

Informe de Actuaciones de la A.I.N.

Segundo Semestre de 2009

INDICE

INTRODUCCION

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Comando General del Ejército Servicio de Cantinas Militares
Segundo Informe

Comando General de la Armada Cuenta Fondos de Terceros

MINISTERIO DEL INTERIOR.

Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial

Dirección Nacional de Bomberos

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS.

Dirección Nacional de Transporte

Dirección Nacional de Vialidad FOCEM

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA.

Dirección General de Registros Segundo informe

SODRE

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Dirección General de Salud Programa SIDA

Laboratorio Dorrego

MINISTERIO DE GANADERÍA AGRICULTURA Y PESCA.

Dirección Nacional de Recursos Acuáticos (DINARA) Segundo Informe

Dirección Forestal

MINISTERIO DE INDUSTRIA ENERGIA Y MINERIA

Dirección General de Secretaría

Dirección Nacional de Propiedad Industrial

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

COMANDO GENERAL DEL EJÉRCITO (C.G.E.)

SERVICIO DE CANTINAS MILITARES (S.CC.MM.)

La auditoría comenzó el 05 de Agosto de 2009 por iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría del año 2009.

El objetivo de la actuación consistió en la evaluación del cumplimiento de la normativa y de la eficacia de los procedimientos y controles implementados en las Secciones Sastrería y Prendas importadas. Asimismo se evaluó el cumplimiento de la normativa aplicable en lo que refiere a la generación de intereses de deuda y a la gestión de la cobrabilidad de los deudores.

El período auditado comprendió el año 2008 y el primer semestre del año 2009, si bien para la realización de algunas pruebas de auditoría el mismo se extendió al año 2006 y al mes de noviembre de 2009.

Ingresos y Egresos

Sastrería:

- a. Las ventas contadas no pudieron ser comparadas con los comprobantes respaldantes, debido a que, si bien se solicitó la documentación, la misma no fue proporcionada por no haber sido posible su localización.
- b. De los 27 confeccionistas y bordadores que tiene el Servicio, solamente 6 son funcionarios, los restantes no tienen vinculación formal alguna con el Servicio, ya sea contractual, o como prestador de servicios.
- c. La retribución de estos últimos se abona sin que se emita la correspondiente factura por parte de los mismos.

En el caso de aquellos que son funcionarios del Servicio, el monto que perciben en concepto de retribución por las confecciones realizadas, les es abonado de forma independiente a su salario, no realizándose los aportes correspondientes a la Seguridad Social.

Sección Prendas Importadas:

- a. El Servicio documenta las compras realizadas por medio de documentación interna, la que oficia de factura, confeccionándose las órdenes de pago en base a esa documentación. No se pudo determinar la totalidad de las compras realizadas en el año 2008 para la Sección, dado que no fueron proporcionados los comprobantes oficiales de los proveedores.
- b. En el período objeto de análisis no se contaba con inventario de mercadería propia y en consignación.
- c. No se tuvo evidencia que el Servicio realice los controles jurídicos al momento de la contratación de los proveedores de la Sección Prendas

Importadas, de modo de garantizar que las empresas están debidamente constituidas y capacitadas para contratar con el Estado.

- d. Las importaciones que realiza el Servicio son gestionadas por la División Logística del M.D.N, actuando como intermediaria en la gestión de compra, la empresa I.T.C. Ltda..
- e. En relación a los pagos, los recibos que se tuvieron a la vista son de la empresa I.T.C. Ltda. y no de la firma proveedora del exterior, los cuales no cumplen las formalidades requeridas.
- f. De la documentación proporcionada por la referida empresa no surge que la misma se encuentre debidamente legitimada para realizar cobros en nombre de los proveedores del exterior. Por lo que no se puede tener certeza que los montos abonados hayan cancelado las deudas contraídas con la empresa proveedora del exterior.
- g. De la comparación de la factura pro forma que es emitida por el proveedor del exterior a nombre del S.CC.MM y los precios que la empresa I.T.C. Ltda. le fija al Servicio mediante la entrega de una lista de precios, surgen diferencias sustantivas, siendo en 2 casos analizados el sobreprecio del 57.10% y del 39.50%.
- h. El Servicio abona a la empresa I.T.C. Ltda. a medida que vende la mercadería, sin identificar los artículos vendidos ni detallar en los recibos de pago, la factura pro forma que se cancela, lo que dificulta el control y el seguimiento de la deuda contraída.

Deudores

La cobranza por concepto de ventas a crédito, se realiza mediante retención de los haberes. De acuerdo a lo informado por la División .Financiero Contable para el año 2008, las ventas a crédito totalizaron \$ 123.955.727 y las cobranzas efectuadas en el mismo año \$ 124.516.642, por lo cual los deudores excedidos no provendrían del año 2008, sino de deudas de años anteriores.

Del análisis de una muestra de los estados de cuenta de deudores emitidos por el programa a efectos de analizar la cobrabilidad de los mismos surge que:

- a. No se pudo verificar el saldo inicial de deudores en el actual programa informático, debido a que no se tuvo acceso a la documentación respaldante de los movimientos que conforman el saldo final de deudores existentes en el programa anterior.
- b. Si bien fueron solicitados los listados respaldantes de la migración de datos entre los programas informático AS 400 al Visual Store, los mismos no fueron proporcionados al 15 de Diciembre de 2009.
- c. No es posible determinar la composición del saldo inicial a junio de 2006, debido a que el programa anterior AS 400 no permite la discriminación entre capital e interés.
- d. El Servicio aplica sobre saldos adeudados un interés capitalizable mensualmente del 4%. Del análisis jurídico realizado se constató que la forma de aplicar el interés por las ventas a los usuarios se asemeja a lo establecido para los contratos de índole comercial, lo que implica generar intereses sobre intereses vencidos. No se tuvo evidencia de la de que los usuarios estén informados de dicha forma de cálculo, por lo tanto se observa que la forma de cálculo que está aplicando el Servicio, a excepción de que exista dicho acuerdo, no está permitida en nuestro ordenamiento jurídico.

Conclusiones y Recomendaciones

En relación a la evaluación de los procedimientos y controles implementados en la Sección Sastrería, se concluye que si bien cumple con el cometido asignado, presenta apartamientos significativos a la normativa vigente en relación con la contratación del personal que desarrolla tareas en la Sección.

En cuanto a la Sección Prendas Importadas se concluye que no es posible evaluar el cumplimiento de su cometido debido a que no existen controles implementados tendientes a salvaguardar los activos del Servicio y que permitan asegurar la integridad, confiabilidad y transparencia de las transacciones de compra y registros, principalmente en lo que refiere a los proveedores del exterior.

Asimismo, se constataron apartamientos significativos a la normativa que le es aplicable en el proceso de compras y de contratación con los proveedores así como en el cumplimiento de las formalidades mínimas exigidas en la documentación respaldante de las compras y pagos.

En lo referente a deudores, si bien a principios del año 2009 el Servicio inició algunas gestiones de cobro, no se han establecido procedimientos adecuados para el tratamiento de las deudas. La información de que dispone el S.CC.MM. para realizar la gestión de dichos deudores no es confiable debido a que los registros no brindan seguridad razonable en cuanto a la integridad y exactitud de los datos, de modo de reflejar los montos reales adeudados y, a que la documentación de las deudas más antiguas y de monto significativo no está disponible.

En cuanto al cumplimiento de la normativa aplicable en lo que refiere a la generación y cálculo de intereses sobre las deudas, se concluye que se aparta de lo establecido en nuestro ordenamiento jurídico. No obstante, cabe destacar que el Servicio está realizando gestiones con el fin de regularizar la situación.

Previo a la emisión del presente informe, se dictó una Directiva en la que se estableció una reducción de la tasa de interés así como que figure una nota al pie del comprobante de venta en la que se indica el porcentaje de interés que se aplica y la forma de cálculo.

Se recomienda:

1. Establecer procedimientos y controles sobre las importaciones de modo de asegurar la veracidad e integridad de las mismas.
2. Esclarecer la vinculación del Servicio con la empresa I.T.C. Ltda.
3. Exigir a los proveedores la presentación de documentación formal por las compras de la Sección Prendas Importadas y controlar la vigencia de los certificados de obligaciones tributarias.
4. Adecuar el proceso de compras en la Sección Prendas Importadas a la normativa vigente, en lo que refiere a dar cumplimiento a las formalidades exigidas para la contratación con el Estado.
5. Instrumentar procedimientos adecuados en la Sección Prendas Importadas de modo de tener el inventario registrado y actualizado.
6. Promover el dictado de normativa adecuada a fin de regular el porcentaje y la forma de cálculo del interés a cobrar por el Servicio por las ventas que realice a crédito.
7. Implementar procedimientos que den confiabilidad en la generación de los datos de modo que permitan ser eficaces y eficientes en la gestión de deudores.
8. Realizar una revisión de los saldos de deudores excedidos de modo de cumplir con la normativa vigente.

9. Implementar procedimientos adecuados de modo de salvaguardar la documentación que respalda las ventas.
10. Adecuar las contrataciones de confeccionistas y bordadores de la Sección Sastrería de modo de cumplir con la normativa que les es competente.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

COMANDO GENERAL DE LA ARMADA (COMAR)

La auditoría comenzó el 14 de agosto de 2009, por iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación y de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría para el año 2009.

El período objeto de análisis fue el comprendido entre los años 2007 y primer semestre de 2009 y en lo que refiere a los fondos M.O.P., fue desde el año 2006 hasta Enero de 2009.

El objetivo consistió en evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable a los ingresos y la confiabilidad e integridad de la información contable de los fondos de la cuenta corriente en dólares, denominada "M.D.N. - Administración Fondos de Terceros", por parte del Servicio de Hacienda y Contabilidad (SECON).

Asimismo, se evaluó la ejecución del pago de proveedores con fondos provenientes de la participación del COMAR en las Misiones de Operaciones de Paz (M.O.P.) por parte de la División Logística del Estado Mayor de la Armada, N4 – EMLOG.

Análisis normativo de los ingresos

En el análisis de los ingresos de la cuenta, se detectaron además de fondos de terceros, otros ingresos que constituyen fondos públicos de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 3 del T.O.C.A.F. a saber:

1. Ingresos por las actividades de reparación naval en los Diques Mauá y Punta Lobos, y por la construcción naval en el Astillero, del Servicio de Construcciones y Reparaciones y Armamento (SCRA)

2. Multa aplicada por la PRENA al buque SKYROS, por la contaminación de las aguas de jurisdicción nacional
3. Ingresos por el servicio de rescate, mantenimiento, salvamento marítimo y operaciones de buceo prestadas a terceros por el Servicio de Grupo de Buceo (GRUBU).

Se constató la existencia de otros ingresos que atienden a situaciones puntuales y no regulares.

Ingresos

De la evaluación del control interno en el ingreso de fondos a la cuenta surgen las siguientes debilidades:

- a. La División Contaduría no controla en todos los casos la integridad de los fondos y su origen.
- b. No existe oposición de intereses en la División Tesorería, la misma custodia los recibos oficiales en blanco y registra los libros de valores.
- c. Falta de integridad de los registros de recibos oficiales en blanco dado que no surge a cual repartición de la Armada se le entregaron los recibos.

Información Contable

Registros contables

Se compararon los ingresos en dólares que surgen de los registros contables del SECON, con los importes acreditados por el BROU, dando lugar a las siguientes diferencias:

| Importe en U\$S | Registros Contables | BROU | Diferencia |
|------------------------|----------------------------|-------------|-------------------|
| Año 2007 | 10.797.210 | 7.965.495 | 2.831.715 |
| Año 2008 | 12.974.724 | 11.531.589 | 1.443.135 |
| Ene - Jun 09 | 9.592.995 | 9.388.286 | 204.709 |

En el siguiente cuadro se explica la composición de las diferencias:

| Concepto | Año 2007 | Año 2008 | Ene-Jun 2009 |
|-----------------------------------|------------------|------------------|----------------|
| Partidas Conciliatorias | 2.699 | - 49.587 | 49.887 |
| Anulaciones por errores | 2.429.542 | 1.254.174 | 119.759 |
| Trasposos entre subcuentas | 402.954 | 239.742 | 55.063 |
| Sin registro contable * | - 3.480 | - 1.194 | - 20.000 |
| Diferencia Total | 2.831.715 | 1.443.135 | 204.709 |

*Corresponden a partidas que figuran en el estado de cuenta bancario y no se encuentran registradas en el Libro Banco.

- las diferencias del 2007 y 2008 responden a un canje de cheques,
- la diferencia de U\$S 20.000 responde a una devolución por un retiro en Marzo de 2008, para una Misión en Portugal, no realizándose el registro contable correspondiente. Dicho retiro permaneció como partida conciliatoria hasta Enero de 2009, fecha en la que el mismo fue cancelado.

Rendiciones de Cuentas.

Se constató que no todos los ingresos correspondientes al mes de julio de 2008, fueron declarados en la rendición de cuentas respectiva. La diferencia entre lo que figura en los registros contables del SECON y lo rendido, asciende a U\$S 1.907.741. Dicha diferencia se explica por lo siguiente:

- a. Partidas que están en registros y que no fueron rendidas las que totalizan U\$S 1.977.254, que corresponde a U\$S 1.047.283 por depósito de la PRENA por el cobro de una multa realizada al buque SKYROS, a U\$S 268.000 para giros al exterior y U\$S 661.971 por anulaciones.

- b. Partidas que fueron rendidas y que no están en registros las que totalizan U\$S 69.513, no corresponden a movimientos bancarios sino a traspasos entre subcuentas.

Evaluación de los pagos realizados con Fondos M.O.P.

Los fondos provenientes de la participación del COMAR en las M.O.P. hasta Enero de 2009 fueron administrados por la División N 4 - EMLOG. La misma dispuso en los años 2006 hasta Enero de 2009 de un total de U\$S 11.297.425 para gastos de funcionamiento e inversión.

Pagos en efectivo.

Del análisis de una muestra de comprobantes, surgen las siguientes observaciones:

- a. Ausencia de documentación respaldante de los pagos:
- entre los años 2006 a 2008, se realizaron pagos por un total de U\$S 2.365.293 con facturas pro forma y comprobantes no oficiales,
 - pagos de U\$S 177.071 realizados a partir de fotocopia de comprobantes,
 - pagos con factura de crédito sin recibo correspondiente y viceversa,
 - giro bancario al Deutsche Bundesbank de U\$S 105.792 sin comprobante del giro y de la compra de repuestos buque Gral. Artigas y camiones.
- b. Transferencias a áreas de misión sin rendición de cuentas: por un total de U\$S 373.234 en los años 2006 a 2008, sin informe detallado del gasto.

Pagos a través de la cuenta bancaria.

La División N 4 – EMLOG realizó depósitos por un total de U\$S 122.627 los cuales no corresponden a Fondos M.O.P. ni adelantos de la Tesorería General de la Nación, no teniendo evidencia de su origen.

Conclusiones y Recomendaciones

El Servicio de Hacienda y Contabilidad (SECON) no da cumplimiento a la normativa aplicable respecto a los fondos de la cuenta denominada "M.D.N - Administración Fondos de Terceros", dado que no se ajusta al régimen financiero - contable establecido en el T.O.C.A.F., vertiendo a la cuenta fondos que no son exclusivamente de terceros. Se detectaron ingresos que constituyen fondos públicos que no se depositaron en la Cuenta Única Nacional y tampoco se incluyeron en la rendición de cuentas.

La información contable respecto de la cuenta carece de exactitud, confiabilidad e integridad, dada la existencia de errores y omisiones en los registros, la falta de documentación respaldante de ingresos y de egresos, la insuficiencia de controles respecto del origen y naturaleza de los fondos.

De la evaluación de los pagos realizados con Fondos M.O.P. se observa que el COMAR carece de documentación probatoria formal y confiable del destino dado a los mismos por un total de U\$S 2.648.156, por lo que no es posible afirmar que todos los fondos provenientes de la participación del COMAR en las M.O.P. hayan sido destinados a gastos de funcionamiento e inversión de la Armada.

Se recomienda al M.D.N.:

1. Crear en el COMAR una unidad de auditoría interna, con la finalidad de fortalecer el sistema de control interno para mejorar los procesos y operaciones de la organización.
2. Realizar una investigación administrativa a los efectos de determinar si hubo un manejo irregular en la ejecución de los Fondos M.O.P. percibidos por el COMAR en el período objeto de análisis.

Se recomienda al COMAR:

3. Redefinir la posición institucional del SECON mediante la vía normativa respectiva, de modo que la asignación de autoridad sea acorde con la responsabilidad por la gestión y fiscalización de los fondos de la Armada.

4. Establecer una política de capacitación del personal que cumple funciones en el SECON, acorde con las competencias requeridas para el desarrollo de las mismas.
5. Depositar todos los ingresos que constituyen fondos públicos en la Cuenta Única Nacional y rendir cuenta conforme a lo dispuesto por los Art. 114 y siguientes del T.O.C.A.F.
6. Definir e implementar procedimientos administrativos y contables, que aseguren de manera razonable, la gestión transparente de los fondos.

MINISTERIO DEL INTERIOR

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL POLICIAL

La auditoría comenzó el día 4/08/09, por iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación y de acuerdo al Plan Anual de Auditoría para el año 2009.

El objetivo consistió en el seguimiento de las observaciones y recomendaciones realizadas en informe de fecha 16/11/06, respecto al sistema de control interno implementado, en los Servicios de Tutela y Vivienda, para tener seguridad razonable de la confiabilidad, oportunidad e integridad de la información relativa a los fondos que administran, el destino de los mismos y el cumplimiento de la normas legales.

La auditoría abarcó el período comprendido entre el 1º de enero de 2008 al 31 de julio de 2009.

Marco de Referencia

La Unidad Ejecutora otorga beneficios que consisten en ayudas pecuniarias y médicas, becas de discapacidad y de estudio, seguro de vida y discapacidad, gastos de sepelio y prótesis de pierna. Los mismos se financian con fondos de terceros provenientes de retenciones del orden del 1% del sueldo básico de los activos más el 1% sobre el nominal de las retribuciones de

retirados y pensionistas. A este último porcentaje se retiene hasta el 20% para gastos de funcionamiento e inversión de la Unidad Ejecutora.

En relación a la Información sobre las ayudas pecuniarias y médicas otorgadas a los funcionarios, retirados y pensionistas policiales.

1. El programa informático implementado presenta carencias ya que no proporciona información sobre el monto total adeudado por los beneficiarios, el acumulado de los préstamos otorgados y el de las cuotas cobradas.
2. El sistema está programado para imputar automáticamente, el importe de la cuota al vencimiento, independientemente del efectivo cobro de la misma.

En relación al Balance al 31/12/08 y Balancete de saldos al 31/7/09

1. Los Estados Contables presentados no se ajustan a las Normas Contables Adecuadas y Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados. Contaduría registra por el criterio de lo percibido e imputa a cuentas de Resultados los préstamos otorgados y su devolución.
2. Las cuentas bancarias en moneda extranjera se contabilizan en su moneda de origen y las de Unidades Indexadas en pesos, a diferentes cotizaciones.
3. No se realizan conciliaciones bancarias de las cuentas en unidades indexadas.
4. De los Estados de Cuentas Bancarios al 31/7/09, Plazo Fijo (dólares y unidades indexadas), Caja de Ahorro y Cuenta Corriente en moneda extranjera, surgen partidas significativas que se mantienen inmovilizadas con una antigüedad superior a 24 meses.

Conclusiones y Recomendaciones

El Servicio de Tutela ha implementado medidas tendientes a subsanar las debilidades de control interno detectadas en informe de fecha 16/11/06. Asimismo, el Departamento de Contaduría ha instrumentado actividades de control respecto a la información que procesa del mencionado Servicio. Sin embargo, de la evaluación de las actividades de control establecidas, surge que las mismas no permiten obtener seguridad razonable sobre la integridad y veracidad de la información de los ingresos que percibe dicho Servicio, el otorgamiento de los beneficios y su respectiva liquidación. Por tanto, no resultan suficientes para detectar, prevenir y corregir errores e irregularidades significativas. Esto determina un riesgo alto, en relación a la administración, registro y control de los fondos de terceros, manteniéndose, así, las conclusiones y recomendaciones arribadas en la actuación efectuada en el año 2006:

1. Falta de garantías en la información referente a los préstamos, que incide en la toma de decisiones y adopción de medidas acordes a las necesidades tendientes a mejorar la gestión del Organismo.
2. La aplicación de criterios contables inadecuados y la definición de controles sobre los datos procesados por Tutela, que resultan insuficientes, conlleva a que los Estados Contables no cumplan con los supuestos fundamentales en la materia, por lo que no brindan información completa ni adecuada de la situación económica y financiera de la Institución.
3. No se da cumplimiento a lo establecido en el art. 3° de Ley N° 14.854, de fecha 15/12/78, referente al destino de los fondos del Servicio de Tutela Social Policial, ya que se mantienen partidas significativas inmovilizadas en cuentas bancarias.

Se recomienda:

1. Confeccionar Estados Contables basados en Normas de Contabilidad Generalmente Aceptadas, reflejando la situación patrimonial y los resultados de la gestión del Servicio, a efectos de que la Dirección cuente con una herramienta válida para la toma de decisiones. A su vez, permita rendir a los beneficiarios la administración de sus fondos.
2. Diseñar e implementar, en el Servicio de Tutela y en el Departamento de Contaduría, actividades de control que minimicen los riesgos inherentes a cada tarea.
3. Rever el programa informático del Servicio de Tutela, a efectos de contar con un sistema que brinde información en forma confiable, oportuna, clara, completa y útil. Debe implementar controles sobre las modificaciones debidamente autorizadas y muestreos en forma periódica de las cuentas corrientes. Ambas acciones contribuirían a la eficiencia y eficacia en la gestión de la Institución.
4. Conciliar la información contenida en el registro del Departamento de Contaduría con la procesada por Tutela, a efectos de brindar saldos confiables acerca de los derechos que tiene la Organización sobre terceros.
5. Dar cumplimiento a lo establecido en el art. 3° de Ley N° 14.854, referente al destino de los fondos del Servicio de Tutela Social Policial que mantienen inmovilizados en cuentas bancarias.

MINISTERIO DEL INTERIOR*DIRECCIÓN NACIONAL DE BOMBEROS*

La auditoría comenzó el 10/10/09, a efectos de dar cumplimiento a lo acordado con la Dirección de Asuntos Internos del Ministerio del Interior.

El objetivo fue evaluar la eficacia y eficiencia de los procedimientos y las actividades de control implementadas en el proceso de compras y el destino dado a las mismas. La actuación abarcó a los Departamentos de Administración (Secciones de Licitaciones, Compra Directa, Proveeduría y Tesorería), Logística y Flota.

El alcance de la actuación comprendió el período enero/07 a octubre/09.

Marco de referencia

La Dirección Nacional de Bomberos funciona con una estructura organizativa que se divide en 13 Departamentos y 8 Zonas, según el organigrama. De estas últimas dependen jerárquica y funcionalmente los Destacamentos del Interior del país y Montevideo.

Los Departamentos de Administración y Logística dependen del Director Nacional y el Departamento de Flota depende del Sub-Director Nacional.

El Departamento de Administración es el responsable de planificar, tramitar, ejecutar y registrar las compras de los bienes solicitados, con la aprobación del Director Nacional. Asimismo, efectúa la tramitación de las compras internacionales interviniendo para ello la Unidad Importaciones del Ministerio del Interior.

Determinados bienes, como ser uniformes y zapatos, se adquieren a través de la Dirección General de Secretaría.

Análisis de expedientes de Licitación y Compra Directa

Del análisis de los expedientes respecto del cumplimiento de la normativa legal y la documentación respaldante, se pudo constatar que:

a. En relación a la garantía de fiel cumplimiento de contrato, no se puede asegurar que todas las empresas hayan constituido dicho depósito, en caso de corresponder, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 55 del TOCAF.

b. La documentación que respalda el cumplimiento de la adjudicación, no se archiva de forma que permita verificar su ejecución.

Evaluación de los procedimientos en la recepción y distribución de bienes

Del resultado de los procedimientos de auditoría aplicados en los Departamentos de Flota y Logística y en la Sección Proveeduría surge que:

a. Las actividades implementadas para recepción y distribución de los bienes no son adecuadas.

- Las unidades encargadas de dicha tarea, no poseen información sobre los bienes a recibir que permitan un adecuado control de los mismos.

- Los materiales de construcción recibidos, no se ajustan a los adjudicados por licitación, lo que contraviene los principios establecidos en el lit. f, art. 131 del TOCAF (igualdad entre los oferentes, publicidad y concurrencia en los procedimientos competitivos para el llamado y selección de las ofertas).

- No surge como práctica habitual la conformación de la recepción de la mercadería como constancia de control.

- Los registros llevados en las unidades involucradas en la recepción y distribución son deficientes para un adecuado control de los mismos, ya que no brindan información íntegra de los bienes.

b. Los funcionarios carecen de una adecuada capacitación para el desempeño de sus funciones en las áreas auditadas.

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

DIRECCIÓN NACIONAL DE TRANSPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSPORTE CARRETERO

La auditoría comenzó el 14/10/09 de acuerdo al Plan Anual de Auditoría del año 2009.

El objetivo de la auditoría consistió en evaluar la eficacia del proceso de expedición de documentos que habilitan la circulación de los vehículos de transporte profesional y no profesional de carga, en la oficina central del MTOP de Montevideo y en las regionales del interior del país, excluido el transporte internacional de carga y los permisos especiales de circulación.

El alcance de la actuación abarcó el período noviembre de 2008 – octubre de 2009.

Marco de Referencia

El proceso tiene como objetivo habilitar a circular en el territorio nacional, a aquellos transportistas profesionales y no profesionales de carga, que cumplan con todos los requisitos exigidos por la normativa vigente. El proceso culmina con la emisión del permiso nacional de circulación para el transporte no profesional de carga y, de las cédulas de identificación y un autoadhesivo para las empresas profesionales de carga.

Permisos provisorios de circulación.

Se detectaron debilidades en el procedimiento de emisión de los permisos provisorios emitidos en Montevideo en el Centro Integral de Registro y Habilitación de Empresas (CIRHE).y en el interior del país, las que se detallan a continuación:

1. Emitidos en Montevideo

- a. Falta de medidas de seguridad en los provisorios que eviten su adulteración.
- b. Inexistencia de manuales o instructivos que formalicen los criterios para otorgar estos provisorios y que indique, de acuerdo al tipo de incumplimiento, el plazo máximo a otorgar los mismos.
- c. La imposibilidad de introducir modificaciones a las observaciones ingresadas por primera vez al sistema no permite realizar un seguimiento adecuado de las observaciones realizadas, ni de la evolución de las mismas.
- d. Inexistencia de registros de provisorios emitidos lo que dificulta el control de su emisión, pues existen aproximadamente 30.000 vehículos por año que solicitan este tipo de permiso.

2. Emitidos en el interior del país.

- a. Falta de medidas de seguridad en los provisorios para circular sin carga a los efectos que el usuario tramite el CAT.
- b. Utilización de permisos provisorios por un período superior al autorizado y excediendo el máximo de 3 permitidos: Se detectaron situaciones que se expidieron más de tres provisorios, por lo que determinados vehículos circularon con estos permisos, por períodos superiores a diez meses. Por lo expuesto, los provisorios emitidos no cumplen con la finalidad para la cual fueron creados y sustituyen, en determinadas ocasiones, al permiso definitivo, casi por la totalidad del período de vigencia del mismo.
- c. Controles ineficaces de su emisión: Se constataron atrasos en las rendiciones efectuadas desde las regionales del interior y no se

encontraron registros que muestren los vehículos que se encuentran autorizados a circular con más de dos provisorios. Asimismo, las regionales deben enviar a la oficina del CIRHE, una de las vías de dichos documentos. Sin embargo, únicamente se envían dichas copias, en el momento de expedir el primer provisorio.

- d. Tratamiento inadecuado a los papeles que son utilizados como documentos provisorios: al sustituir al permiso definitivo en un determinado período de tiempo, deberían ser controlados de forma similar. A modo de ejemplo, y como se mencionó anteriormente, algunos permisos provisorios no se encuentran prenumerados, otros no se controla su correcta utilización, no queda registro informático de su emisión.

Documentos definitivos de circulación.

Los documentos obligatorios para la circulación de los vehículos de transporte profesional de carga son la cédula de identificación, la placa adicional –o stickers y el permiso nacional de circulación. Los tres documentos constituyen valores fiscales. Hasta la fecha del referido informe, no fueron considerados valores fiscales, por lo que se constataron las siguientes debilidades:

1. Cédulas de identificación.

- a. No se encuentran correctamente individualizados
- b. Falta de coordinación y comunicación entre el Órgano de Control y la DGTC para realizar la adquisición de nuevos documentos ante una

demanda no prevista en la compra de documentos para el ejercicio 2008.

- c. Inexistencia de medidas de seguridad y registro de valores fiscales:
Estos documentos, no se registran en el sistema informático, en ningún momento del procedimiento de emisión.

2. Placa adicional.

A diferencia de las cédulas de identificación, son ingresadas al sistema informático en todo el procedimiento. Por tal motivo, se puede determinar, quien tiene en custodia un determinado autoadhesivo o quien fue el funcionario que lo emitió.

3. Permisos nacionales de circulación.

- a. No existen registros con el stock y las entregas realizadas al CIRHE.
- b. No se implementaron medidas de seguridad sobre la custodia de los mismos pues no son considerados valores fiscales.
- c. No se encuentran ingresados al sistema informático lo que dificulta el control sobre la emisión de los mismos.
- d. No se detectó un registro con las personas autorizados a retirar los documentos de la Dirección, ni de las personas autorizadas a emitirlos.

Las debilidades en el sistema de control de los permisos nacionales de circulación, aumentan la probabilidad de ocurrencia de los riesgos asociados a su uso indebido.

Conclusiones y recomendaciones

El proceso para expedir los documentos que habilitan la circulación de los vehículos de transporte profesional y no profesional de carga, presenta debilidades lo que hace que el mismo no sea eficaz para el cumplimiento de su objetivo.

El sistema informático actual es obsoleto y presenta debilidades y falta de controles. Actualmente, la DGTC, tiene previsto instalar un nuevo sistema informático por lo que no se han realizado cambios adicionales al sistema existente. Sin embargo, se deberían contemplar estos aspectos en el nuevo sistema.

Se recomienda:

1. Registrar en el sistema informático, todo documento que sea emitido con la finalidad de autorizar a circular en territorio nacional, sea en carácter de provisorio o definitivo, con el detalle de la fecha, la oficina y la persona que lo emitió.
2. Registrar en el sistema informático todas las observaciones que tuvo el usuario en los permisos provisorios, la fecha en que las mismas fueron subsanadas y las nuevas observaciones que pudieran surgir.
3. Descentralizar la emisión de los documentos en las regionales del interior del país. En caso de no ser posible la permanencia de funcionarios escribanos en dichas oficinas, solo se debería remitir a la oficina de Montevideo, aquellos trámites que requieran certificados notariales.

4. Controlar la emisión de los provisorios en las regionales del interior del país, de no ser posible la descentralización total de la emisión de documentos. Deben quedar registros en el nuevo sistema informático de los provisorios emitidos y de las autorizaciones a más de dos provisorios y los motivos que generan dicha situación.
5. Controlar la custodia y emisión de los documentos de uso obligatorio para circular en territorio nacional –cedulas de identificación, placa adicional y permisos nacionales de circulación-, de modo de tener conocimiento del estado de cada documento -emitido, destruido, inutilizado o se encuentre en poder de funcionarios autorizados del CIRHE o de Tesorería-. Adicionalmente, en caso que los mismos se encuentren en stock, se deben tomar las medidas de seguridad correspondientes y tener un registro con la cantidad de documentos existentes, las altas, las bajas y las personas autorizadas a retirarlos.
6. Mejorar la coordinación y comunicación entre el Órgano de Control y la DGTC a los efectos de la adquisición de las cédulas de identificación y de las placas adicionales.

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

DIRECCIÓN NACIONAL DE VIALIDAD (D.N.V.)

La auditoría comenzó el 17/04/09 de acuerdo al Plan Anual de Auditoría y conforme a lo previsto en la cláusula 22 del Convenio FOCEM 08/07 (COF), en el marco de la Decisión de la CMC N° 18/05 y el Reglamento FOCEM (Dec. CMC 24/05).

El objetivo consistió en evaluar la eficacia de los procedimientos implementados por la Dirección Nacional de Vialidad para la ejecución del proyecto FOCEM, consistente en la realización de obras en Ruta N° 26, tramo: Melo (km. 2) – Arroyo Sarandí de Barceló (Km. 54).

El alcance abarcó el período mayo 2008 – julio 2009, sin perjuicio que para el análisis de los expedientes licitatorios se debió considerar desde el año 2007, habiendo sido realizada, a su vez, la visita a la Regional Melo y la Inspección física (in situ) de la obra, el día 7 de setiembre de 2009.

Marco de referencia

El Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) es un Fondo creado por las Decisiones CMC N° 45/04 y N° 18/05, destinado a financiar programas para promover la convergencia estructural; desarrollar la competitividad; promover la cohesión social, en particular de las economías menores y regiones menos desarrolladas, y apoyar el funcionamiento de la estructura institucional y el fortalecimiento del proceso de integración. Está integrado por contribuciones financieras no reembolsables de los Estados Partes del MERCOSUR.

El 17 de julio de 2007 se firma el Convenio N° 08/07 (COF) entre el Estado Uruguayo y la Secretaría del MERCOSUR (SM) para la ejecución del proyecto Ruta 26: tramo Melo – Arroyo Sarandí de Barceló, fundamental en la interconexión regional Argentina – Brasil. Este proyecto tiene como objetivo la rehabilitación de 52 kilómetros de la ruta 26: corrección de drenaje, alargue de alcantarilla, ensanches parciales de plataforma existente, ensanche y mejoramiento del firme, bacheo del pavimento existente, recargos de material granular, reparaciones en los puentes sobre los arroyos Chuy, Malo y A° Sarandi de Barceló, y la colocación del tratamiento bituminoso doble en calzada y tratamiento bituminoso simple en banquetas.

Evaluación de Control Interno

- a. En términos generales, la estructura organizativa con la que se ejecutó el Proyecto es adecuada para dar cumplimiento con los objetivos del mismo.
- b. Se constató debilidades en la formalización de las designaciones de los funcionarios asignados a las obras. La ausencia o demora en la formalización por escrito en las designaciones puede dificultar la debida delimitación de responsabilidades.
- c. En cuanto a la información y comunicación de la misma entre los integrantes de la estructura jerárquica se evalúa como apropiada.
- d. La D.N.V. tiene implementado procedimientos de supervisión para llevar a cabo la ejecución de obras, que fueron aplicados para dar cumplimiento con el objetivo del Proyecto FOCEM. Las mismas se cumplieron en forma razonable, existiendo para ello la debida oposición de intereses, un flujo de información adecuado entre la línea jerárquica, niveles de autorización definidos y registros de las operaciones.

Sin perjuicio de ello se observa que:

- Las actividades de los funcionarios que se desempeñan en las obras no se encuentran establecidas por escrito.
- No existen criterios predefinidos acerca de la periodicidad con la que deben realizarse los ensayos de laboratorio

Evaluación de procedimientos para la ejecución del Proyecto

- a. La documentación respaldante de las actividades de supervisión son archivadas donde determine cada Director de Obra, por lo que no existe un criterio único. Por tal motivo, no se tuvo acceso a la totalidad de la documentación respaldante de la ejecución de obra.
- b. De los ensayos de laboratorio no queda constancia del responsable ni del control efectuado por el Director Adjunto.

- c. La obra tuvo un atraso del 91% en el primer tercio de ejecución de la obra, comenzando a disminuir en el mes de agosto de 2008 al comenzar sus tareas la empresa subcontratista.
- d. No surge con claridad el tratamiento que se le dio a las obras en su etapa de ejecución. Por un lado se consideró las obras individualmente. Por otro lado, al adjudicarse ambas obras a una misma empresa, se utilizó un único laboratorio, el mismo personal técnico y al determinar los montos de las multas a aplicarse, se consideraron en algunos informes, las obras individualmente o en su conjunto.
- e. A los efectos de verificar el estado las obras, se corroboró que se cumple con la normativa exigida en materia de señalización y cartelería exigida por FOCEM, estado general de las obras, impacto ambiental y mediciones, longitud y ancho de la ruta.
- f. Al momento de realizarse la inspección, el clima se presentó con lluvias copiosas y fuertes vientos, sin embargo el vehículo en que se recorrió la ruta, tuvo buena adherencia al pavimento, no se produjeron acumulaciones de agua y se verificó un buen desagüe en el total de la misma.
- g. Los costos previstos en el convenio difirieron de los costos de los contratos firmados entre la empresa adjudicataria de ambas licitaciones y el MTOP, aumentando el costo del Proyecto. El mayor costo se debió al incremento de los precios internos y una disminución del tipo de cambio previo a la ejecución de obra. De esta forma el Estado uruguayo asumió el 50% del costo del Proyecto.

Conclusiones y Recomendaciones

De la evaluación practicada sobre la eficacia de los procedimientos implementados por la D.N.V. para la ejecución del proyecto FOCEM, consistente en la realización de obras en Ruta N° 26, tramo: Melo (km. 2) – Arroyo Sarandí de Barceló (Km. 54), se concluye que en términos generales,

dichos procedimientos han sido eficaces para el cumplimiento de la ejecución del Proyecto, contando con una estructura adecuada, debida oposición de intereses, canales de información y comunicación apropiados y actividades de control que permitieron mitigar los riesgos asociados a la ejecución de la obra.

Sin perjuicio de ello, se detectaron debilidades derivadas principalmente de la posición asumida por el MTOP respecto a la ejecución de dos tramos de ruta continuos, adjudicadas a una misma empresa. Asimismo, existen fallas en la formalización y criterios establecidos en determinados controles.

Se recomienda:

1. Mejorar los aspectos de control interno en los que existen debilidades:
 - designando por escrito a los funcionarios afectados a las obras, a efectos de poder determinar con mayor precisión el período en que se encuentran afectados a las mismas y delimitar responsabilidades;
 - estableciendo por escrito las actividades de control y definiendo criterios respecto a la periodicidad con la que deben realizarse los ensayos de laboratorio en el Departamento de Ensayos, así como la comunicación de los resultados. A su vez, las planillas donde se registran los resultados de los controles efectuados deben presentar la formalidad necesaria para brindar confiabilidad.
2. Definir un procedimiento para el archivo de la documentación respaldante de la obra, que facilite su localización y acceso luego de finalizada la misma, a efectos de que estén disponibles en caso de ser necesario.
3. En aquellos casos que el MTOP resuelva adjudicar a una misma empresa, dos o mas licitaciones para la ejecución de una misma obra, se solicite la presentación de un Plan de Desarrollo de Trabajo y Preventivo de Flujo de Fondos Único. De esta forma, se podría realizar un adecuado seguimiento y control de la obra.

4. En caso de excederse de los montos por rubro establecidos en el presupuesto de obra, se deberían requerir autorizaciones en los niveles jerárquicos correspondientes.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

DIRECCION GENERAL DE REGISTROS (DGR)

La auditoría comenzó el día 25/05/09, por iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría del año 2009.

El objetivo consistió en la evaluación de los procedimientos de control implementados por la Unidad en el proceso del registro de la información, que permitan tener una seguridad razonable respecto a la integridad, veracidad y legalidad de la información brindada por la D.G.R. a toda persona interesada, de acuerdo a los cometidos establecidos en la norma legal.

La auditoría se realizó sobre los procesos implementados en la Sección Registros Inmobiliarios. A los efectos de la evaluación fue considerado el ejercicio 2008, sin perjuicio de recurrir a datos e información de ejercicios anteriores.

Se seleccionaron los registros de Montevideo y Maldonado utilizando los criterios de: volumen de información procesada y demandas presentadas contra la D.G.R., resultante de la información suministrada.

REGISTRO DE LA PROPIEDAD INMOBILIARIA

Evaluación de controles sobre el ingreso de datos al Sistema Único Registral (SUR)

- a. Ingreso de documentos autorizados por escribanos desinvertidos:
 - Escribanos que ingresaron documentos en fecha posterior a la notificación.

- Error en la digitación del número de escribano, ingresando el número correspondiente a un escribano desinvertido.
- Error en el listado de la S.C.J., estableciéndose la fecha de notificación anterior a la fecha de la desinvertidura.

b. Documentos con calificación provisoria vencido el plazo establecido para levantar las observaciones o para la caducidad del documento.

El riesgo asociado refiere a la posibilidad de levantar observaciones fuera del plazo legal permitido.

c. Documentos ingresados al SUR correspondientes al Registro de Maldonado pueden tener distintos criterios de control según si se ingresan en Montevideo o en Maldonado que pueden afectar la confiabilidad de la información.

Documentos Emitidos por la D.G.R.

De la inspección ocular, se constató un uso inadecuado del papel de seguridad, no registrando inventario, ni control sobre la utilización de los mismos.

REGISTRO DE LA PROPIEDAD INMOBILIARIA - MALDONADO

De los procedimientos de auditoría aplicados en el Registro de Maldonado – Sección Inmobiliaria, se comprobó que la base de datos no es íntegra y presenta errores, en virtud de:

- a. Ingreso incompleto y/o con errores de la información histórica volcada hacia el SUR, Esto dificulta el control del tracto sucesivo al momento de la calificación, debiendo consultarse en reiteradas oportunidades a los ficheros y/o libros.
- b. Las correcciones a la base de datos las realiza el funcionario que detecta el error no siendo realizadas o supervisadas por un funcionario técnico (escribano).

- c. La falta de supervisión en las correcciones, lleva a que cuando los errores detectados involucran varios padrones, dependa del funcionario si los corrige o no. Esto se observó en caso de marginales de hipotecas, y en fraccionamientos por mayor área, lo que conlleva el riesgo de retroalimentación de errores en caso de una nueva equivocación en la modificación de los datos.
- d. La mayoría de los funcionarios tienen usuario y claves que les permite modificar la base del SUR, lo que dificulta la tarea de supervisión de la Dirección del Registro.
- e. El estado catastral de los bienes que tiene registrado la D.G.R. no está actualizado con el vigente en la Dirección Nacional de Catastro, afectando la calidad de la información.

VÍNCULOS INSTITUCIONALES

Dirección Nacional de Catastro

No se ha obtenido evidencia de dicha comunicación, siendo de mayor relevancia en Maldonado, donde se realizan modificaciones en el catastro de los bienes con mayor frecuencia que en Montevideo.

Suprema Corte de Justicia

Del relevamiento de la documentación proporcionada por la D.G.R. correspondiente a los comunicados realizados por la S.C.J., se constataron las siguientes situaciones:

- a. Recibe información de la S.C.J. respecto a la fecha de vigencia de la desinvertidura de los escribanos en forma tardía, lo que deriva en:
 - Actualización tardía de la base de datos que mantiene la D.G.R. sobre los escribanos desinvertidos
 - Riesgo en el ingreso por parte de la D.G.R. de documentos que carecen de validez
 - Riesgo en la veracidad de la información que brinda la D.G.R.

- b. Falta de comunicación por parte de la S.C.J. a la D.G.R. de los escribanos que han rubricado su protocolo, lo que puede derivar en:
- Ingreso de documentos viciados de nulidad.
 - Dar publicidad registral a escrituras sin matrices, lo que conlleva la nulidad del acto.

Respecto a los escribanos que no rubricaron protocolo, está en estudio un proyecto por el cual existiría una comunicación on- line entre la S.C.J. y la D.G.R., a los efectos de controlar el papel notarial de las escrituras públicas utilizadas por los escribanos en las matrices. Este control minimizaría el riesgo de que el escribano actuante esté desinvertido y sin protocolo rubricado para el ejercicio.

Conclusiones y Recomendaciones

Los procedimientos de control aplicados por la Dirección General de Registros de la Sección Propiedad Inmueble, en el proceso de registro de la información, permiten tener una seguridad razonable respecto a que la información brindada a sus usuarios es íntegra, presentando debilidades en la exactitud y legalidad que pueden afectar la calidad de la información.

Se recomienda:

1. Registrar en el Sistema Único Registral (SUR), la observación correspondiente a los documentos ingresados que fueron autorizados por escribanos desinvertidos a efectos de realizar su posterior control.
2. Implementar acciones tendientes a mejorar la comunicación con la Suprema Corte de Justicia, en relación a la información sobre escribanos desinvertidos y con rúbrica de los Protocolos, a efectos de minimizar el riesgo de que ingresen a la D.G.R. documentos que revisten de nulidad.

3. Lograr una mayor coordinación con la Dirección Nacional de Catastro a efectos de que toda modificación al estado catastral de bienes inmuebles que se inscriban en ésta, sea comunicado al Registro de la Propiedad Inmueble correspondiente.
4. Realizar controles mensuales del estado de los documentos respecto a la calificación, y si existieran documentos con calificación provisora con una antigüedad mayor a los 150 días, identificar el motivo y hacer las correcciones necesarias en tiempo y forma, minimizando el riesgo de que las observaciones sean levantadas fuera del plazo legal establecido y obteniendo mejor calidad en la información que brinda la DGR a toda persona interesada.
5. Redefinir el registro de usuarios y perfiles del SUR, especificando aquellos usuarios autorizados a realizar correcciones en la base de datos, bajo supervisión y revisión permanente.
6. Ejercer un control permanente sobre el papel de seguridad, debiendo estar el mismo bajo custodia e inventariado, asegurando la correcta utilización del mismo.
7. En el caso del Registro de Propiedad – Sección Inmobiliaria de Maldonado, implementar a corto plazo las medidas necesarias tendientes a lograr una base de datos íntegra, veraz y confiable.
8. Unificar criterios entre la Dirección del Registro de Propiedad – Sección Inmobiliaria de Maldonado y de Montevideo en los casos de ingresos de documentos en Montevideo que corresponden a Maldonado.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

SERVICIO OFICIAL DE RADIODIFUSIÓN Y ESPECTÁCULOS

La auditoría comenzó el 15/09/2009 a solicitud del SODRE.

El objetivo de esta actuación consistió en la evaluación de la gestión de los contratos en régimen “cachet”, en cuanto a: financiación; cumplimiento de normas; eficacia y eficiencia del proceso de contratación y control del cumplimiento de los contratos.

El período auditado fue el lapso comprendido entre el 1º de enero y el 31 de agosto de 2009.

Marco de referencia

El SODRE tiene la potestad de contratar en el régimen denominado contratos “cachet” a artistas, docentes, periodistas y técnicos en radio y televisión, gestores de proyectos culturales y espectáculos.

En todos los casos -salvo cuando se contrata a un “espectáculo” como unidad artística-, las personas contratadas prestan un servicio necesario para que el SODRE cumpla con sus cometidos sustantivos, ya sea en forma continua (estables) o para realizar una obra concreta (puntuales).

El servicio debe prestarse en el marco de una relación de independencia funcional entre el SODRE y la persona contratada, con carácter transitorio y no le otorga derecho a adquirir la calidad de funcionario público.

Por tales características, estos contratos no constituyen una categoría autónoma, sino que se ajustan, según el caso, a un arrendamiento de servicios o a un arrendamiento de obra.

La única particularidad de estos contratos es la especialidad del servicio o de la obra, lo que no le otorga caracteres contractuales propios.

Financiación

- a. Objeto del gasto. El pago a las personas contratadas en régimen de cachet se efectúa a través de gastos de funcionamiento, no a través de

servicios personales, por lo que dicha categorización no se ajusta a la realidad.

- b. Diferencia entre crédito de apertura y monto afectado. A septiembre de 2009, la afectación correspondiente al objeto del gasto indicado, significó un incremento de \$ 31.976.965 sobre el crédito de apertura (11.378 %). Esta situación se ha verificado en los últimos tres ejercicios anuales.

Cumplimiento de normas.

- a. Objeto del servicio y obras. De las 139 personas actualmente en este régimen, 13 no fueron contratadas para prestar los servicios o realizar las obras permitidas por las Leyes. A su vez, al menos 13 personas fueron contratadas para realizar “funciones de apoyo” a las actividades indicadas en las leyes. Si bien el Artículo 4º del Decreto de 2/4/2003 prevé la posibilidad, éste excede lo establecido en las Leyes.
- b. Transitoriedad. 44 de las 139 personas en régimen cachet (31 %), vienen siendo contratadas reiteradamente al menos desde el año 2006, incluyendo: 2 desde 1985, 1 desde 1986, entre otros.

En estos casos, se desvirtuó el carácter transitorio del vínculo.

- c. Procedimiento de selección del contratado. En ninguno de los 36 expedientes analizados consta que se hubiese realizado a nivel SODRE o MEC, un procedimiento competitivo de selección –Artículos 33 35 y 131 literal f) TOCAF-.
- d. Justificación de la necesidad de contratar. Si bien los expedientes se inician con la solicitud del jerarca, no se justificó debidamente la necesidad de contratar -Artículo 1 Decreto de 2/4/2003-.
- e. Evaluación de desempeño para la recontractación. No se efectúa evaluación de las personas contratadas y en consecuencia, no se toman en cuenta como insumo para la recontractación -Artículo 5 Decreto de 2/4/2003-.

- f. Inscripción en BPS y DGI del contratado. Al tratarse de un servicio prestado en el marco de un vínculo de no dependencia, la persona contratada debe estar previamente inscrita en BPS para el pago de aportes patronales y en DGI, para el pago del IVA e IRPF.

Se constató que el SODRE no exige dicha inscripción para contratar. Del análisis de una muestra de 36 personas: solo 14 emitieron factura, no así las restantes 22.

Eficacia y eficiencia del proceso para contratar

- a. Ejecución de las etapas y plazos. las etapas previstas en el proceso no son ejecutadas en el orden y los plazos establecidos, por lo que en determinados casos, el Consejo Directivo dictó la Resolución con posterioridad a que la persona comenzara a prestar el servicio o finalizara la obra.
- b. Estructura del proceso. La estructura del proceso, tal cual es definida y ejecutada, no aporta al Consejo los insumos sustantivos para contratar a la mejor persona o espectáculo requerido: no se contempla la realización de un procedimiento competitivo entre postulantes; no se prevé que el postulante presente currículum con documentos acreditantes y no se contempla la agregación de las evaluaciones de las personas a recontractar.
- c. Documentación del trámite del proceso. En general, los expedientes en los cuales se documenta el trámite están incompletos.
- d. Intervención del Consejo Directivo. La única intervención del Consejo en el proceso es previa a dictar la Resolución de contratación y firmar el contrato. En términos generales y considerando la carencia de insumos sustantivos que aporta el proceso, el lapso que el Consejo dispone para valorar mérito, conveniencia, necesidad y oportunidad de la contratación, es exiguo.

- e. Impacto en la gestión de los RRHH. Las personas contratadas en régimen cachet representan el 32 % del total de personas que se desempeñan en el SODRE y el 30 % del presupuesto destinado a las remuneraciones. Considerando lo observado y la relevancia que las personas en este régimen tienen para el Órgano, las posibilidades reales que tiene el Consejo para la toma de decisiones respecto a su contratación, no son las debidas.

Control del cumplimiento de los contratos

Se evaluó el control del cumplimiento de los contratos en los Cuerpos Estables del SODRE, pues concentra la mayor cantidad de personas en régimen cachet: 77 de 139 personas -55,39 %-

- a. Ambiente de control. Los Cuerpos han adoptado una organización adecuada para su control interno.
- b. Actividades de control. Las actividades de control dispuestas por las normas jurídicas para controlar el cumplimiento de los contratos son:
- Control de asistencia. El control previsto es adecuado para controlar asistencia, sin embargo no minimiza los riesgos asociados a la permanencia de la persona.
 - Evaluación de desempeño. No se detectó evidencia respecto de la realización de evaluaciones, por lo que no se minimiza el riesgo de incumplimiento cualitativo del objeto del contrato y la prestación satisfactoria del servicio. Ello puede impactar directamente en la gestión artística de los Cuerpos.

Conclusiones y recomendaciones

El SODRE se aparta de las normas que regulan la contratación de personas en régimen de cachet, relativas a su objeto, transitoriedad, procedimiento competitivo y evaluación, entre otras, lo cual lo expone a riesgos de gestión,

tributarios y jurisdiccionales. Sin perjuicio de las necesidades propias del Órgano, esto ha desvirtuado el uso de la figura del contrato cachet.

El proceso para contratar personas o espectáculos en este régimen, tal cual es actualmente definido y ejecutado, no es eficaz ni eficiente, dado que no aporta de forma oportuna al Consejo Directivo, los insumos necesarios para la toma de decisiones a este respecto.

La diferencia entre el crédito de apertura y el monto afectado pone en evidencia falta de previsión o planificación financiera, lo que es consecuencia de los dos aspectos anteriores.

El ambiente de control y las actividades de control existentes en los Cuerpos Estables para el aseguramiento del cumplimiento de los contratos, minimizan los riesgos asociados a la asistencia de las personas, no así los relativos a la prestación cualitativa satisfactoria del servicio.

Se recomienda:

1. Estudiar la posibilidad de promover el dictado de una Ley que homogenice, unifique y actualice, en aquellos aspectos que se considere necesario, el régimen jurídico vigente en la materia.
2. Definir y aprobar un proceso para la contratación de personas en régimen cachet, ajustado a las normas que lo regulan y que contemple las siguientes pautas: a) existencia de un procedimiento competitivo; b) uso documentado de los mecanismos ágiles de contratación directa previstos en el TOCAF; c) realización de una justificación fundada y documentada por el jerarca que ponga de manifiesto la necesidad de contratar; d) agregación, por parte de los postulantes, de curriculums debidamente documentados; e) asegurar que la intervención del Consejo Directivo tenga real incidencia en la toma de decisiones.

3. Definir, aprobar e instrumentar mecanismos de evaluación de desempeño, ajustados a las particularidades de los servicios que prestan las personas contratadas en este régimen.
4. Definir y aprobar un arancel que fije reglas objetivas para remunerar a las personas contratadas en este régimen, determinando categorías según las pautas que se entiendan convenientes.
5. Exigir a los postulantes, la inscripción previa en DGI y BPS.
6. Definir y aprobar una estructura orgánica que refleje la realidad del SODRE, así como sus necesidades de funcionamiento.
7. Definir y aprobar un manual de los procesos, funciones y responsabilidades dentro del Órgano, particularmente relativas a la ejecución de tareas de tipo administrativo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCION GENERAL DE LA SALUD (DI.GE.SA.)

PROGRAMA PRIORITARIO ITS/SIDA

La auditoría comenzó el 12 de Junio de 2009 a iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación, de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría para el año 2009.

El objetivo de la actuación consistió en evaluar la eficacia del sistema de control interno del Programa para el cumplimiento de tres de los **objetivos** establecidos en el Plan Estratégico Quinquenal, aprobado por la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA (CONASIDA):

1. Lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/SIDA.

2. Lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y Sífilis congénita.
3. Potenciar el Sistema de Vigilancia e información que permita diseñar políticas en salud, monitorearlas y hacer una evaluación de las mismas.

El período analizado fue el comprendido entre el 1º de enero de 2007 y el 15 de setiembre de 2009.

Marco de Referencia

Por Decreto N° 345/87 se crea el Programa Nacional de SIDA. En el año 2002 se incorporan al mismo las Infecciones de Transmisión Sexual, denominándose actualmente Programa Prioritario de ITS/SIDA (PPITS/SIDA).

El Programa tiene alcance nacional, con funciones rectoras, normativas, y de monitoreo y evaluación de las prestaciones de salud en materia de VIH.

Objetivo de lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/SIDA.

- a. En el proceso de distribución del preservativo masculino, se constató que se enviaron el mismo número de unidades a todas las policlínicas (14.400 anuales), no existiendo correlación entre la cantidad entregada, ni con la población general del Departamento ni con la prevalencia del VIH en cada localidad.
- b. Las últimas entregas de preservativos femeninos a policlínicas de ITS se realizaron entre los meses de febrero y abril de 2009, entregándose 100 unidades a cada una, excepto a la de Rivera a la que se le entregaron 1.000.

- c. No se lleva registro de las existencias de preservativos del depósito del Programa, solamente se lleva un registro de existencias stockeados en el Departamento de Abastecimientos, el que no brinda información confiable.
- d. No se realizan por parte del Programa controles periódicos de stock, ni en el Departamento de Abastecimientos, ni en el depósito del propio Programa.
- e. Si bien el Programa ha elaborado conjuntamente con el Programa Mujer y Género y con el de Salud Adolescente, un borrador de manual de procedimientos de almacenamiento, registro y distribución de insumos anticonceptivos y condones, éste aún no ha sido puesto en práctica.
- f. La implementación de medidas para mitigar los riesgos detectados en la distribución de preservativos a través de ASSE y realizar controles adecuados, implica el fortalecimiento de los canales de comunicación y coordinación con dicho Organismo. En lo que respecta a la distribución a través de ONGs, Asociaciones y Empresas, la falta de mecanismos de control y el escaso personal con que cuenta el Programa impiden verificar que los preservativos entregados para eventos y actividades de prevención lleguen efectivamente a los usuarios.
- g. En cuanto al proceso de fortalecimiento de las intervenciones preventivas y campaña de comunicación, no se tuvo evidencia de los controles realizados para verificar que efectivamente se hayan cumplido las actividades financiadas por el Organismo Internacional, ni se cuenta con un sistema de registración que permita obtener información financiera íntegra y oportuna para la planificación y la toma de decisiones.
- h. No fue posible determinar la responsabilidad asumida por el Programa frente al Organismo internacional por esta intermediación, ni está

estipulado por escrito el tipo de rendición de cuentas que debe presentar la ONG por el dinero recibido y por la actividad realizada.

Objetivo de lograr que los recién nacidos en Uruguay estén libres de VIH y Sífilis congénita.

Según datos proporcionados por el Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), se ha logrado bajar la prevalencia de transmisión vertical de VIH de 8,3% en 2005 a 3,6% en el 2008.

Las actividades realizadas para la consecución de la meta correspondiente, se iniciaron en el año 2007 y consistieron en:

- Programa Piloto de evaluación y extensión del Test Rápido en 1er. Nivel de Atención y Puerta de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)
- Capacitación a los equipos de salud del 1er. Nivel de Atención en 8 Policlínicas de Montevideo y Canelones
- Elaboración y difusión del Flujograma diagnóstico VIH y Sífilis

A través del Plan Piloto, se han logrado implementar una serie de medidas que fortalecen al mismo y contribuyen al logro del objetivo planteado:

- a. Adecuada coordinación con ASSE, en virtud del nombramiento de dos médicos neonatólogos designados a tal fin.
- b. Obligatoriedad de notificación de todo caso sospechoso o confirmado de sífilis en todas sus manifestaciones, de acuerdo a la Ordenanza Ministerial N° 821/2008 del 24 de diciembre de 2008.
- c. Institucionalización por parte de ASSE del test rápido de Sífilis y VIH en todas las Unidades Ejecutoras de ASSE.

Los riesgos más importantes detectados son los siguientes:

- La llegada tardía de la mujer embarazada al centro de salud

- La dificultad de captación, diagnóstico y tratamiento de la pareja sexual
- El incumplimiento en la notificación de todo caso sospechoso o confirmado de sífilis y ausencia de sanciones.

Objetivo de potenciar el Sistema de Vigilancia e Información que permita diseñar políticas en salud, monitorearlas y hacer una evaluación de las mismas.

En la implementación del Registro Único a nivel nacional que permita mejorar la asistencia de los pacientes, conocer el estado de situación de la patología en el país y ejercer el control sobre la aplicación del protocolo de atención utilizado por el médico tratante, se detectaron una serie de riesgos para su implementación, entre los que se destacan los siguientes:

- a. Dificultades de comunicación entre la amplia red de involucrados (policlínicas de ITS de ASSE, Red de ASSE de 2º y 3er.nivel de atención, emergencias maternas del interior y CHPR, Hospital de Clínicas, otras instituciones de Asistencia Médica públicas y privadas, etc.)
- b. Duplicación de historias clínicas y resultados de laboratorio
- c. Inadecuado uso de recursos materiales (equipamiento y medicamentos) por coordinación insuficiente
- d. Falta de infraestructura informática

Los mismos ponen de manifiesto que para poder ejecutar este Proyecto, resulta fundamental, en consideración al número de efectores vinculados a la atención de pacientes con ITS y HIV/SIDA dentro del sistema de salud, entablar adecuados canales de comunicación que proporcionen información útil y confiable así como una fuerte coordinación entre todos los Organismos involucrados.

No se tuvo evidencia de que se hayan tomado acciones para mitigar estos riesgos.

Conclusiones y Recomendaciones

En el periodo analizado se ha puesto énfasis en la elaboración de normativa y directrices dirigidas al personal de la salud. Se ha trabajado conjuntamente con los programas Mujer y Género y Salud Adolescente, así como con las ONGs vinculadas a la temática del VIH/SIDA y con Organismos Internacionales para encausar el financiamiento otorgado a actividades de las ONGs alineadas a las políticas de Estado en la materia.

Sin embargo, no ha sido posible, determinar la eficacia del PPITS/SIDA en cuanto al cumplimiento de las metas fijadas para 3 de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico Quinquenal. El sistema de control interno presenta debilidades, ya que no se cuenta con información financiera completa y exacta que permita una adecuada planificación y contribuya a la toma de decisiones. El Programa tampoco posee estructura organizativa formal y no tiene personal suficiente para cumplir la totalidad de los objetivos planteados en forma eficiente y alcanzar las metas establecidas para el quinquenio.

Se recomienda:

1. Establecer con ASSE adecuados canales de comunicación y coordinación, y articular acciones de forma de lograr el compromiso de los equipos de salud vinculados a la temática, impulsando una mayor cooperación de los mismos. Sería conveniente utilizar el ámbito de la CONASIDA a estos fines, en su rol consultivo y de coordinación.
2. Difundir y poner en práctica los manuales de procedimiento de almacenamiento, registro y distribución de insumos anticonceptivos, particularmente preservativos y realizar evaluaciones periódicas con el fin de introducir los ajustes correctivos necesarios para la eficaz y eficiente implantación de dichos procedimientos.

3. Implementar procedimientos de seguimiento y control tanto de las actividades de las ONGs aprobadas por el Programa, como de los planes piloto y proyectos ejecutados por el mismo, con el fin de asegurar que se ajusten a lo estipulado, cumpliendo con el objetivo planteado.
4. Definir con claridad la responsabilidad asumida por el Programa frente al Organismo internacional por la intermediación entre el mismo y la ONG por el dinero recibido y por la actividad realizada.
5. Instrumentar un registro contable que brinde información financiera de las actividades desarrolladas por el Programa y de su fuente de financiamiento, así como de las actividades llevadas a cabo por distintas ONGs con fondos de Organismos Internacionales, para cuya obtención resulta necesario el visto bueno del Programa.

ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

LABORATORIO DR. FRANCISCO DORREGO

La actuación dio comienzo el 26 de octubre de 2009, en el marco del Plan Anual de Auditoría establecida por la Auditoría Interna de la Nación para el año 2009.

El objetivo consistió en evaluar:

- 1) el cumplimiento de la normativa vigente, en cuanto a habilitaciones y certificados de registro y autorización de venta de especialidad farmacéutica;
- 2) el sistema de control interno vigente en la organización, para cumplir de manera razonable los objetivos estratégicos establecidos por la dirección.

La evaluación fue realizada a diciembre de 2009.

El alcance de la auditoría comprendió los siguientes procesos:

- a. Compra de materias primas y material de envase
- b. Administración del stock de materias primas y material de envase
- c. Entrega de especialidades farmacéuticas a las unidades de ASSE
- d. Costeo de especialidades farmacéuticas

Información General

Actualmente se elaboran 26 especialidades farmacéuticas, con las cuales se abastece a todos los hospitales de ASSE, considerados como el universo de clientes.

De acuerdo a la normativa vigente, el laboratorio debe contar con las siguientes habilitaciones:

- Habilitación funcional expedida por el Departamento de Medicamentos del MSP
- Certificado de habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos
- Habilitación expedida por el Departamento de Medicamentos del MSP, para los depósitos de productos terminados.

A fecha de este informe se constató que no cuenta con la habilitación para los depósitos de productos terminados, pero este incumplimiento se encuentra mitigado debido a la tercerización del depósito; y se encuentra en trámite desde el 03/09/08 la habilitación higiénica y funcional expedida por el Departamento de Medicamentos del MSP, según surge del expediente N° 001 – 3147/2008.

Evaluación general del Control Interno

1. Fortalezas

- a. *Integridad y valores éticos:* Se han comenzado a llevar adelante talleres sobre valores éticos,

- b. *Coordinación entre áreas:* Se procura que las unidades actúen de manera coordinada.
- c. *Procedimientos documentados:* Se han comenzado a documentar algunos de los procedimientos administrativos más importantes, para los cuales se pretende desarrollar la forma óptima de realizarlos.

2. Debilidades

- a. *Organigrama:* Si bien la Dirección ha llevado adelante un proceso de reestructura organizativa, con el propósito de adaptarla a las necesidades del laboratorio y así mejorar su gestión, ésta no se ha documentado en su totalidad, ni se ha difundido aún a todos los funcionarios.
- b. *Cumplimiento de objetivos estratégicos:* No se obtuvo evidencia formal sobre los fundamentos por los cuales la Dirección fijó ciertos parámetros, que inciden directamente sobre el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- c. *Indicadores:* Se encuentran definidos indicadores generales de “calidad” y “producción”, pero aún no se han realizado las mediciones correspondientes. Esta situación determina que en caso de tener que tomarse medidas correctivas, las mismas carezcan de oportunidad.
- d. *Sistemas de Información:* La organización no cuenta con un sistema informático que contribuya a cumplir con las actividades de producción y administrativas de manera eficaz y eficiente.

Evaluación de procesos

Se evaluaron los siguientes procesos, debido a la importancia y criticidad de los mismos para lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.

1. Compra de Materias Primas y Material de Envase

- a. No se cuenta con un formulario preimpreso para realizar las solicitudes de insumos lo que podría llevar a que no se especifiquen o comprendan adecuadamente los requerimientos, aumentando el riesgo de que se

adquieran insumos que no cumplan las condiciones de calidad necesarias.

- b. Se constataron adquisiciones cuyas adjudicaciones no fueron ingresadas al Sistema Integrado de Compras del Estado (SICE), situación que determina que no se esté cumpliendo con la normativa vigente.
- c. El sistema "Licitaciones y Compras" carece de funcionalidades básicas para la gestión eficiente del proceso de compras, así como para poder realizar los controles necesarios. Dado que la administración le corresponde a ASSE, el margen de maniobra del laboratorio para lograr mejoras al respecto es reducida.

2. Entrega de especialidades farmacéuticas

- a. Si bien existe una propuesta de servicio, en la cual se detallan los procedimientos operativos incluidos, no se ha celebrado un contrato entre el laboratorio y la empresa adjudicataria del servicio de depósito y distribución.
- b. No se han definido indicadores para medir la satisfacción con el nivel de servicio recibido, lo que imposibilita al laboratorio poder realizar un monitoreo continuo y tomar las medidas correctivas oportunamente.
- c. Si bien en el llamado de precios realizado, se establecen las obligaciones del adjudicatario del servicio, no se define como serán resueltas las eventuales diferencias de stock que pudiesen existir.

3. Administración del stock de materias primas y material de envase

- a. No se realizan recuentos periódicos de materias primas y envases. El único recuento constatado para el período auditado data de abril de 2009.

- b. Se constató que si bien cada materia prima tiene su ficha de stock, en la misma coexisten varios lotes con diferentes vencimientos.
- c. Si bien las fichas de stock de materias primas tienen previsto un campo para establecer el “stock mínimo y máximo”, los mismos no se utilizan. Asimismo no se ha definido el “punto de pedido” de cada uno de los insumos, lo cual aumenta la probabilidad de que el laboratorio se quede sin insumos para cumplir con su plan de producción.
- d. No se mantienen registros exactos del inventario de envases, debido a que aún no se le ha dado de baja a las partidas que han sido dejadas de usar. Esta situación aumenta el riesgo de contar con información inexacta sobre los niveles de existencias.

4. Costeo de medicamentos

- a. Se costea sobre la base de las cantidades estándar de producción y no sobre las cantidades realmente producidas.
- b. Se constataron gastos que no son incluidos en el cálculo del costo de producción y no se ha definido el criterio activar o tomar como gasto, las erogaciones realizados por reparaciones y/o compra de repuestos.
- c. El método utilizado para cargar la mano de obra de Producción no contempla correctamente el costo de licencias y salarios vacacionales (para los contratados), ni casos de inasistencias o paros.

Conclusiones y recomendaciones

De la evaluación realizada sobre el cumplimiento del laboratorio en cuanto a las habilitaciones y certificados de registro y autorización de venta de especialidades farmacéuticas, expedidos por el Departamento de Medicamentos del MSP se concluye que el laboratorio no cuenta con la habilitación higiénica y funcional, la que se encuentra en trámite desde el 03/09/08. La situación es conocida por las Direcciones General y Técnica, las

que asumen que hasta tanto no se realicen reformas edilicias estructurales en el laboratorio, la habilitación no será concedida por el MSP.

En cuanto a la evaluación realizada sobre el sistema de control interno imperante, para los procesos analizados se concluye que el mismo presenta algunas debilidades. De todas maneras se entiende que de continuar con el proceso de mejora encarado por la Dirección, aunado a un adecuado tratamiento de las observaciones señaladas, el Laboratorio Dr. Francisco Dorrego mejorará la eficacia del sistema de control interno, lo cual contribuirá a asegurar de manera razonable la consecución de los objetivos trazados.

Se recomienda:

1. Realizar gestiones ante las autoridades de ASSE, con el objetivo de poder concretar las reformas edilicias necesarias y así obtener la habilitación higiénica y funcional expedida por parte del Departamento de Medicamentos del MSP. Documentar formalmente esta situación, de modo que sean las autoridades de ASSE las que asuman los riesgos, por del incumplimiento mencionado.
2. Procurar la incorporación de una herramienta tecnológica que responda a los requerimientos, exigencias, objetivos y compromisos establecidos por el laboratorio. Es de destacar que se encuentra bajo análisis, la implementación de un software diseñado a medida, que soporte tanto los procesos productivos como los administrativos, dentro de un marco de calidad total.
3. Terminar de documentar la estructura organizativa vigente, y difundir la misma a todos los funcionarios, con el propósito de que se tengan claramente definidas las áreas claves de autoridad y responsabilidad, así como el establecimiento de vías adecuadas de comunicación.

4. Establecer y documentar una metodología para medir el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto a nivel estratégico como operacional, que permita la elaboración de indicadores para su monitoreo y evaluación. Para ello la Dirección deberá: i) establecer con claridad los objetivos; ii) definir la métrica y el método de medición correspondientes; iii) nombrar un responsable que se encargue de realizar las mediciones; iv) establecer la frecuencia de las mismas.
5. Procurar mejorar las funcionalidades que provee el sistema de “Licitaciones y Compras” y capacitar a los funcionarios de la Unidad de Compras en su adecuada utilización. Asimismo, se deberán realizar los ajustes necesarios para que la información que surge del mismo presente las características necesarias de integridad y disponibilidad.
6. Implementar un sistema de indicadores que permita monitorear el nivel de servicio proporcionado por la empresa adjudicataria del servicio de depósito y distribución. Esto deberá hacerse extensivo para todos los proveedores críticos de la organización. La implementación de este control redundará en que los servicios recibidos, estén acordes con las necesidades de la organización, así como con los acuerdos de entrega de servicios pactados, y en caso de constatarse diferencias se puedan tomar las medidas correctivas necesarias.
7. Finalizar con el proceso de conciliación y análisis de las diferencias de stock constatadas, entre los registros contables del Laboratorio y las existencias recontadas en el depósito de la empresa que tiene a su cargo el depósito. Una vez identificadas las eventuales diferencias, se deberán determinar las responsabilidades y habilitar los mecanismos para resarcirse de las pérdidas que pudiera haber tenido el Laboratorio.
8. Actualizar los registros de inventario, dando de baja a los insumos que han quedado obsoletos; establecer los parámetros “stock mínimo”, “stock máximo” y “punto de pedido”, para todos los insumos.

9. Finalizar con el proceso de mejora que se viene llevando adelante sobre el costeo de las especialidades producidas, procurando incorporar la totalidad de los gastos indirectos de producción que a la fecha no son considerados en el costo total. Asimismo se deberán establecer los criterios para tomar como gasto o activar, las erogaciones realizadas. La mejora del proceso de costeo impactará favorablemente en la medición de los objetivos estratégicos relacionados con la rentabilidad del Laboratorio.

MINISTERIO DE GANADERIA AGRICULTURA Y PESCA

DIRECCIÓN NACIONAL DE RECURSOS ACUATICOS (DI.NA.RA.)

La auditoría se inició el 27 de mayo de 2009 de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría del año 2009.

El objetivo consistió en evaluar el sistema de control interno implementado en los procesos de habilitación e inspección de Plantas y Buques y el proceso de certificación de exportaciones, de acuerdo a los cometidos de la Unidad Ejecutora

El alcance de la auditoría se limitó al análisis de las Plantas y Buques habilitados para la Unión Europea. El período auditado comprendió desde el segundo semestre del 2008 hasta el primer semestre 2009.

Marco de Referencia

La DI.NA.RA., es la entidad estatal responsable de regular y controlar la actividad pesquera en Uruguay. Como tal, es la única autoridad sanitaria competente en la industria pesquera a nivel nacional.

La DI.NA.RA., a través de la Dirección de Industria Pesquera (en adelante DIP), inspecciona y habilita sanitariamente buques pesqueros, plantas pesqueras, depósitos frigoríficos y establecimientos de acuicultura, realizando

para ello las inspecciones, auditorías y análisis necesarios de manera de garantizar las condiciones de inocuidad de los productos pesqueros. Adicionalmente la DI.NA.RA. debe asegurar el cumplimiento de la normativa pesquera, acuícola y ambiental nacional e internacional; y realizar y/o certificar los análisis requeridos para respaldo de exportaciones e importaciones de productos de la pesca para consumo humano y animal.

Evaluación de Control Interno y de manuales de procedimiento.

- 1) La Habilitación Sanitaria de Buques Pesqueros debe realizarse cada 6 meses de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. Esto en los hechos no se cumple ya que una vez obtenida la habilitación sanitaria no se procede a su renovación en el período establecido por la normativa y se constató, que a consecuencia de ello existen buques operando sin contar con la misma.
- 2) Se verificó la existencia de productos procedentes de buques sin Habilitación Sanitaria, cuyo destino es la exportación, no dando cumplimiento a lo establecido en la reglamentación internacional.
- 3) La falta de rotación de los inspectores y su presencia semi permanente en plantas, debilita la independencia funcional respecto al inspeccionado.
- 4) No existe un criterio uniforme en la aplicación de los manuales de procedimientos y los formularios correspondientes, consultado a los funcionarios al respecto, se pone en evidencia la falta de comunicación entre los mismos.
- 5) Los códigos utilizados para identificar las producciones pesqueras permiten detectar la fecha exacta en que un determinado lote es procesado, sin embargo no es posible distinguir que buque o planta realizó su procesamiento, lo cual dificulta los controles en la trazabilidad de los productos.

6) Con respecto a los Certificados Sanitarios se constataron las siguientes inconsistencias:

- a. Certificados Sanitarios cuya fecha de adquisición es posterior a la de su emisión.
- b. Solicitudes de Embarque con fecha posterior a la fecha de emisión del Certificado Sanitario.
- c. Solicitudes de Embarque presentadas a nombre de un buque cuyos Certificados Sanitarios correspondientes se emitieron a nombre de otro. De la documentación surge que el solicitante se encontraba con la Habilitación Sanitaria vencida.
- d. El procedimiento implementado para la emisión de los Certificados Sanitarios no brinda una seguridad razonable de que la UCCI intervenga en la emisión de todos los Certificados Sanitarios que acompañan las exportaciones, ya que los mismos una vez adquiridos permanecen sin completar en poder de la empresa. Por otra parte la UCCI no realiza un control ni un seguimiento en las posteriores etapas en las que serán utilizados los Certificados Sanitarios
- e. La documentación de las certificaciones de exportación no respeta un orden lógico y cronológico, lo cual no permite asegurar que por cada Solicitud de Embarque hay un Certificado Sanitario y su debida correspondencia.

7) De acuerdo a la normativa, la DI.NA.RA. debe ejercer el control sanitario y habilitar a los vehículos que transportan productos pesqueros lo que actualmente no se está realizando. Según lo informado por el encargado del DIP a partir del 13/08/2009 se comienza a realizar el control sanitario de los vehículos.

En cuanto al cumplimiento de los manuales de procedimiento de habilitaciones, inspecciones y certificaciones elaborados por el DIP:

- 8) No hay evidencia documental de que en todos los casos se estén realizando las inspecciones de plantas y buques pesqueros, de acuerdo a lo establecido en el Plan de inspecciones y en los manuales de procedimiento implementados por el DIP.
- 9) Respecto a la planilla “Seguimiento de buques/plantas”, en la cual se debe dejar constancia de la información relevante de las inspecciones, se constató que en ningún caso se encuentra completa y actualizada.
- 10) En cuanto a documentación correspondiente a la información de las plantas y buques, que de acuerdo a los manuales de procedimiento deben llevarse por duplicado en la planta o puerto y en el DIP, se observó que:
 - a. Existe un número significativo de casos en donde la documentación no se encuentra completa y actualizada.
 - b. No existe un duplicado en el DIP de la documentación correspondiente a ninguno de los buques pesqueros y en el caso de las plantas no hay duplicado de la totalidad de las mismas.
 - c. En la documentación de los buques pesqueros, la ausencia del Parte de Pesca, y de la Planilla de Producción diaria, tal como lo dispone el Manual de Procedimientos Inspección Veterinaria de buques pesqueros fresqueros/congeladores.
 - d. Se comprobó que tanto para Buques Pesqueros y Plantas no se utilizaron los diferentes formularios estipulados en los procedimientos escritos.

Las observaciones respecto a la documentación no permiten determinar si los controles establecidos fueron efectivamente realizados.

Conclusiones y Recomendaciones

De la evaluación del sistema de control interno implementado en los procesos de habilitación, inspecciones y certificaciones de exportación realizadas a la Unión Europea, que fueron recientemente revisados y documentados en manuales de procedimientos, se concluye que el mismo es

razonable para el cumplimiento de los objetivos, pero presenta debilidades. Se establecen actividades de las que no se proporcionó evidencia de la realización de las mismas o en otros casos no se realizan por considerar que la periodicidad establecida no es la adecuada.

Se recomienda:

1. Implementar un sistema de auditorías aleatorias y periódicas, alternativo al sistema existente. Esto permitiría un control más objetivo y eficaz que el que realiza un inspector semi permanente en planta.
2. Revisar la adecuación de los manuales de procedimiento y formularios, contemplando además de las exigencias normativas las necesidades de la práctica. Una vez aprobados los mismos, darlos a conocer a todos los funcionarios para su implementación.
3. Dar cumplimiento al Plan de Inspecciones de plantas y buques pesqueros aprobado por la Dirección, dejando en todos los casos constancia de la realización de las mismas.
4. Controlar la Habilitación Sanitaria de Buques Pesqueros en el período establecido por la normativa, a fin de que no existan buques operando sin contar con habilitación vigente.
5. Dejar constancia, al momento de expedirse el Certificado Sanitario de exportación, del control realizado sobre la Habilitación Sanitaria de buques, a fin de evitar que se exporten productos provenientes de Buques pesqueros sin Habilitación vigente.
6. Evaluar los riesgos asociados de mantener vigente la Habilitación Sanitaria de los Buques cuando fueron observados por mantener no

conformidades, no siendo levantadas las mismas en el plazo establecido.

7. Agregar a la codificación existente de los productos los datos que permitan identificar el establecimiento procesador y determinar la identidad del producto para favorecer el control en la trazabilidad.
8. Modificar el procedimiento para la emisión de los Certificados Sanitarios de exportación de manera tal que permita tener una seguridad razonable de que los mismos son intervenidos únicamente por funcionarios de DI.NA.RA. y que se hayan realizado los controles correspondientes.
9. Evaluar la suficiencia de los requisitos establecidos en la normativa nacional para ejercer los controles para el otorgamiento de la habilitación inicial de los buques, en virtud del mayor grado de detalle dispuesto en las normas internacionales.
10. Implementar los procedimientos para ejercer el control de los vehículos que transportan productos pesqueros, de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales.

MINISTERIO DE GANADERÍA AGRICULTURA Y PESCA

DIRECCIÓN GENERAL FORESTAL

La auditoría comenzó el día 19 de Octubre de 2009, de acuerdo con lo establecido en el Plan Anual de Auditoría para el año 2009.

El objetivo de la actuación consistió en evaluar el sistema de control interno implementado en la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Forestal (C.H.A.F.F.) en el proceso de otorgamiento de subsidios de acuerdo a

la normativa vigente. El alcance de la auditoría se limitó al análisis de los subsidios forestales pagados por la C.H.A.F.F. en el ejercicio 2009. El marco de referencia fueron los lineamientos establecidos por las Normas Generales de Control Interno adoptadas por la Auditoría Interna de la Nación según resolución de fecha 25/01/2007.

Marco de Referencia

La Dirección General Forestal es el órgano ejecutor de la política forestal nacional.

La Ley Forestal N° 15.939, en el artículo N° 52, crea el Fondo Forestal, con el fin de fomentar la implantación de bosques a través del otorgamiento de un subsidio a proyectos forestales que cumplan determinados requisitos previstos en la normativa.

El art. 53 de la mencionada Ley, crea la CHAFF, como responsable del Fondo Forestal, cuyo cometido básico y fundamental es la administración, dirección, contralor y superintendencia de los aspectos económicos financieros de los planes y proyectos forestales que se desarrollen con asistencia del Fondo Forestal.

Evaluación de Control Interno

- 11) De la documentación presentada, se desprende que no todos los proyectos incluyen la actualización de los Planes de Prevención de Incendios exigidos por la normativa vigente, en detrimento del objetivo del subsidio.
- 12) La normativa vigente establece la eliminación del subsidio, basándose en la fecha límite de presentación de proyectos a la CHAFF, pero los mismos no tienen plazo de realización, por lo tanto la partida quedó limitada a los proyectos presentados pero no al monto a pagar ni al plazo en que se deberán pagar.

- 13) Del sistema de registraci3n implementado en la CHAFF y de lo establecido en la normativa vigente, no se puede tener conocimiento de las solicitudes de subsidio pendientes de presentaci3n as3 como, la fecha l3mite de recepci3n de solicitudes, por cuanto el decreto reglamentario habilita su presentaci3n en un plazo de 4 a3os a partir de la instalaci3n del bosque. Como consecuencia de lo anterior no se puede determinar el monto del subsidio pendiente de pago.

Conclusiones y Recomendaciones

De la evaluaci3n del sistema de control interno implementado en el proceso de otorgamiento y pago de subsidios, se concluye que el mismo es razonable para el cumplimiento de los objetivos.

Se recomienda:

1. Exigir la actualizaci3n de los Planes de Incendio de acuerdo a lo establecido en la norma vigente, contribuyendo con el cumplimiento del objetivo para el cual se otorga el subsidio.
2. Implementar un registro sistematizado que permita obtener informaci3n en tiempo y forma de los proyectos forestales que a la fecha no presentaron solicitud de subsidio, a efectos de tener conocimiento aproximado del monto total del mismo.

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

DIRECCI3N GENERAL DE SECRETARÍA

La Auditoría comenz3 el d3a 7 de setiembre de 2009, por iniciativa de la Auditoría Interna de la Naci3n, de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría para el a3o 2009.

El objetivo fue evaluar el control interno en los procesos de recaudación implementados por la Dirección General de Secretaría, sobre los recursos administrados por esta Unidad, de acuerdo al Marco Conceptual de Control Interno adoptado por la Auditoría Interna de la Nación, aprobado por Resolución de fecha 25/01/07.

El período analizado abarcó de enero a agosto de 2009 y ejercicios anteriores en caso de corresponder.

Marco de Referencia

La Dirección General de Secretaría, administra la recaudación de los recursos percibidos por el Inciso excepto los inherentes a DINAMIGE.

El procedimiento de recaudación se realiza a través de la Tesorería de la Unidad o mediante depósitos en las distintas cuentas corrientes bancarias del BROU a nombre de cada Unidad Ejecutora.

Los conceptos de recaudación administrados se detallan a continuación:

| Unidad Ejecutora Recaudadora | Concepto de recaudación |
|---|---------------------------------------|
| UE 01- Dir. Gen. Secretaria | Inspecciones Metrología legal |
| UE 02- Dir. Nac. Industria | Licencia Importación Calzado |
| | Licencia Importación Textil |
| | Exoneración de IVA |
| | Licencia Importación vehículos nuevos |
| | Otros |
| UE 04- Dir. Nac. Propiedad Industrial | Marcas |
| | Patentes |
| | Otros |
| UE 08- Dir. Nac. Energía y Tecnología Nuclear | Calderas |
| | Dosimetría |
| UE 11- Autoridad Reguladora Nac. de Radioprotección | Inspecciones |

Arqueo de caja

- a. Recibos de Fondos de terceros sin prenumerar que no permiten determinar la integridad de los mismos.

- b. Inexistencia de registro de inventario de los valores utilizados, no obstante en los controles realizados, no se encontraron diferencias con la numeración según pie de imprenta.

Análisis de Recaudación por Unidad Ejecutora

Del análisis de los procedimientos de recaudación correspondiente a las distintas Unidades Ejecutoras corresponde destacar:

Dirección General de Secretaría (UE 01)

El sistema informático que registra los movimientos de ingresos y usos en las cuentas corrientes de los clientes carece de controles, no pudiendo asegurar que el total de créditos registrados en las cuentas corrientes se correspondan con lo recaudado por Tesorería. Situación puesta de manifiesto en informe de la AIN de fecha 30/01/08 y, ratificada a la fecha por el Director General de Secretaría.

Dirección Nacional de Propiedad Industrial (UE 04)

El formulario utilizado como constancia de pago para poder iniciar el trámite de registro de marcas y patentes, carece de elementos de control como falta de numeración, tiene impreso la leyenda “sin valor” y la intervención de Tesorería se efectiviza mediante sello de goma, observaciones que fueron incluidas en el informe de la AIN de fecha 11/09/09, por lo que no es posible asegurar que el trámite realizado fue efectivamente pagado.

Dirección Nacional de Energía y Tecnología Nuclear (UE 08)

Del análisis realizado de los ingresos realizados en la cuenta bancaria y los registros que lleva la unidad para el control de la recaudación, se destaca lo siguiente:

- a. La registración se realiza en base al estado de cuenta bancario. No se dispone de información adicional que permita corroborar que el total de inspecciones realizadas por el LATU fueran depositadas.
- b. Existen, al 31/08/2009, partidas conciliatorias pendientes de registración por ingresos de \$ 482.183 desde octubre 2008. Al respecto se informó que, estos fondos permanecen en la cuenta bancaria hasta tanto los usuarios no remitan copia de la boleta de depósito en Tesorería, para que se los identifique, por lo que no son depositados en la CUN dentro del plazo legal establecido.

- c. Las comisiones bancarias son deducidas de la recaudación a depositar en la CUN. No corresponde la compensación de acuerdo al artículo 150 del T.O.C.A.F.

Conclusiones y recomendaciones

De la actuación realizada se puede concluir que, el control interno en los procedimientos de recaudación implementados por la Dirección General de Secretaría, no es eficaz para asegurar que los montos percibidos se correspondan con los trámites y/o servicios efectivamente realizados por las diferentes Unidades Ejecutoras de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales.

Si bien se ha centralizado la recaudación, no se han implementado actividades de control que permitan obtener información íntegra, oportuna y confiable de los servicios y/o trámites realizados por cada Unidad Ejecutora para poder conciliarla con los efectivamente percibidos.

Se recomienda:

1. Implementar procedimientos que permitan conciliar los fondos percibidos con las prestaciones realizadas por las Unidades Ejecutoras a fin de verificar que la totalidad de los servicios prestados hayan sido efectivamente pagados.
2. Incluir elementos formales de control en los comprobantes que acreditan el pago en la Tesorería, a fin de evitar su duplicación o alteración.
3. Implementar controles en los sistemas informáticos utilizados para el registro de las cuentas corrientes de los usuarios (clientes), a fin de asegurar la confiabilidad de sus datos (acceso, ingreso y modificaciones de créditos y débitos) y su correcto funcionamiento, analizando los desvíos que se puedan presentar.
4. Dar cumplimiento al art. 36 de la ley 17.296 por el cual los ingresos percibidos se deben depositar en la CUN dentro de las 24 horas hábiles.

5. Regularizar las partidas conciliatorias que correspondieren, sin perjuicio, de implementar mecanismos para la identificación de los depositantes en tiempo y forma.
6. Dar cumplimiento a lo establecido en el art. 150 del T.O.C.A.F., debiendo depositar la recaudación íntegramente en la CUN sin efectuar compensaciones con las comisiones bancarias.
7. Documentar formalmente los arqueos realizados debiendo suscribir las actas correspondientes.
8. Inventariar los valores existentes.

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

DIRECCIÓN NACIONAL DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL (DNPI)

La auditoría comenzó el día 11 de junio de 2009, por iniciativa de la Auditoría Interna de la Nación, de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría para el año 2009.

El objetivo fue evaluar los procedimientos implementados por la Unidad Ejecutora para el registro de marcas y patentes en el cumplimiento de sus cometidos, de acuerdo al Marco Conceptual de Control Interno adoptado por la Auditoría Interna de la Nación, aprobado por Resolución de fecha 25/01/07, y en consideración de las observaciones relevadas en el informe de fecha 28 de diciembre de 2005.

El período analizado corresponde al ejercicio 2008 y ejercicios anteriores en caso de corresponder.

Procedimiento del Registro de Marcas

- a. Con respecto al cumplimiento de los recaudos y plazos establecidos por la reglamentación, no surge observaciones, sin embargo, existen demoras en el examen de forma y fondo de las solicitudes y por consiguiente en el dictado de las resoluciones.
- b. En el 27% de los expedientes analizados, se constataron notificaciones a personas que no figuran autorizadas como representantes o habilitadas a tal fin.

Procedimiento del Registro de Patentes

- a. El tiempo transcurrido entre la solicitud presentada y la resolución emitida es en promedio de 10 años.
- b. La resolución de la Dirección se sustenta en el informe del técnico asignado sin que medie control sobre este informe que permita brindar una seguridad razonable sobre el mismo a la Dirección de la Unidad.
- c. Se constataron expedientes con informes técnicos finales sin observaciones del año 2003, cuyas resoluciones se expidieron en el 2007. De acuerdo a lo manifestado, la demora obedeció a la falta de personal administrativo.
- d. Tanto en Marcas como en Patentes, los comprobantes de pago de tasa y publicación consisten en un formulario con la leyenda "sin valor". No poseen numeración ni pie de imprenta. Se constata su pago si posee la intervención de Tesorería mediante sello de goma.

Informática

- a. Del relevamiento de la seguridad física y de datos, mediante cuestionario a la Dirección, surge la inexistencia de un plan de continuidad operacional ante eventuales desastres que pudieran ocurrir.

- b. En la puesta en producción del IPAS JAVA, funciones correspondientes al administrador local, como, mantenimiento, mejoras, consultas, accesos de seguridad, entre otras, fueron y son ejecutadas por el consultor designado por la Organización Mundial de la Propiedad Industrial (OMPI).
- c. En el proyecto de digitalización y en ausencia de figura de contraparte de la Unidad, se le asignó dicha tarea a un funcionario de la empresa que a la fecha se encuentra sin contrato.
- d. Para la migración de los datos al IPAS JAVA, el proyecto cuenta con un documento suscrito por la OMPI y la DNPI. En el mismo se establece el plan de trabajo con el cronograma previsto de las actividades a desarrollar, tales como, evaluaciones, análisis, revisiones, instalaciones, capacitaciones. No se nos ha suministrado documentación respaldante de las mismas, por lo cual no podemos asegurar integridad, oportunidad, eficiencia y eficacia en su cumplimiento.
- e. Ausencia de una apropiada estructura organizacional que permita asegurar continuidad y eficiencia en la supervisión, ejecución y control de las funciones sustantivas del centro de cómputos. Hasta el momento la relación entre la empresa y la DNPI se basa en la buena fe, de parte de la empresa en cuanto a la regularización de su situación contractual y la de la Unidad, en la adecuada ejecución de las tareas.

Archivo físico

Con el objeto de efectuar la remodelación edilicia para la mejora de las condiciones del Archivo a fin de garantizar la adecuada organización, protección y seguridad documental, se celebraron convenios con el MTOP: el 20 de diciembre de 2007 por \$ 912.000 y el 11 de diciembre de 2008 por \$ 2.000.000. A la fecha de este informe no se ha recibido rendición de cuentas documentada de los fondos transferidos, según lo establecido en los artículos

114 y 115 del TOCAF y de la Ordenanza N° 77 del 29/12/99, tampoco se cuenta con informe de avance de ejecución de obra.

Conclusiones y Recomendaciones

De la auditoría practicada sobre los procedimientos de registro de marcas y de patentes y del seguimiento de las observaciones realizadas en informe de fecha diciembre 2005 vinculadas a esta Dirección, se puede concluir que, la Unidad no ha implementado los controles internos en el área de informática, que garanticen el funcionamiento, mantenimiento y seguridad de los sistemas y base de datos utilizados en los procedimientos, incrementando la probabilidad de ocurrencia de hechos negativos que impidan el eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos asignados a la Unidad.

Se recomienda:

1. Contar con representación técnica institucional adecuada, estable y continua, que vele por los intereses de la Unidad en oportunidad de los proyectos informáticos implementados y a implementar, para la mejora en el cumplimiento de sus cometidos.
2. Establecer en el centro de cómputos una adecuada estructura organizacional separando las funciones de implementación, ejecución y control de actividades.
3. Contar con un plan de contingencia operacional a nivel informático.
4. Documentar las actividades de implementación de programas incluidas en los Proyectos a fin de respaldar su realización, poder evaluar su eficacia y avance, que sirva como antecedente de futuras acciones.
5. Incluir elementos de control en los documentos de pago de tasa y publicación que permitan asegurar la efectiva realización de los mismos.
6. Regularizar las actividades de control que permitan, en el registro de marcas, asegurar que las notificaciones se realicen a personas que

figuran como autorizadas y dar cumplimiento al plazo previsto en el art. 92 inciso 2 de la Ley N° 17.011.

7. Implementar en el registro de patentes, actividades de supervisión sobre el informe técnico final previo a la firma de la Resolución por la Dirección
8. Fortalecer medidas de seguridad en el archivo de documentación que impidan el extravío y/o deterioro de expedientes.
9. Dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 114 y 115 del TOCAF y de la Ordenanza N° 77 del 29/12/99 respecto de las rendiciones de cuentas de las partidas transferidas al MTOP.