a los cuales hemos hecho referencia. (Ver *Recomendación 05*).

5. RECOMENDACIONES

De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 21 y 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes recomendaciones, las cuales, una vez aceptadas por la Administración Activa, deberán ser cumplidas dentro del plazo meta establecido.

En adición a lo anterior, deberá observarse lo establecido en el punto 2.6, de este informe sobre la implantación de las recomendaciones de la auditoría interna en apego a lo señalado en la Ley 8292, Ley General de Control Interno.

A LA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

RECOMENDACIÓN N° 01.

En un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles se recomienda a la directora a.i. de la Dirección Estratégica para que se realicen las gestiones pertinentes y necesarias para la oficialización, divulgación e implementación de los **Protocolos de atención que deben ser utilizados en la institución**, independientemente si la atención se brinda en la Delegación de la Mujer (DL), Centro de información y orientación de la mujer (CIO), Centros de atención a mujeres víctimas de violencia sus hijos e hijas (CEAAM) o Unidades Regionales (UR).

La presente recomendación, se base en la identificación de algunos protocolos de atención a personas usuarias, que a la fecha del presente informe, no han sido debidamente oficializados, divulgados ni implementados en las áreas que brindan el servicio de atención a personas usuarias, situación que perjudica los esfuerzos realizados por la misma dirección, para tratar de estandarizar el servicio en todas las sedes y procurar dotar a la institución de un servicio de calidad, que este fundamentado en una atención oportuna, precisa y que sea empático y que este acorde a las necesidades de la población usuaria que recurre al INAMU.

La recomendación anterior es muy importante, dado que, el tipo de servicio que brinda la institución en materia de violencia, es muy delicado y especializado, por ende las coordinadoras de departamento y las jefaturas de área, así como las profesionales en trabajo social, derecho y psicología enfocadas en la atención de personas usuarias, deben disponer de herramientas e instrumentos que también respalden y resguarden a la institución y a dichas profesionales, máxime en temas de confidencialidad, secreto profesional y administración de expedientes de la atención brindada. *(Viene de Conclusión 05).*

A LA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

RECOMENDACIÓN N° 02.

En un plazo máximo de treinta (30) días hábiles se recomienda a la directora a.i. de la Dirección Estratégica, **implementar las acciones de control necesarias para que todas y cada una de las dependencias a su cargo, apliquen lo normado en la Circular No.003-2019** emitida en fecha 19 de marzo del 2019 por el Archivo Central Institucional en relación con los Lineamientos para la gestión de expedientes administrativos en el INAMU, y recordar a los titulares subordinados la responsabilidad sobre el cumplimiento de la normativa tanto interna como externa atinente al manejo y resguardo de expedientes administrativos.

La presente recomendación se sustenta en el hecho de que, producto de las pruebas de campo realizadas por la Auditoría Interna, se identificaron varias inconsistencias y una limitada implementación de mecanismos de control interno, que están afectando la conformación propia de los expedientes administrativos y la trazabilidad de la información que cada uno debe resguardar, ya sea para posibles seguimientos futuros y como respaldo de cara a la institución y a las profesionales que están brindando dicho servicio de atención. Las pruebas aplicadas también evidenciaron la falta de información o instrumentos de control interno, que sustenten y den trazabilidad a la ejecución de un proceso de seguimiento, tipo de atención, tiempo empleado en las sesiones de atención, traslado o referencia de casos hacia otra institución o dependencia y finalmente, en caso de ser requerido, el posible cierre o conclusión tras la atención brindada a la persona usuaria.

La importancia de implementar la recomendación anterior radica en la necesidad que tiene la institución de, aplicar los conceptos de eficiencia en la gestión de la información, la transparencia administrativa y la rendición de cuentas en función del servicio brindado. La falta de atención oportuna y precisa a las recomendaciones emitidas por el Archivo Central Institucional, conlleva al incumplimiento de requisitos en materia de gestión documental, lo cual forma parte de un proceso institucional que ha de afectar la preparación de la documentación que debe ser custodiada,

resguardada, transferida o eliminada de acuerdo con la información contenida en la tabla de plazos de cada dependencia administra, además de que puede llevar a exponer a la persona funcionaria o a la institución misma, a posibles riesgos que atenten contra el cuestionamiento de la capacidad técnica, la credibilidad, confianza o imagen institucional, motivo por el cual, se constituyen en un instrumento relevante a la hora de evidenciar la trazabilidad de los hechos y los mecanismos institucionales que se emplean, a la hora de brindar el servicio de atención a personas usuarias.
(Viene de Conclusión 06).

A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

RECOMENDACIÓN N° 03.

En un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles se le recomienda a la Presidencia Ejecutiva, de acuerdo con las situaciones expuestas por parte de la Administración Activa en relación con el alcance e interpretación de algunos apartados de la Resolución PE-021-2016 emitida en fecha 23 de febrero del 2016 bajo el asunto: Lineamientos para la atención especializada en materia de VcM y VIF, **analizar, la viabilidad técnica de acuerdo al marco jurídico vinculante para que se realice una modificación parcial y/o total, al alcance de dicha resolución, con el propósito de que los lineamientos expuestos en la misma no contengan sesgos de interpretación con relación a los roles y responsabilidades que cada uno de los procesos y las partes involucradas debe asumir**, en especial en temas relacionados con el manejo de expedientes administrativos y con la implementación de programas de capacitación a las personas funcionarias destacadas en este tipo de atención, en pro de la mejora continua en la calidad de los servicios que se brindan y en función de una adecuada gestión institucional.

Esta recomendación se plantea sustentada en los hallazgos identificados por la Auditoría Interna, que hacen referencia a la necesidad que tiene la institución de discernir entre las personas funcionarias de las Unidades Regionales, la Jefatura de cada Unidad Regional y la coordinación del Departamento de Violencia de Género, con respecto a los límites y responsabilidades que cada una de las partes

involucradas debe asumir y ejecutar, en función del bienestar y la mejora en la calidad de los servicios que brinda la institución a las personas usuarias.

La importancia en la implementación de dicha recomendación, radica en el hecho de que la institución necesita establecer lineamientos que respondan a las necesidades de atención de la población usuaria, los cuales deben estar basados en los principios de eficacia y eficiencia que han de regir los servicios públicos, motivo por el cual, es de suma importancia que dichos lineamientos promuevan una interpretación adecuada en temas de coordinación, seguimiento, supervisión y asignación de casos a las personas funcionarias destacadas en los servicios de atención a personas usuarias en materia de violencia, ya que actualmente se han identificado elementos que tienden a distorsionar y afectar la prestación coordinada, oportuna, efectiva y eficiente del servicio que brinda la institución a nivel de VcM y VIF. *(Viene de Conclusión 09).*

AL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO REGIONAL

RECOMENDACIÓN N° 04.

En un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles se recomienda a la coordinadora del Departamento de Desarrollo Regional, el analizar los saldos de vacaciones que disponen las personas funcionarias destacadas en todo el Departamento de Desarrollo Regional al corte del 31 de diciembre del 2022, con el fin de que **elabore un cronograma de vacaciones de todo el Departamento, el cual debe contemplar el disfrute de vacaciones ordinarias acumuladas, así como los periodos de vacaciones psicoprofilácticas que le corresponden al personal destacado en cada unidad regional.** El planificar y estructurar dicho cronograma de vacaciones, junto con las jefaturas de cada unidad regional, le debe permitir al departamento, equilibrar el debido periodo de descanso de las personas funcionarias, sin que se vea afectada la calidad en el servicio a la persona usuaria, así como los tiempos de atención y el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Trabajo Anual y Plan Operativo Institucional correspondiente a cada unidad regional.

La recomendación anterior, hace hincapié en la necesidad de planificar y programar el disfrute de las vacaciones ordinarias acumuladas y psicoprofilácticas del personal a cargo, tomando en consideración lo externado por el Departamento de Recursos Humanos y en función de la normativa interna relacionada con dicho tema, la cual tiene por fin, el regular y establecer el disfrute del periodo de vacaciones, procurando en la medida de lo posible que estos periodos, no propicien una desmejora en el servicio de atención y no contravengan el interés público de recibir un servicio de calidad, con acceso oportuno, eficiente y eficaz

La programación de los periodos de vacaciones ordinarias acumuladas y psicoprofilácticas no debería afectar la ejecución de los servicios institucionales ni el cumplimiento de los planes de trabajo y metas establecidas a nivel de los POI, dado que el ejercicio efectivo de la planificación de este tipo de actividades debe contemplar el análisis de los posibles riesgos que pueden impactar la ejecución de estas y la forma preventiva de poder mitigarlos. *(Viene de Conclusión 10).*

A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA

RECOMENDACIÓN N° 05.

En un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles se recomienda a la Directora Administrativa Financiera a.i., que, en coordinación con el proceso competente, **elaborar, divulgar e implementar los lineamientos específicos que regulen y estandaricen la aplicación efectiva de las vacaciones ordinarias acumuladas y psicoprofilácticas a nivel institucional**, considerando en el alcance del mismo, la atención de todos aquellos posibles supuestos o situaciones que versen sobre el disfrute oportuno, adecuado y necesario de dicho tipo de vacaciones a nivel institucional.

Cuando la Auditoría Interna analiza la normativa relacionada con dicho tema, así como varios documentos (correos, criterios y oficios) relacionados con el tema de vacaciones ordinarias acumuladas y psicoprofilácticas en la institución, se identifica

que, pese a los esfuerzos realizados, persisten problemas de comunicación y atención directa de las disposiciones emanadas por el Departamento de Recursos Humanos referentes a estos temas, las cuales pueden estar sustentadas sobre la ausencia de una normativa aún más específica que la que reside, a nivel del Reglamento autónomo de servicios del INAMU y de la Convención Colectiva de Trabajo del INAMU.

La importancia en la implementación de la recomendación anterior reside en la necesidad institucional de documentar en forma adecuada y oportuna, todos aquellos procedimientos o prácticas administrativas que impliquen la ejecución de actividades que tienden en algunos casos, a contener elementos que pueden ser sujetos de interpretación, como, por ejemplo:

- ✓ a la hora de homologar la cantidad de días que se pueden otorgar como vacaciones psicoprofilácticas de acuerdo con el Reglamento autónomo de servicios del INAMU (5 días) y de la Convención Colectiva de Trabajo del INAMU (10 días).
- ✓ el definir a partir de cuando aplica o no el disfrute del periodo de vacaciones psicoprofilácticas bajo el supuesto normativo del periodo de las cincuenta y dos semanas de trabajo consecutivo. (el disfrute se pacta a la mitad de dicho periodo, ósea a las 26 semanas de trabajo consecutivo).
- ✓ el definir y justificar, cuales puestos o cargos tienen el perfil requerido para tener acceso al disfrute de vacaciones psicoprofilácticas, etc. entre otros aspectos.

La implementación de esta recomendación va a permitir disminuir o atenuar las consultas varias que se presentan en forma reiterada ante el Departamento de Recursos Humanos relacionadas con dicho tema. (*Viene de Conclusión 11*).

6. ANEXOS



Anexo No.1-Arqueo
Caja Chica 31082022.



Anexo No.2-Arqueos
Personas Usuarías 31



Anexo
No.3-Resolución PE-0



Anexo
No.4-Normativa Expe



Anexo No.5-Circular
PE-002-2018 Atenciói



Anexo No.6-Circular
DE-0027-2021 Servic

Cc. Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora a.i., Dirección Estratégica.
Sra. Zaida Barboza Hernández, directora a.i., Dirección Administrativa Financiera.
Sra. Maria Ester Vargas Vega, coordinadora, Departamento de Desarrollo Regional.
Sra. Adina Castro García, coordinadora, Departamento de Violencia de Género.
Sr. Nelson Sánchez Valverde, coordinador, Departamento de Recursos Humanos.
Sra. Sonia Rojas Quesada, jefatura, Unidad Regional Brunca.