AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE CALIDAD, EN RELACIÓN CON LOS PROCESOS DE MEJORA CONTINUA Y EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

IA-033-2023
30 DE NOVIEMBRE DE 2023

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe se efectuó en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de la Auditoría del 2023 y contiene el resultado de la auditoría operativa sobre el análisis de la gestión que realiza el Departamento de Calidad, en relación con los procesos de mejora continua y el Sistema de Gestión de Calidad (*SGC*), con el fin de corroborar su ejecución de manera eficiente y eficaz, en contribución de los objetivos estratégicos institucionales.

El estudio se enfocó en la comprobación del cumplimiento del *SGC*, las verificaciones internas (revisiones para asegurar el monitoreo planificado del cumplimiento de los requisitos establecidos en los procesos) y las no conformidades y acciones correctivas que tiene a cargo dicha dependencia, mediante la aplicación de la Norma INTE/ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad, además, el análisis realizado a los proyectos de mejora bajo la metodología DMAIC[1], la gestión de Bots o programas para la automatización de procesos, así como, los estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada que este departamento realiza a solicitud de las dependencias del INS.

Para la verificación anterior, se desarrollaron pruebas de efectividad tomando como base los procesos, políticas, manuales y normativa técnica aplicable y se delimitó en el período comprendido entre el 01-01-2022 y el 31-12-2022, extendiéndose para aquellos casos y/o temas que se consideró pertinente.

Producto de la revisión, se identificaron algunas debilidades de control y aspectos sujetos de mejora, en relación con los siguientes puntos:

a) En cuanto a la gestión de la información documentada en el SGC, se determinó que el departamento no cuenta con un cronograma y/o plan para la implementación de la Norma INTE/ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad. Al respecto, se observó que se mantiene un Gestor Documental, sin embargo, se visualizan oportunidades de mejora en cuanto al mantenimiento, revisión, actualización, calidad y uso de la documentación.

b) En los proyectos de mejora bajo la metodología DMAIC, se determinó que algunas dependencias que gestionan estas solicitudes incumplen con la entrega de los requisitos para solventar la problemática que presentan o que requieren resolver, dado que no se aplican acciones correctivas.

   Por otro lado, se comprobó en el proceso evaluado la necesidad de realizar un análisis de ahorros cualitativos y/o cuantitativos de un proyecto de mejora; la implementación de métodos que justifiquen la ampliación de los plazos al cronograma inicial de un proyecto, y el objetivo del proyecto; y el análisis o identificación de la problemática, cuando se requiere de solicitudes o requerimientos informáticos.

c) En cuanto a la gestión de Bots, se evidenció que el departamento no cuenta con el establecimiento de parámetros iniciales que determinen si es razonable la implementación de estos y se observaron oportunidades de mejora en cuanto a la aplicación de los cálculos de factibilidad y de ahorros, reducciones o beneficios de la automatización. Además, no se ha

[1] *DMAIC* es una herramienta metodológica enfocada en la mejora incremental de procesos existentes. El nombre proviene del acrónimo en inglés de los pasos de la metodología (definir, medir, analizar, mejorar y controlar).

solicitado el criterio técnico experto o asesoría a la Dirección de Tecnologías de Información, sobre la razonabilidad de la duración en el desarrollo de los Bots, que presenta el proveedor INS Servicios S.A., contratado para realizar esta labor.

Aunado a que el departamento no ejecuta el proceso oficializado según la práctica actual y se visualizan debilidades en el registro y ubicación de la documentación en los expedientes de las automatizaciones, así como, la ausencia de control en la cantidad de horas facturadas por INS Servicios S.A.

d) En los estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada, el Departamento de Calidad no utiliza el proceso oficializado para resolver las solicitudes. Además, no se gestiona de previo la identificación de mejoras que le permitan determinar la necesidad de este tipo de estudios.

   Además, se observa el registro de documentación incompleta en los expedientes revisados.

e) En cuanto al proceso de verificaciones internas, se comprobó que el departamento ejecuta en la práctica, actividades distintas a lo establecido para estas.

f) En el proceso de o conformidades y acciones correctivas, se determinó que las acciones implementadas por las dependencias no son verificadas por este departamento para comprobar su eficacia y eficiencia.

   Por otro lado, la normativa interna establece la divulgación de los procesos, sin embargo, esta no instruye el uso obligatorio de la documentación oficializada y almacenada en el Gestor Documental, para todos los colaboradores y dependencias usuarias de la Institución.

   Asimismo, se determinó que el proceso no tiene establecido el traslado de las no conformidades a las dependencias responsables, cuando la causa-raíz obedece a incumplimientos normativos, regulatorios y/o administrativos.

Además, se determinaron aspectos de mejora producto de comentarios de los colaboradores o usuarios encuestados, sobre el entendimiento y búsqueda de los documentos generados del SGC, en la base de datos *Documentación de SGC*.

Estos aspectos fueron comunicados al Departamento de Calidad, durante el desarrollo del estudio, el cual solventó el aspecto relacionado con el traslado de un proceso que correspondía al macroproceso de gestión de siniestros, que se encontraba por error incorporado en el macroproceso de suscripción de riesgos.

De acuerdo con las situaciones expuestas como debilidades de control y oportunidades de mejora, se formulan las recomendaciones que a criterio de esta Auditoría fomentan el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la gestión de los procesos de mejora continua y el SGC.

Tabla de Contenido

I. INTRODUCCIÓN 1
A. Origen del Estudio 1
B. Antecedentes o Generalidades 1
C. Objetivo General 1
D. Objetivos Específicos 1
E. Naturaleza y Alcance 2
F. Metodología 2
G. Marco Normativo 2
H. Comunicación de Resultados 3
II. RESULTADOS 4
A. Debilidades de control observadas sobre la gestión. 4
1. Gestión de la información del *SGC* 4
1.1 Cumplimiento de la Norma INTE/ISO 9001:2015 *SGC* 4
1.2 Bases de datos y documentación del *SGC* 4
1.3 Formatos en el Manual CAL-MAT-0005 Diseño de documentos del *SGC* 5
1.4 Glosario de macroprocesos y documentos en el Gestor Documental 6
2. Gestión de Proyectos DMAIC 7
2.1 Análisis de los proyectos DMAIC 7
2.2 Objetivos de los proyectos 8
3. Gestión de Bots para automatización de procesos 9
3.1 Cálculo de factibilidad y resultados cuantificables de las automatizaciones 9
3.2 Planificación de los Bots mediante RPA 10
3.3 Apoyo técnico en el desarrollo de automatizaciones 10
3.4 Control de la facturación 11
3.5 Uso de formularios oficiales 11
4. Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada 12
4.1 Proceso utilizado para la ejecución de estudios 12
4.2 Análisis de identificación de mejoras en el proceso 13
4.3 Documentación y registro de la documentación institucional 14
5. Planificación y ejecución de verificaciones internas 15
5.1 Análisis de las verificaciones internas 15
6. Gestión de no conformidades y acciones correctivas 15
6.1 Verificación de acciones correctivas 15
6.2 Documentos vigentes y aprobados en el Gestor Documental 16

6.3 Traslado de no conformidades a otras dependencias 17
6.4 Quejas y disconformidades de la Defensoría del Cliente Corporativa.....18
B. Aspectos de mejora observados sobre la gestión de calidad 19
1. Gestión de la información del *SGC* en el Gestor Documental 19
C. Aspectos comunicados y subsanados durante la ejecución del estudio 20
1. Gestión de la información del *SGC* sobre el traslado de proceso.....20
III. CONCLUSIONES 21
IV. RECOMENDACIONES 22
A. Recomendaciones para la Gerencia General:.....22
B. Recomendaciones para el Departamento de Calidad: 22
C. Recomendaciones para la Defensoría de Clientes Corporativa: 25

Índice de tablas

Tabla 1 Aspectos encontrados en la base de datos 5
Tabla 2 Análisis de los proyectos DMAIC..... 7
Tabla 3 Análisis de identificación de mejoras.....13
Tabla 4 Registro de la documentación institucional.....14
Tabla 5 Análisis de las verificaciones internas 15
Tabla 6 No conformidades (uso de formularios).....16
Tabla 7 Traslado de no conformidades a otras dependencias 17

IA-033-2023
30 de noviembre de 2023

I. INTRODUCCIÓN

A. Origen del Estudio

El estudio se efectúa en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de Auditoría del 2023.

B. Antecedentes o Generalidades

El Departamento de Calidad fue creado en el 2013 y es el encargado de administrar y asesorar en materia del Sistema de Gestión de Calidad y en gestión por procesos de mejora continua, a las diferentes dependencias de la Institución y a la Gerencia General.

Además, este promueve una cultura de mejora, administra y actualiza la base de datos del Gestor Documental, vela por la actualización y cumplimiento de la normativa aplicable y realiza cualquier otra función relacionada con su ámbito de competencia.

Cabe indicar, que esta Auditoría realizó estudios y revisiones específicas en años anteriores, donde se abarcó la revisión y seguimiento del Proyecto de Alineamiento por procesos (PAPP), los aspectos relacionados con las modificaciones en los procedimientos y diagramas de procesos y la evaluación de la automatización robótica por medio de Bots o RPA, implementada en la Institución. Además, se emitió una advertencia sobre la gestión y rediseño de los procesos y su alineamiento con la estructura institucional. (Ref. Oficios AU-00255-2019 del 08-03-2019, AU-00529-2019 del 27-05-2019 y AU-00031-2023 del 13-01-2023, relacionado con el Informe IA-001-2023).

C. Objetivo General

Evaluar las actividades que realiza el Departamento de Calidad en materia de mejora continua, automatización de procesos, capacidad instalada y del Sistema de Gestión de Calidad, mediante la revisión de sus procesos, documentación, entregables y/o normativa de referencia, con el fin de corroborar su ejecución de manera eficiente y eficaz, en contribución de los objetivos estratégicos institucionales.

D. Objetivos Específicos

1. Verificar la correcta implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma INTE/ISO 9001:2015 SGC, mediante el análisis del avance en la implementación del sistema, cumplimiento de la norma de referencia y la valoración de la documentación generada, con el fin de determinar la calidad, eficiencia y eficacia de este.

2. Analizar los proyectos de mejora continua realizados por el Departamento de Calidad, con el fin de evaluar la implementación de la metodología DMAIC.

3. Comprobar la gestión de mejora continua realizada por el Departamento de Calidad, en las automatizaciones de los procesos, con el propósito de determinar el desarrollo, la implementación y el seguimiento brindado.

4. Verificar el análisis ejecutado en los estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada realizados por el Departamento de Calidad y las acciones ejecutadas por la Gerencia General, con la finalidad de determinar el personal requerido en los procesos respectivos.

E. Naturaleza y Alcance

Naturaleza: Estudio de auditoría operativa. Se evalúa la eficiencia y eficacia del cumplimiento de los objetivos de los procesos a cargo del Departamento de Calidad, de conformidad con lo establecido en las Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público y las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público.

Alcance: La auditoría abarcó las gestiones comprendidas entre el 01-01-2022 y el 31-12-2022 y se extendió en aquellos casos y/o tareas en los que se consideró pertinente.

F. Metodología

Las actividades ejecutadas en el presente estudio fueron realizadas en cumplimiento de las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, e incluyó el análisis de la información proporcionada o generada por el Departamento de Calidad y para algunos temas se realizó la revisión mediante la utilización de muestras.

La información se sometió a un análisis documental, se realizaron consultas y entrevistas a los colaboradores encargados de los procesos.

G. Marco Normativo

- ✓ Ley 8292 Ley General de Control Interno.
- ✓ Ley 8653 Ley Reguladora del Mercado de Seguros.
- ✓ Norma Internacional INTE/ISO 9001:2015 Sistema de gestión de la calidad – Requisitos.
- ✓ Norma Internacional INTE/ISO 9002:2017 Sistema de gestión de la calidad – Directrices para la aplicación de la Norma INTE/ISO 9001:2015.
- ✓ Normas de Control Interno para el Sector Público N-2-2009-CO-DFOE.
- ✓ Reglamento sobre los Sistemas de Gestión de Riesgos y de Control Interno aplicables a entidades Aseguradoras y Reaseguradoras SUGESE 09-17.
- ✓ Política de Gestión Integral de Riesgos.
- ✓ Política de Control Interno del INS.
- ✓ Política de Cumplimiento Normativo.

- ✓ Manual para la Gestión del Sistema de Control.
- ✓ Manual de Disposiciones Administrativas.
- ✓ Código de Gobierno Corporativo.
- ✓ Plan Estratégico Institucional 2021-2024 (PEI) IV trimestre del 2022.
- ✓ Declaratoria de Apetito de Riesgo del INS del 2023.

H. Comunicación de Resultados

En cumplimiento de lo establecido en la norma 205.08 de las “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público las debilidades de control y aspectos de mejora que se exponen en este informe fueron presentadas en reuniones celebradas mediante videoconferencia a través de la herramienta Teams, los días 14-09-2023 y 22-11-2023, a los señores: Liliana María Orozco Chinchilla, Asesor Ejecutivo de Gerencia, Manuel Enrique Alvarado Acosta, Jefe de Dirección de Planificación y Jeannette Jiménez Chaves, Jefe de Departamento de Calidad, quienes manifestaron su conformidad, con los resultados y recomendaciones ofrecidas. En los casos procedentes, los comentarios de la Administración fueron incorporados en el presente informe, lo cual quedó consignado en el Apéndice 1 “Acta de comunicación de resultados”.

En reunión del 26-10-2023, la Licda. Geovanna Obando Rojas, Jefe de la Defensoría de Cliente Corporativa, aceptó la recomendación C.1, según se comunicó en oficio AU-00833-2023, de esa misma fecha.

II. RESULTADOS

A. Debilidades de control observadas sobre la gestión.

1. Gestión de la información del *SGC*

1.1 Cumplimiento de la Norma INTE/ISO 9001:2015 *SGC*

Para el desarrollo e implementación del SGC, el Departamento de Calidad se basa en la Norma INTE/ISO 9001:2015 SGC, al consultar por el cronograma de implementación se determina que el Departamento de Calidad no cuenta con dicho plan de trabajo. Se indica que la fecha de finalización está prevista para diciembre del 2024.

Asimismo, se indicó por parte de la dependencia, que se ha logrado el levantamiento documental de un total de 157 diagramas de procesos, estando pendientes los procesos que corresponden a los macroprocesos de Gestión de Tecnologías de la Información y Gestión Financiero Contable, mismos que de acuerdo con la planificación realizada, estarán finalizados para diciembre del 2023.

Al respecto, es importante observar los lineamientos establecidos en la Norma INTE/ISO 9001:2015.

Esto se da porque no se ha visualizado la necesidad de definir un cronograma y/o plan de trabajo por parte de los funcionarios responsables de la implementación del SGC, que les permita implementar dicha norma.

La situación descrita expone a la Institución al riesgo de eficiencia por debilidades en el control interno, por no contar con mecanismos que le permitan un seguimiento adecuado del SGC.

1.2 Bases de datos y documentación del *SGC*

Según la revisión efectuada a las bases de datos "*Procedimientos de SIVIPRO y Macroprocesos*" y *"Documentación de SGC"* del Gestor Documental, que son administradas por el Departamento de Calidad, se determinó lo siguiente:

- La documentación almacenada en la base de datos *Procedimientos de SIVIPRO y Macroprocesos* se encuentra clasificada por dependencias, no obstante, la documentación almacenada en la base de datos *Documentación de SGC* se encuentra por procesos, mientras tanto se logra concretar su migración hacia esta última.

- Existen diagramas de flujos de procesos ya oficializados que contienen alguna documentación pendiente de elaborar e incluir en la base datos.

- En la base de datos *Documentación de SGC,* existe documentación tal como: diagramas de flujo y manuales, que se encuentran desactualizados.

- En la revisión de una muestra de 12 diagramas de flujo y sus respectivas fichas de proceso, se identificaron algunos errores relacionados con el macroproceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua, el diagrama del macroproceso de Investigación y Desarrollo de Productos y Servicios y el proceso *GCT-PRO-0008 Gestión de Nómina* del macroproceso de Gestión de Cultura y Talento. Además, de manera generalizada en las fichas de proceso no se utilizan los campos de indicadores claves *KPI's,* indicadores operativos y riesgos del proceso. En la Tabla 1, se detallan los aspectos identificados:

Tabla 1 Aspectos encontrados en la base de datos

Tabla 1.xlsx

Al respecto, se observa lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Artículo 5.4 Gestión documental, que señalan:

> […] *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información propicien una debida gestión documental institucional…*

También, lo establecido en la Norma INTE/ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, apartado 7.5 Información documentada, 7.5.1 Generalidades, que señala:

> […] *El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:*
> *a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional;*
> *b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad…*

Lo mencionado anteriormente se presenta porque no se han incorporado mecanismos de control por parte de los colaboradores del Departamentos de Calidad a cargo de la revisión, actualización, calidad y seguimiento de la documentación generada en el *SGC*.

Esto expone a la Institución al riesgo de calidad de la información, por la existencia de información desactualizada y riesgo de eficacia por inadecuado diseño de procesos, que pueden generar errores en su aplicación, por parte de las dependencias usuarias.

1.3 Formatos en el Manual CAL-MAT-0005 Diseño de documentos del *SGC*

De la revisión efectuada a las bases de datos del Gestor Documental, se determinó que los formatos de: Políticas, Reglamentos, Códigos, Disposiciones y Manuales, no se encuentran definidos dentro del manual CAL-MAT-0005 Diseño de documentos del *SGC* y que estos no se gestionan como parte del *SGC*.

Al respecto, el Manual CAL-MAT-0005 Diseño de documentos del *SGC*, en el punto 4 Pirámide Documental, describe lo siguiente:

> […] *La pirámide documental del INS es una descripción gráfica de todos los tipos de documentos que se gestionan como parte del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución. Cualquier documento que se genere a nivel institucional, debe apegarse a dicha estructura, tanto en formato como en contenido.*

Además, se observa lo establecido en la Norma INTE/ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, apartado 7.5 Información documentada, antes citado.

Lo anterior se da porque no se ha visualizado la necesidad de incorporar los formatos de algunos documentos que conforman el *SGC*, dentro de los lineamientos normativos de la dependencia.

Lo observado expone a la Institución al riesgo de calidad de la información, por información desactualizada del aspecto antes señalado.

1.4 Glosario de macroprocesos y documentos en el Gestor Documental

Sobre el diseño del mapa de procesos y la base Documentación de *SGC*, se observó que el Departamento de Calidad incluye los procesos transversales, sin embargo, estos son almacenados sin consignar el código único establecido, que permita su ágil identificación; además, el glosario que se utiliza para la definición o delimitación de los macroprocesos se encuentra desactualizado, por ejemplo: se menciona en este, el macroproceso de mantenimiento de cartera, que no se visualiza en el mapa de procesos.

Por otro lado, se observó que existe duplicidad en el Gestor Documental, concretamente en la visualización de documentos asociados al proceso, que podría ocasionar confusión al usuario, y la estandarización en el contenido de los procesos almacenados, dado que algunos incluyen el proceso, otros el proceso y la ficha de proceso o sólo esta última.

Al respecto, es importante considerar lo indicado en la Norma INTE/ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, apartado 7.5. Control de la información documentada, 7.5.3 Control de la información documentada, que al respecto indica:

> […] *7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:*
> *a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.*

Esto se da porque no se ha visualizado la necesidad de incluir el código del documento, así como la actualización del glosario de macroprocesos y dar el mantenimiento y revisión del Gestor Documental.

Además, lo observado expone a la Institución al riesgo de calidad de la información por información desactualizada, debido a que, genera dificultad en el uso del Gestor Documental y en el alcance de los macroprocesos.

2. Gestión de Proyectos DMAIC

2.1 Análisis de los proyectos DMAIC

De la revisión de una muestra de ocho expedientes de proyectos DMAIC, de un total de 16 de estos, que fueron atendidos por el Departamento de Calidad en el 2022, según se indica en la Tabla 2, se determinó lo siguiente:

Tabla 2 Análisis de los proyectos DMAIC

Tabla 2.xlsx

- En el expediente CAL-PD-32, se concluyó para la resolución del proyecto con la implementación del Sistema Aura Portal y la eliminación de la interacción a diferentes sistemas; con lo que se generó un reporte de beneficios *Soft* [2] por la suma de ¢84 000 000,00 y beneficios *Hard* [3] por la suma de ¢6 000 000,00; no obstante, no se evidencia en los documentos acerca del registro contable de esos beneficios. Tampoco se pudo comprobar si el departamento consideró, en el análisis, la suspensión de licencias de usuarios producto de la mejora implementada o si esos costos por licencias se mantienen.

- En el expediente CAL-PD-82, el Departamento de Calidad recibió, por parte de la Gerencia General, la solicitud de implementación de una mejora correspondiente a la reducción de errores en la creación de estados de resultados y cierre contable de mes; esa solicitud fue desestimada por falta de presentación de requisitos; sin embargo, el beneficio de este proyecto se enfocaba a la reducción del gasto, no obstante, generó la contabilización de gastos directos e indirectos en el Sistema Integrado Financiero Administrativo (SIFA), por la suma de ¢34 971 660,62, sin la obtención de ningún beneficio.

- En los expedientes CAL-PD-62 y CAL-PD-87, el Departamento de Calidad determinó finalizar o detener el análisis de la implementación del proyecto DMAIC, debido a que, en el proceso, determinaron la necesidad de requerimientos informáticos, los cuales, no se solicitaron oportunamente a la dependencia correspondiente, lo que impidió el cumplimiento de estos dentro del plazo establecido del proyecto.

- En los ocho expedientes analizados, se estableció en el Sistema de Control de Proyecto de Mejora Continua, la fecha de inicio y de finalización del proyecto, y se definió su alcance; sin embargo, en tres de estos expedientes se evidencia que se sobrepasó la duración establecida, afectando la oportunidad del proyecto y en otros tres, no se definió dicha duración.

---

[2] Los beneficios Soft son aquellos que se utilizan para colaborar, comunicar y liderar mejor.
[3] Los beneficios hard son los que se denominan habilidades técnicas, basadas en el conocimiento.

- Además, se estableció el beneficio que se desea obtener con estos proyectos, sin embargo, no se visualiza en la documentación del expediente, que ese departamento ejecute un análisis de ahorros cualitativos y/o cuantitativos de un proyecto de mejora, previo a la ejecución de este, con el propósito de determinar los posibles ahorros que genere cada uno de estos

Sobre esto, se menciona lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.2 Objetivos del SCI, que señala:

> […]
> *b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
> *c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*

También, la Norma INTE/ISO 9001:2015, establece en el punto 10. Mejora, 10.1 Generalidades que, […] *La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:*

> *a) Mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futura.*
> *b) Corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados.*
> *c) Mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.*

Esto debido a que está pendiente de definirse y establecerse acciones y/o mecanismos de control, que permita la ejecución eficiente y efectiva de los proyectos atendidos, bajo la metodología DMAIC.

Al respecto, lo observado expone a la Institución a los riesgos de planificación operativa, por la necesidad de una mayor claridad de lo que se va a hacer, el orden y el tiempo a cumplir; de alcance y diseño, por la desatención de los requisitos y expectativa de los interesados y de costos y magnitud de inversión por la imprecisión en el tiempo requerido y costo incurrido, entre otros.

2.2 Objetivos de los proyectos

De la revisión efectuada a los 8 expedientes de los proyectos citados, se observa que esta metodología, en su primera etapa “Definir”, busca identificar y definir claramente el problema que se quiere resolver, sin embargo, se establecen la(s) meta(s), pero no se definen los objetivos que se desean lograr, a través del cumplimiento de estas.

Sobre esto se menciona lo establecido en la Norma INTE/ISO 9001:2015, punto 6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos, […] *La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.*

Esto debido a que no se han establecido los objetivos del proyecto que se desean lograr, a través del cumplimiento de las metas.

Lo anterior, expone a la Institución al riesgo de planificación operativa, por la no definición de los objetivos del proyecto.

3. Gestión de Bots para automatización de procesos

3.1 Cálculo de factibilidad y resultados cuantificables de las automatizaciones

El estudio de factibilidad se realiza con datos aproximados del costo enviado inicialmente por el proveedor INS Servicios S.A., que es contratado para el desarrollo de las automatizaciones, lo que difiere del costo real, según el cronograma de implementación, pudiendo afectar los resultados del estudio de factibilidad y la toma de decisiones sobre la implementación del Bot.

Por otro lado, en la documentación de las automatizaciones, no se evidenció el cálculo de los ahorros o la reducción de costos producto de la implementación de los Bots.

Sobre esto, se menciona lo establecido en el contrato *2022PP-000056-0001000001 (E22056E) Contrato para la Prestación de Servicios Auxiliares de Seguros para el Servicio de Tecnologías de Información entre el Instituto Nacional de Seguros e INS Servicios*, en los puntos 7 y 8 del Servicio de Automatización de Procesos mediante Robots RPA, que indica:

> […] *7. Una vez definidas las necesidades luego de las sesiones de entendimiento entre la EMPRESA y las partes interesadas del INSTITUTO, se generará un plan de trabajo por parte de la EMPRESA, donde detallará los entregables y fechas perentorias a cumplir y el costo económico del desarrollo de la automatización. La cual deberá de ser del conocimiento de las partes interesadas de INSTITUTO.*
>
> *8. Conciliado el plan de trabajo, el INSTITUTO generara vía correo formal la aprobación del plan.*

Además, el diagrama de flujo del proceso *CAL-PRO-0008 Gestión de Bots para automatización de procesos*, en la etapa de cierre establece: Calcular Beneficios generados con implementación.

Esto se da porque no se ha visualizado la necesidad de consultar sobre algunos elementos de las fórmulas y sobre el análisis en el cálculo de ahorros o en la reducción de costos producto de la implementación de la automatización, además de aplicar el cálculo de factibilidad con datos aproximados.

La situación descrita expone a la Institución a los riesgos de eficacia, por inadecuado diseño e implementación de procesos, al no cumplirse con lo establecido en el diagrama de flujo y en el establecimiento de criterios técnicos que respalden la toma de decisiones sobre la implementación de la automatización.

3.2 Planificación de los Bots mediante RPA

Se visualizó el oficio G-01482-2020 del 14-04-2020, en donde la Gerencia solicita posibles tareas a automatizar mediante RPA, según lo indicado por el Departamento de Calidad se obtuvieron una serie de iniciativas con los siguientes resultados: Se recibió un total de 112 solicitudes de Bots, de las cuales, 107 de estas fueron rechazadas (un 95,5%), debido a que no cumplen con la funcionalidad para la automatización; por lo anterior se considera importante el establecimiento y documentación de parámetros mínimos para que las dependencias puedan saber cuándo se puede implementar una automatización mediante RPA. Además, se observó que las iniciativas no son identificadas con alguna característica, lo que dificulta su trazabilidad y seguimiento a lo largo del proceso.

Sobre esto, se menciona lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.2 Objetivos del SCI, que señala:

> […] *c- Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.*

Esto último, debido a que el Departamento de Calidad no ha visualizado aún la necesidad de establecer parámetros o elementos iniciales, para gestionar una automatización de este tipo, así como, la identificación de un código que le permita dar trazabilidad eficiente y efectiva a lo largo del proceso.

Lo observado, expone a la Institución a riesgos de eficiencia, por la ausencia de políticas o políticas inadecuadas, que limitan una mejor gestión y seguimiento de las iniciativas.

3.3 Apoyo técnico en el desarrollo de automatizaciones

De la revisión efectuada a cinco expedientes de solicitudes de automatizaciones, de un total de 8 de estos, se observó que el proceso *CAL-PRO-0008 Gestión de Bots para automatización de procesos,* tiene establecido que el Departamento de Calidad en conjunto con la Dirección de Tecnologías de Información, efectúe la revisión del cronograma que determina la razonabilidad sobre la duración de la implementación del Bot por parte del proveedor; no obstante, no se evidenció en los expedientes que esto se realice en la práctica.

Sobre esto, se menciona lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.2 Objetivos del SCI, que señala:

> […] *c- Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.*

Esto se da porque no se ha visualizado la necesidad de coordinar con la Dirección de Tecnologías de Información la revisión técnica, en relación con la razonabilidad sobre la duración de la implementación del Bot, según el cronograma respectivo.

Lo anterior, expone a la Institución al riesgo de eficiencia, por debilidades en el control interno y de controles que le permitan determinar la razonabilidad de la duración (cantidad de horas) de la implementación.

3.4 Control de la facturación

De la revisión efectuada a la actividad de facturación del servicio de automatización establecido en el proceso *CAL-PRO-0008 Gestión de Bots para automatización de procesos*, se determinó que no hay un control que permita validar que la cantidad de horas facturadas por el proveedor (INS Servicios) y que coincida con la duración real del desarrollo de esta.
Sobre esto, se menciona lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.2 Objetivos del SCI, que señala:

> […] a- *Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. El SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo.*

Esto ocurre, debido a que el Departamento de Calidad no ha identificado aún la necesidad de implementar controles sobre la duración real de las automatizaciones.

Lo observado expone a la Institución a los riesgos de eficiencia, por deficiencias en el proceso de generación y manejo de la información, por no contar con un control que valide la cantidad de horas pagadas al proveedor por concepto de las automatizaciones desarrolladas, lo que impactaría también en el costo del servicio.

3.5 Uso de formularios oficiales

De la revisión efectuada a ocho expedientes de automatizaciones de un total de diez (10) de estos, que fueron ejecutadas a julio del 2023, se determinó que, el Departamento de Calidad no realiza la gestión según el proceso *CAL-PRO-0008 Gestión de Bots para automatización de procesos*, debido a que utilizan algunos formularios no oficiales (por ejemplo, el formulario *CAL-FOR-0047* del Bot RPA-2023-2) y/o no se utilizan algunos formularios oficiales mencionados en el proceso. Además, no se visualizan en los expedientes algunas tareas que indica el proceso. Tampoco existe un orden para el almacenamiento de los documentos, debido a que no utilizan los códigos relacionados a estos, sino que asignan otros nombres genéricos.

Sobre esto, se menciona lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 1.2 Objetivos del SCI, que señala:

> […] *c- Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.*

Lo anterior, se da porque no se aplica el proceso establecido y un adecuado mecanismo de control para el almacenamiento de la información.

Lo observado expone a la Institución a los riesgos de eficiencia, por debilidades en el control interno en el proceso de automatización, al no realizar las actividades del proceso oficializado.

4. Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada

4.1 Proceso utilizado para la ejecución de estudios

De la revisión efectuada a una muestra de 10 expedientes (5 finalizados y 5 descartados), de estudios ejecutados de este tipo, por el Departamento de Calidad durante el período 2022, se determinó que no se utilizó para el análisis, el proceso *CAL-PRO-0007 Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada* y los formularios oficiales, sino que se utilizó el proceso *CAL-PRO-0011 Gestión de Estudios* y algunos formularios que se encuentran pendientes de formalización.

Por otro lado, se observó que el objetivo establecido para el cumplimiento del proceso *CAL-PRO-0007 Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada,* no coincide con el objetivo establecido en el proceso *CAL-PRO-0011 Gestión de Estudios.*

Sobre esto, considerar lo establecido en el Manual de Disposiciones Administrativas, Título XXIV Gestión de la información documentada, Auditorías de Sistemas de Gestión, no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad del INS, capítulo I De la Información Documentada, artículo 496. Roles y Responsables.

> […] *Los "Dueños de proceso" o jefaturas son encargados de elaborar y aprobar los siguientes documentos: fichas de procesos, fichas de procesos genéricos reusables, procesos, procesos genéricos reusables, procedimientos estándar, manuales técnicos, instructivos, matrices de decisión, formularios, guías y plantillas.*
> *La creación, modificación y derogatoria de la documentación de un proceso es responsabilidad directa del dueño y/o dueños de proceso o bien de la dependencia según corresponda.*

También, lo establecido en las Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), capítulo IV Normas sobre ambiente de control y capítulo IV Normas sobre actividades de control, específicamente en los puntos:

> […] *2.5.2 Autorización y aprobación*
> *La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales debe contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas, que sean necesarias a la luz de los riesgos inherentes, los requerimientos normativos y las disposiciones institucionales.*
>
> […] *4.2 Requisitos de las actividades de control*
> *Las actividades de control deben reunir los siguientes requisitos:*

> […] *e. Documentación. Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos, en las descripciones de puestos y procesos, o en documentos de naturaleza similar. Esa documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso, consulta y evaluación.*
> *f. Divulgación. Las actividades de control deben ser de conocimiento general, y comunicarse a los funcionarios que deben aplicarlas en el desempeño de sus cargos. Dicha comunicación debe darse preferiblemente por escrito, en términos claros y específicos.*

Esto se da por inobservancia, por parte del Departamento de Calidad, al utilizar en este tipo de estudios, un proceso no oficializado, así como, los formularios asociados a este; además, por no considerar que el objetivo del proceso vigente coincida o sea congruente con el objetivo del proceso que se analizó.

La situación descrita ocasiona la materialización del riesgo de eficacia, por la inadecuada implementación del proceso y el riesgo estratégico, por la reacción ante los cambios adversos al objetivo que respalda la estrategia.

4.2 Análisis de identificación de mejoras en el proceso

De la revisión efectuada a 10 expedientes de estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada solicitados por las dependencias, se observó que, en cuatro de estos, el Departamento de Calidad finalizó el análisis, sin verificar de previo a la ejecución de estas revisiones, la identificación de mejoras en el proceso, como se muestra en la Tabla 3, a continuación:

Tabla 3 Análisis de identificación de mejoras

Tabla 3.xlsx

Sobre esto, considerar lo establecido en las Normas de control interno para el Sector Público, norma 4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones, que señala:

> […]
> *4.5. Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones*
> *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.*
>
> *Las sub normas que se incluyen a continuación no constituyen un conjunto completo de las actividades de control que deba ser observado por la totalidad de las instituciones del sector público con ese propósito; por consiguiente, corresponde a los jerarcas y titulares*

> *subordinados determinar su pertinencia en cada caso y establecer las demás actividades que sean requeridas.*

Lo anterior, debido a que el Departamento de Calidad no ha visualizado aún la necesidad de analizar de previo a la implementación del proceso *CAL-PRO-0007 Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada*, la identificación de mejoras, que le permita determinar si realmente se requiere un estudio de cargas de trabajo y capacidad instalada.

Por lo tanto, esto expone a la Institución al riesgo de eficiencia por debilidades o fallas en la generación y manejo de información.

4.3 Documentación y registro de la documentación institucional

De la revisión efectuada a 10 expedientes de estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada, se observó que, en cinco de estos, indicados en la Tabla 4, el Departamento de Calidad incluye en el Sistema de Control Proyectos de Mejora Continua, los documentos recibidos para el análisis de los estudios, sin embargo, falta documentación que complete el análisis y que evidencie el cumplimiento del proceso.

Tabla 4 Registro de la documentación institucional

Tabla 4.xlsx

Sobre esto, se debe considerar Normas de control interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), capítulos IV Normas sobre actividades de control y V Normas sobre sistemas de información, específicamente en los puntos:

> […]*4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional*
> *El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.*

Esto, debido a que el Departamento de Calidad no se cuenta con mecanismos de control suficientes para el registro de la documentación que fundamenta el análisis y resolución de los estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada.

Lo anterior, expone a la Institución al riesgo de eficacia por la documentación incompleta y riesgo de calidad de información por la disposición de ésta y que a su vez sea íntegra y exacta.

5. Planificación y ejecución de verificaciones internas

5.1 Análisis de las verificaciones internas

De la revisión efectuada a las verificaciones internas[4] se seleccionaron de manera aleatoria 11 de un total de 21 verificaciones ejecutadas por parte del Departamento de Calidad, en el período 2022, con el propósito de evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable.

Al respecto, se determinó una serie de aspectos que desatienden lo establecido en el proceso *CAL-PRO-0003 Planificación y ejecución de verificaciones internas*, las cuales se detallan en la Tabla 5, a continuación:

Tabla 5 Análisis de las verificaciones internas

Tabla 5.xlsx

Sobre esto, considerar lo establecido en la Norma INTE/ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, apartado 7.5. Información documentada, 7.5.3 Control de la información documentada, que al respecto indica:

> […] *7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.*

Esto, debido a que el Departamento de Calidad aún no ha visualizado la necesidad de realizar un análisis integral del proceso *CAL-PRO-0003 Planificación y ejecución de verificaciones internas,* que les permita identificar la necesidad de realizar ajustes al proceso.

Además, lo observado expone a la Institución al riesgo de eficacia por inadecuada implementación del proceso, debido a que, el no cumplir con lo establecido en este, podría incidir en el respaldo adecuado y completo de este y generar posibles no conformidades.

6. Gestión de no conformidades y acciones correctivas

6.1 Verificación de acciones correctivas

De la revisión efectuada a una muestra de 10 expedientes de no conformidades y acciones correctivas, de un total de 20 expedientes de estos, que fueron evaluadas por el Departamento de Calidad en el período 2022, se determinó que este utiliza el formulario *CAL-FOR-0011 No conformidad,* en el que incluye todos los requisitos y documentos aportados por las dependencias en las que validan las no conformidades y acciones correctivas, sin embargo, no fue posible evidenciar el análisis y la documentación que se recibe para validar y evidenciar la eficacia de las acciones implementadas por estas dependencias. Tampoco se observó el análisis sobre si

[4] *Las verificaciones internas consisten en revisiones para asegurar el monitoreo planificado del cumplimiento de los requisitos establecidos en los procesos.*

se materializaron o no riesgos, ni el grado de satisfacción de las partes interesadas sobre la atención de las no conformidades.

Sobre esto, considerar lo establecido la Norma INTE/ISO 9001:2015, punto 10 Mejora, 10.2 No conformidad y acción correctiva.

> […] *10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:* […] *d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.*

Además, lo establecido en el Manual de Disposiciones Administrativas, en el Título XXIV Gestión de la información documentada, Auditorías de Sistemas de Gestión, no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad del INS, capítulo III Atención de no conformidades y acciones correctivas, artículo 556. Responsable de la atención de la no conformidad*:*

> […] *Tiene las siguientes responsabilidades:* […] *e) Informar al Gestor de Calidad el cierre del plan de acción, para que se verifique la eficacia del plan contra la no conformidad.*
> *En caso de que se compruebe que las acciones indicadas en el plan no fueron eficaces contra la no conformidad, es responsabilidad de este rol, según el criterio establecido por el Gestor de Calidad, dar todo el seguimiento y apoyo a la atención de la no conformidad, según lo estipulado al inicio de este capítulo.*

Esto se debe a que el Departamento de Calidad no se ha implementado o realizado gestiones que comprueben o verifiquen la eficacia de las acciones correctivas tomadas por las dependencias, así como, el análisis en cuanto si existió o no la materialización de riesgos y sobre el grado de satisfacción de las partes interesadas.

Lo anterior, expone a la Institución a los riesgos de eficiencia por debilidades en el control interno y de eficacia por documentación incompleta en los análisis efectuados sobre estos temas y el riesgo de gestión de calidad por incumplimiento de la normativa aplicable.

6.2 Documentos vigentes y aprobados en el Gestor Documental

De la revisión efectuada a una muestra de 10 expedientes de no conformidades y acciones correctivas citados, se observó en siete de estos, los cuales se indican en la Tabla 6 adjunta, que la causa-raíz determinada de la No conformidad obedece a la inobservancia por parte de las dependencias, sobre el uso de los formularios vigentes almacenados en el Gestor Documental:

Tabla 6 No conformidades (uso de formularios).

Tabla 6.xlsx

Al respecto, el Manual de Disposiciones Administrativas, en el Título XXIV Gestión de la información documentada, Auditorías de Sistemas de Gestión, no conformidades del Sistema de

Gestión de Calidad del INS, capítulo IV Disposiciones Generales, Artículo 559. Divulgación, establece que:

> […] *Una vez que el Departamento de Calidad emite la validación de la información documentada, le corresponde al "Dueño de proceso" o Jefatura, efectuar la aprobación y divulgación formal a todo el personal vinculado en su ejecución en un plazo no mayor a 3 días hábiles remitiendo copia al Departamento de Calidad*.

No obstante, ese documento normativo omite el establecimiento de la obligatoriedad de todo el personal, sobre el uso de la documentación aprobada y vigente (formularios, manuales, normativa), que esté almacenada en el Gestor Documental.

Sobre esto, considerar lo establecido en las Normas de Control interno para el Sector Publico, norma 1.4 Responsabilidades del jerarca y los titulares subordinados sobre el SCI, punto f, sobre […] *Las acciones pertinentes para el fortalecimiento del SCI, en respuesta a las condiciones institucionales y del entorno*.

Lo anterior, expone a la Institución a los riesgos de eficiencia, por debilidades en el control interno, así como, de eficacia por la documentación incompleta o desactualizada, en el gestor documental.

6.3 Traslado de no conformidades a otras dependencias

De la revisión efectuada a 10 expedientes de no conformidades y acciones correctivas citados, se observó que, en tres de estos, los cuales se indican en la Tabla 7, no se verificó la causa-raíz de las no conformidades, siendo que estas se relacionan con incumplimientos normativos o regulatorios. Tampoco se visualizó la comunicación de las no conformidades a las dependencias responsables de promover o vigilar el cumplimiento de la normativa.

Tabla 7 Traslado de no conformidades a otras dependencias

Tabla 7.xlsx

Sobre esto, considerar lo establecido la Norma INTE/ISO 9001:2015, punto 10 Mejora, 10.2 No conformidad y acción correctiva.

> […]
> *b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:*
> *1) la revisión y el análisis de la no conformidad;*
> *2) la determinación de las causas de la no conformidad;*
> *3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.*

También, lo establecido en el Manual de Disposiciones Administrativas, en el Título XXIV Gestión de la información documentada, Auditorías de Sistemas de Gestión, no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad del INS, capítulo III Atención de no conformidades y acciones correctivas, Artículo 556. Responsable de la atención de la no conformidad, que*:*

> […] *Tiene las siguientes responsabilidades:*
>
> […]*b) Asignar a un encargado de análisis para identificar la causa-raíz del problema.*

La situación descrita, se da porque el proceso *CAL-FPR-0004* del Departamento de Calidad no establece el traslado de las no conformidades a otras dependencias responsables de promover o vigilar el cumplimiento normativo o regulatorio.

Esto expone a la Institución al riesgo de incumplimiento regulatorio, lo cual eleva la exposición a resoluciones administrativas y judiciales desfavorables.

6.4 Quejas y disconformidades de la Defensoría del Cliente Corporativa

De la revisión efectuada a una muestra de 10 expedientes de no conformidades y acciones correctivas citados, se determinó que todas las no conformidades eran provenientes de las verificaciones internas que se gestionan en ese mismo departamento.

No obstante lo anterior, dentro del proceso *CAL-FPR-0004 Gestión de no conformidades y acciones correctivas,* se establece que las no conformidades pueden también provenir de la Defensoría del Cliente Corporativa, según el proceso *SPV-PRO-0001 - Atención de quejas recibidas en la Defensoría*, pero en este no se indica acerca del traslado de las no conformidades recibidas al Departamento de Calidad, por lo que estas son atendidas propiamente por la Defensoría de Cliente Corporativa.

Con ocasión de lo anterior, se solicitó a esa Defensoría el detalle de las quejas o disconformidades relacionadas con procesos, que fueron resueltas durante el II semestre del 2022, sumando un total de 415 gestiones, según el siguiente detalle: un 60% favorables (250 quejas), 36% desfavorables (151 quejas), 1% desistida (3 quejas) y 3% rechazadas (11 quejas).

Se observa que la cantidad de quejas desfavorables gestionadas por esa Defensoría obedecen a la necesidad de contar con conocimiento técnico para la atención de estas.

Sobre esto, la Norma INTE/ISO 9001:2015, establece en el punto 10 Mejora, 10.2 No conformidad y acción correctiva, 10.2.1 Cuando ocurra una “no conformidad”, incluida cualquiera originada por quejas, que la organización debe:

> […] *a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte; c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.*

Esto, debido a que el proceso *SPV-PRO-0001 - Atención de quejas recibidas en la Defensoría*, no establece el traslado de las quejas o disconformidades recibidas, relacionadas a procesos, con el propósito de que el proceso afectado sea analizado por el Departamento de Calidad para su correcta resolución.

Lo anterior, expone a la Institución al riesgo de satisfacción de clientes, por no cumplir con las expectativas de calidad y oportunidad de las resoluciones de quejas en temas de procesos y consecuentemente, el riesgo reputacional por la percepción de imagen negativa sobre la Institución.

B. Aspectos de mejora observados sobre la gestión de calidad

1. Gestión de la información del *SGC* en el Gestor Documental

Con el objetivo de conocer la voz de los colaboradores como usuarios de los documentos generados del *SGC*, en la base de datos Documentación de *SGC*, esta Auditoría aplicó una encuesta dirigida a un total de 1029 colaboradores de las Direcciones de Seguros Generales, Cumplimiento Normativo Corporativa, Operaciones, Riesgos Corporativa, Seguros Personales y Subdirección Actuarial. (Ver detalle en archivo adjunto).

Resultados Encuesta.pdf

Al respecto, se obtuvo en total 144 respuestas (un 14%), de las cuales, 87 colaboradores (un 60%) hicieron referencia a aspectos de mejora, como, por ejemplo: […] *diagramas de proceso muy grandes; los diagramas se entienden, pero por ser tan extensos se pierden en el recorrido; muy técnicos; personal nuevo omite detalles en el proceso porque no interpretan los diagramas; no se ubican los procesos que se ejecutan; no se ha recibido capacitación, entre otros.*

Además, un 94% (135) de los colaboradores encuestados no tiene conocimiento sobre la existencia de la ficha de proceso, un 49% (71) de ellos no saben localizar la documentación en la base de datos y un 57% (82) desconoce acerca del Gestor Documental.

Sobre esto, es importante observar la Norma INTE/ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, apartado 7.5. Control de la información documentada, que al respecto indica:

> […] *La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:*
> *a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.*

Lo anterior, se presenta por cuanto el Departamento de Calidad no ha visualizado aún la necesidad de tomar en cuenta la voz de los colaboradores de las diferentes dependencias usuarias, sobre el conocimiento e interpretación de la documentación que se ubica en la base de datos *Documentación de SGC*.

Esto expone a la Institución a los riesgos de recurso humano por la necesidad de capacitación y de satisfacción del cliente (usuario) por no poder visualizar o comprender adecuadamente los documentos del *SGC*.

C. Aspectos comunicados y subsanados durante la ejecución del estudio

1. Gestión de la información del *SGC* sobre el traslado de proceso

De la revisión efectuada a la gestión de la información del *SGC*, se observó que el Departamento de Calidad incluyó en el macroproceso de suscripción de riesgos, un proceso de la línea de incendio, que correspondía realmente al macroproceso de gestión de siniestros; situación que fue comunicada y subsanada durante el desarrollo del estudio.

IA-033-2023
30 de noviembre de 2023

III. CONCLUSIONES

De conformidad con la evaluación realizada a los procesos a cargo del Departamento de Calidad, adscrito a la Dirección de Planificación, se concluye lo siguiente:

A. Sobre la implementación del *Sistema de Gestión de Calidad y* los procesos de *Planificación y ejecución de verificaciones internas*; y *Gestión de no conformidades y acciones correctivas*, se determinó la existencia de algunas debilidades de control en la planificación e implementación de estos.

   Además, se encuentra pendiente el mapeo de los Macroprocesos *Gestión de Tecnologías de la Información* y *Gestión Financiero Contable*; labor que se espera concluir en diciembre del 2023 y la finalización de la implementación del *SGC* en el 2024.

B. Del análisis realizado a la *Gestión de Proyectos DMAIC*, se determinó que el Departamento de Calidad utiliza esta metodología para identificar mejoras en los procesos, sin embargo, se identificaron algunas debilidades de control en la atención de las necesidades que requieren las dependencias.

C. De la comprobación realizada a la G*estión de Bots para automatización de procesos,* el Departamento de Calidad gestiona de forma razonable las solicitudes de automatización de procesos que le presentan las dependencias usuarias, no obstante, se determinaron algunas debilidades de control, en cuanto a su desarrollo, implementación y seguimiento.

D. Respecto al análisis del proceso de *Estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada*, con el que se atienden las necesidades presentadas por las dependencias, se determinó que se utiliza para estos estudios un proceso no oficializado aún, además, se determinó que el objetivo de ese proceso no atiende en su totalidad la necesidad solicitada por las dependencias.

En virtud de lo anterior, el Departamento de Calidad requiere de la atención de las debilidades de control señaladas, con el fin de reforzar la labor de revisión y supervisión que ejerce, para la resolución eficiente y eficaz de las solicitudes de las dependencias usuarias.

IA-033-2023
30 de noviembre de 2023

IV. RECOMENDACIONES

A. Recomendaciones para la Gerencia General:

A.1 Instruir a las dependencias del INS acerca del cumplimiento oportuno de los requisitos y/o documentación requerida por el Departamento de Calidad, cuando solicitan estudios de mejora, con el fin de que este departamento pueda atender de forma eficiente y efectiva la solicitud. (A.2.1). **Prioridad: Alta.**

A.2 Instruir a la Dirección de Planificación y al Departamento de Calidad, para que utilicen los procesos y formularios oficializados en el Gestor Documental, con el fin de que se cumpla con la normativa aplicable. (A.4.1). **Prioridad: Media.**

B. Recomendaciones para el Departamento de Calidad:

B.1 Crear y ejecutar un cronograma o plan de trabajo, para el cumplimiento de los aspectos obligatorios pendientes de la Norma INTE/ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad. (A.1.1). **Prioridad: Alta.**

B.2 Concretar el rediseño de la documentación de la base de datos Procedimientos de SIVIPRO y Macroprocesos del Gestor Documental, utilizando un enfoque por procesos. (A.1.2) **Prioridad: Alta.**

B.3 Revisar los diagramas de flujo de la base de datos Documentación de *SGC*, y confeccionar una lista de los documentos pendientes de elaborar en esos diagramas. Una vez realizado lo anterior, elaborar un cronograma de trabajo que incluya plazos y responsables, a fin de completar y actualizar esa documentación. (A.1.2) **Prioridad: Alta.**

B.4 Incluir en el Manual de Disposiciones Administrativas la periodicidad definida para la actualización de la documentación y aparte emitir los recordatorios correspondientes. (A.1.2) **Prioridad: Alta.**

B.5 Corregir los errores identificados en la documentación (diagrama y ficha de proceso) de los macroprocesos de Gestión de Calidad y Mejora Continua, Investigación y Desarrollo de Productos y Servicios y el proceso *GCT-PRO-0008 Gestión de Nómina*, del macroproceso de Gestión de Cultura y Talento, que se detallan en la Tabla 1.

Una vez atendido lo anterior, implementar un mecanismo de control, a fin de evitar que se presenten errores como los identificados en la creación y actualización de los documentos del *SGC*. (A.1.2). **Prioridad: Alta.**

B.6 Incorporar los formatos de las Políticas, Reglamentos, Códigos, Disposiciones y Manuales dentro del Manual *CAL-MAT-0005 Diseño de documentos del SGC,* en cumplimiento de lo solicitado por la Norma INTE/ISO 9001:2015. (A.1.3). **Prioridad: Media.**

B.7 Incluir códigos únicos establecidos en el diseño del Gestor Documental, que permita la búsqueda eficiente de los documentos. (A.1.4). **Prioridad: Media**

B.8 Actualizar el glosario de macroprocesos, a fin de contar con un documento que facilite la delimitación y alcance de cada macroproceso. (A.1.4). **Prioridad: Media**

B.9 Identificar en el Gestor Documental, la causa que ocasiona la visualización duplicada de la documentación relacionada. Además, la estandarización en la inclusión de la documentación de los procesos, a fin de localizar la documentación mínima (proceso y ficha de proceso). (A.1.4). **Prioridad: Media.**

B.10 Implementar en el proceso de mejora un método de seguimiento de las recomendaciones en uso, que permita medir la efectividad y eficacia de estas en los proyectos ejecutados. (A.2.1). **Prioridad: Media.**

B.11 Implementar en el proceso *CAL-PRO-0002 Gestión de Proyectos DMAIC,* de los siguientes aspectos:

- Efectuar un análisis de ahorros cualitativos y/o cuantitativos de un proyecto de mejora, previo a la ejecución de este, con el propósito de determinar los posibles ahorros que genere cada uno de estos.
- Definir en el proceso de mejora, la implementación de métodos que justifiquen la ampliación de los plazos al cronograma inicial de un proyecto, cuando corresponda, con el objetivo de evidenciar la oportunidad de los proyectos según su duración.
- Definir de manera oportuna la necesidad de requerimientos informáticos para la atención de las solicitudes de mejora, con el propósito de que se atiendan en el plazo establecido en cada proyecto.
- Registrar en los expedientes, la documentación que evidencie los beneficios cuantitativos generados en cada proyecto, cuando sea de aplicación. (A.2.1). **Prioridad**: **Alta.**

B.12 Establecer en los formularios *CAL-FOR-0069 Guía de cronograma-DMAIC* y *CAL-FOR-0079 Project Charter-DMAIC* del proceso *CAL-FPR-0002 Gestión de Proyectos DMAIC,* la inclusión de los objetivos para lograr en los proyectos que se ejecutan para la atención de las solicitudes de mejora, a fin de cumplir con lo establecido en la metodología DMAIC. (A.2.2). **Prioridad: Media.**

B.13 Para el proceso de gestión de Bots para automatización de procesos:

- Definir que los cálculos del estudio de factibilidad se realicen con la información contenida en el cronograma del proveedor, a fin de obtener los resultados precisos del costo por la implementación.
- Realizar el cálculo de ahorros, reducciones o beneficios producto de la implementación de los Bots mediante RPA. (A.3.1). **Prioridad: Alta.**

B.14 Para el proceso de gestión de Bots para automatización de procesos:

- Establecer parámetros o elementos iniciales a cumplir para determinar la viabilidad de la implementación del Bot, con el fin de que sirva como insumo para las dependencias usuarias.
- Definir un mecanismo de control que identifique las iniciativas que son aceptadas en su etapa inicial, a fin de mantener un adecuado control de la trazabilidad de estas en las diferentes herramientas establecidas. (A.3.2). Prioridad: **Alta.**

B.15 En conjunto con la Dirección de Tecnologías de Información, verifiquen la estimación de la duración (cantidad de horas) establecida en el cronograma de implementación de automatizaciones mediante RPA, que presenta el proveedor en cada solicitud, a efecto de determinar la razonabilidad de la duración según el requerimiento. (A.3.3) **Prioridad: Alta.**

B.16 Incluir un mecanismo de control que contenga la verificación de las horas consumidas en el desarrollo de la implementación, con el fin de validar los costos facturados por el proveedor (A.3.4). **Prioridad: Alta.**

B.17 Para el proceso de gestión de Bots para automatización de procesos:

- Efectuar un análisis integral del proceso relacionado a gestión de Bots para automatización de procesos y ajustarlo de acuerdo con la práctica actual, si no corresponde realizar ningún ajuste, instruir a los colaboradores responsables para que cumplan con lo establecido en ese proceso.
- Crear un mecanismo de control para mantener el orden en el resguardo de la documentación, con los respectivos formularios y códigos formalizados. (A.3.5). **Prioridad: Alta.**

B.18 Evaluar los objetivos de los procesos *CAL-PRO-0007 Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada,* y *CAL-PRO-0011 Gestión de Estudios,* con el fin de que estos sean consistentes con el proceso por verificar. (A.4.1). **Prioridad: Media.**

B.19 Implementar de previo a la ejecución del proceso *CAL-PRO-0007 Estudio de Cargas de Trabajo y Capacidad Instalada*, el análisis de la identificación de mejoras al proceso, con el fin de determinar si se mantiene la necesidad de la ejecución de un estudio de cargas de trabajo y capacidad instalada. (A.4.2). **Prioridad: Alta.**

B.20 Establecer un mecanismo de control que evidencie el registro y documentación completa en los expedientes sobre el análisis y resolución de los estudios de cargas de trabajo y capacidad instalada, con el fin de garantizar la confiabilidad y completitud de la información. Con base en lo anterior, documentar y registrar la documentación pendiente en los expedientes indicados en la Tabla 4, esto con el fin completar los análisis realizados. (A.4.3). **Prioridad: Media.**

B.21 Realizar un análisis integral del proceso *CAL-PRO-0003 Planificación y ejecución de verificaciones internas* y en caso de que corresponda, ajustarlo de acuerdo con la práctica actual, considerando los aspectos que se detallan en la Tabla 5. Una vez atendido lo

anterior, crear el mecanismo de control necesario para evitar que se repitan las desatenciones señaladas en esta. (A.5.1). **Prioridad**: **Media.**

B.22 Aplicar en las no conformidades y acciones correctivas analizadas por ese Departamento, las gestiones necesarias que permitan evidenciar en los expedientes, la documentación que comprueba la eficacia de las acciones tomadas y el análisis de la materialización de riesgos, con el fin de determinar si hay necesidades u oportunidades, a considerarse como parte de la mejora continua. (A.6.1). **Prioridad**: **Alta**.

B.23 Analizar en conjunto con la Dirección de Planificación, la inclusión en el Manual de Disposiciones Administrativas, Título XXIV Gestión de la información documentada, el uso obligatorio de la documentación oficializada que se encuentra almacenada en el Gestor Documental, por parte de la población institucional. (A.6.2). **Prioridad: Media.**

B.24 Analizar el establecimiento e implementación en el proceso *CAL-FPR-0004 Gestión de no conformidades y acciones correctivas*, el traslado de no conformidades a otras dependencias responsables de promover o vigilar el cumplimiento normativo aplicable, cuando la causa-raíz obedezca a un incumplimiento de este tipo. (A.6.3). **Prioridad: Alta.**

B.25 Para el proceso de Gestión de Información del *SGC*, realizar lo siguiente:

- Elaborar y ejecutar un programa de capacitación que permita a los colaboradores del INS mejorar los conocimientos y habilidades en cuanto a ubicación, búsqueda y entendimiento de la documentación de la base de datos *Documentación de SGC*. (B.1). **Prioridad: Alta.**

C. Recomendaciones para la Defensoría de Clientes Corporativa:

C.1 En conjunto con el Departamento de Calidad, analizar y actualizar el proceso *SPV-PRO-0001 - Atención de quejas recibidas en la Defensoría*, en el cual se pueda establecer el traslado de la información relacionada con las quejas o disconformidades que se reciben de clientes relacionados a procesos, con el propósito de que el proceso afectado sea analizado por el Departamento de Calidad para su correcta resolución (A.6.4). **Prioridad: Media.**

IA-033-2023
30 de noviembre de 2023

Hecho por:

RANDALL MARTIN CASTRO FALLAS (FIRMA)

Firmado digitalmente por RANDALL MARTIN CASTRO FALLAS (FIRMA)
Fecha: 2023.11.30 11:49:21 -06'00'

Ing. Randall Castro Fallas
Auditor I

KAROL TATIANA SANCHEZ GONZALEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por KAROL TATIANA SANCHEZ GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2023.11.30 12:36:49 -06'00'

Licda. Karol Sánchez González
Auditor I

Revisado por:

NATALIA PEREIRA MENESES (FIRMA)

Firmado digitalmente por NATALIA PEREIRA MENESES (FIRMA)
Fecha: 2023.11.30 11:57:25 -06'00'

Licda. Natalia Pereira Meneses
Auditor II

Aprobado por:

RODRIGO MUÑOZ SOLERA (FIRMA)

Firmado digitalmente por RODRIGO MUÑOZ SOLERA (FIRMA)
Fecha: 2023.11.30 11:43:18 -06'00'

Lic. Rodrigo Muñoz Solera
Jefe de Auditoría Operativa