CAIGG
CONSEJO DE AUDITORÍA INTERNA GENERAL DE GOBIERNO
Ministerio Secretaría General de la Presidencia

DT CAIGG N° 139 - Versión 0.1 - 2025

Documento Técnico CAIGG N° 139

Buenas Prácticas para Formular Políticas, Procedimientos y Protocolos Antifraude

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

En cumplimiento de las instrucciones del Presidente de la República, Sr. Gabriel Boric Font, sobre fortalecimiento de la Política de Auditoría Interna General de Gobierno; el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, entidad asesora en materias de auditoría interna, control interno, probidad, gestión de riesgos y gobernanza del Supremo Gobierno, presenta a la Red de Auditoría Gubernamental el Documento Técnico N° 139: Buenas Prácticas para Formular Políticas, Procedimientos y Protocolos Antifraude, versión 0.1.

El propósito central del documento técnico es proporcionar un conjunto de buenas prácticas, a través de lineamientos metodológicos y herramientas operativas, que apoyen el diseño, la implementación y la evaluación de políticas, procedimientos y protocolos antifraude.

También pretende contribuir a fortalecer las capacidades de la función de auditoría interna y de las entidades públicas para enfrentar de manera efectiva la corrupción, el fraude y la falta de probidad, fenómenos que impactan directamente en la confianza ciudadana y en el logro de los objetivos estratégicos de las instituciones del Estado.

El documento se organiza en siete capítulos, en primer lugar, se precisa el propósito del texto y se refuerza la importancia de las metodologías antifraude como parte del control interno. Luego se analizan la conducta defraudadora y las políticas antifraude, para continuar con lineamientos detallados sobre cómo construir políticas, procedimientos y protocolos, incorporando criterios de lenguaje claro y de cultura organizacional. Más adelante se presentan cuatro herramientas prácticas para apoyar el diseño de metodologías, entre ellas la matriz de responsabilidades, el análisis de costo beneficio, los diagramas de flujo y los mapas mentales. Posteriormente se desarrollan criterios transversales para metodologías antifraude, se abordan los principales elementos de la norma ISO 15489-2 sobre gestión de documentos y se entregan directrices para la gestión de conflictos de interés en el ámbito público. Finalmente, el anexo incluye un ejemplo de política de gestión de riesgos de fraude aplicable al ámbito de la seguridad de la información.

Santiago de Chile, 2025.

Daniella Caldana Fulss
Auditora General de Gobierno

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Propósito del Documento Técnico

Muchas de las buenas prácticas de control interno coinciden en que las políticas, los procedimientos y los protocolos antifraude constituyen la columna vertebral de la organización. En efecto, representan un conjunto dinámico de normativas compartidas que refuerzan y respaldan el logro de los objetivos de la entidad. Sin duda, que contar con las metodologías necesarias, así como con un sistema de gestión del cumplimiento de dichas políticas, procedimientos y protocolos, contribuye a alcanzar la visión estratégica propuesta por quienes gobiernan, y protege al personal, los resultados y la reputación institucional.

Asimismo, la visión, la misión y los valores de la organización funcionan como guía para el desarrollo de estas metodologías. No obstante, crear, mantener, comunicar y capacitar en tales materias exige un esfuerzo significativo, ya que cuando el equipo se ve abrumado por tareas onerosas de gestión de políticas, tiende a considerar las metodologías como un trámite, lo que deriva en una adopción formal orientada al cumplimiento mínimo.

Ahora, no resulta admisible esa aproximación, por cuanto para lograr una adopción desde los equipos operativos, se requiere respaldo efectivo desde la Alta Dirección con un tono claro desde la cúspide. Por lo tanto, la Dirección debe sostener que las políticas modifican el comportamiento, influyen en la toma de decisiones y promueven los objetivos fundamentales de la organización.

Por otra parte, uno de los componentes primarios del marco de control interno se refiere a las actividades de control, entendidas como acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a asegurar la ejecución de las instrucciones de la jefatura del servicio para mitigar los riesgos con potencial impacto en el logro de los objetivos[1].

En relación con la Función de Auditoría Interna, la aplicación de pruebas de auditoría se orienta a determinar si los controles existen formalmente y si se aplican de manera eficaz conforme con las políticas, procedimientos y protocolos establecidos. Esta evaluación permite concluir si cada control asociado al principio fue diseñado, implantado y opera de acuerdo con el diseño definido y, por lo tanto, contribuye al logro de los objetivos de control interno en la organización de forma razonable. En consecuencia, se puede emitir una opinión fundada sobre si el elemento en análisis está presente y en funcionamiento.

Por ello, el presente documento técnico tiene como propósito entregar un conjunto de buenas prácticas, lineamientos y herramientas para la formulación y gestión de políticas, procedimientos y protocolos antifraude dentro de la organización. Estas orientaciones podrán ser utilizadas como criterios de auditoría y contribuirán al fortalecimiento de los procesos de evaluación del diseño e implementación de dichas metodologías por parte de la función de auditoría interna en el sector público.[2]

[1] Véase Documento Técnico N°119 sobre “Evaluación de los Sistemas de Control Interno, Ponderando las Observaciones y Recomendaciones de la Contraloría General de la República y las de Auditoría Interna”.

[2] La elaboración de este documento incorporó, en algunas secciones, el apoyo de herramientas de inteligencia artificial basadas en modelos de lenguaje natural para mejorar la redacción. Estas fueron utilizadas con criterio ético y bajo supervisión, manteniéndose los autores como responsables plenos de la exactitud y del contenido final.

1.2. Responsabilidad de las medidas antifraude

Según el informe 2024 de la Asociación de Examinadores de Fraude Certificados (ACFE, por su sigla en inglés), un informe que agrupó información de 1921 casos de 138 países y territorios, el sector público ocupó el tercer lugar en frecuencia de fraudes con 17 por ciento y una pérdida promedio de USD 150 000. Los esquemas más comunes fueron la malversación de fondos y el robo de activos.
En los casos en que una entidad gubernamental fue víctima, algo menos de la mitad, 47 por ciento, se produjo en organismos del ámbito nacional. La pérdida promedio en este nivel fue USD 210.000, la más alta entre los niveles de gobierno. Los gobiernos nacionales suelen ser más grandes y complejos, y reciben más financiamiento, lo que puede generar más oportunidades para los autores y mayores pérdidas potenciales. Por otro lado, las organizaciones estatales y provinciales representaron 29 por ciento de los casos y tuvieron una pérdida media de USD 92.000, mientras que los gobiernos locales constituyeron 23 por ciento y tuvieron una pérdida promedio de USD 148.000. En Chile un estudio de una consultora independiente del año 2024 registró montos defraudados por corrupción municipal por CLP 205.000 millones, con predominio del delito de fraude al fisco, seguido de malversación de activos y cohecho.

En el sector público participa una variedad de actores en la gestión financiera, entre ellos el Jefe de Servicio que representa el órgano de gobierno de más alto nivel de una organización, es decir, al Consejo[3], la Dirección, la Función de Auditoría Interna. Pese a ello, continúan produciéndose fraudes. Por lo cual, corresponde indagar por qué ocurren y quién es responsable de prevenirlos y detectarlos.

En este contexto, un estudio de ACFE del año 2025[4] enfocado en compañías públicas de Estados Unidos indicó que los equipos de Auditoría Interna y Cumplimiento Normativo son los que con mayor frecuencia asumen la responsabilidad del programa antifraude, según lo declarado por más de la mitad de las personas encuestadas, a quienes se les permitió seleccionar varios departamentos responsables.

Sin embargo, no corresponde concluir que la Función de Auditoría Interna sea la responsable de poner en marcha las políticas, procedimientos y protocolos antifraude, ya que esta responsabilidad recae en quienes gobiernan la entidad.

El Modelo de las Tres Líneas del Instituto de Auditores Internos (IIA, por su sigla en inglés) señala que los responsables de la gobernanza delegan responsabilidades y proporcionan recursos a la Dirección para alcanzar los objetivos, a fin de asegurar el cumplimiento legal, reglamentario y ético. A su vez, la Dirección establece y supervisa la Función de Auditoría Interna independiente, sus objetivos y su competencia.

En consecuencia, la Función de Auditoría Interna, como tercera línea, proporciona aseguramiento independiente y objetivo, junto con asesoramiento sobre la adecuación y eficacia del gobierno, la gestión de riesgos y el control interno. Ello se logra mediante la aplicación competente de procesos sistemáticos y disciplinados, experiencia y juicio profesional. A su vez, informa sus observaciones a la Dirección y al órgano de gobierno para promover la mejora continua, y puede considerar el aseguramiento aportado por otros proveedores internos y externos.

La independencia de la Función de Auditoría Interna respecto de las responsabilidades de la Dirección es fundamental para su objetividad, autoridad y credibilidad. Esto asegura mediante la dependencia funcional del órgano de gobierno, el acceso sin restricciones a personas, recursos y datos necesarios

[3] En este documento cuando se utiliza el término “Consejo” se refiere al “Jefe de Servicio.”
[4] ACFE-AFC “2025-The impact of fraud at US Public Companies: 2025 Benchmarking Report”.

para completar el trabajo, y la ausencia de interferencias en la planificación y ejecución de los servicios de auditoría.

1.3. Programa antifraude efectivo[5]

El objetivo del Programa Antifraude es proporcionar el marco necesario para prevenir, detectar, denunciar e investigar el fraude interno y externo.
En este contexto, la responsabilidad de la Función de Auditoría Interna es la de proporcionar aseguramiento y asesoramiento independientes sobre el diseño, implementación y eficacia del programa antifraude y de la gestión del riesgo de fraude, actuando con debido cuidado y escepticismo profesional, sin asumir la responsabilidad de gestionarlo ni de ejecutar controles operativos.

Asimismo, en la práctica para la formulación del Programa Antifraude, participan los distintos estamentos, que deben reunirse para diseñar el proceso y evaluar las competencias del grupo de trabajo. Por ejemplo, la Función de Auditoría Interna y la de Cumplimiento Normativo se encargan de la evaluación del riesgo de fraude en toda la entidad. El área de Control de Gestión supervisa los controles para enfrentar los riesgos identificados. El Área Jurídica, el Área de Recursos Humanos y la Función de Auditoría Interna se encargan de asegurar que toda investigación de fraude se gestione adecuadamente.

En suma, todos los integrantes del grupo de trabajo son responsables, en alguna medida, de crear elementos eficaces que fortalezcan el tono y la cultura de integridad dentro de la entidad. Estos elementos del programa se complementan entre sí y el marco del Programa Antifraude resulta más eficaz gracias a la colaboración, con el aval de quienes gobiernan la entidad.

No obstante, para instalar el proceso antifraude de manera eficaz se deben comprender las expectativas de la entidad y su apetito de riesgo, y ponerlos en práctica cada día. Para ello se parte por reconocer los comportamientos inaceptables y fomentar medidas al respecto. A su vez, se priorizan los riesgos de fraude y se determinan los que requieren atención. Luego, se instalan controles para mitigar los riesgos identificados. También, se formulan medidas para actuar una vez detectado el fraude y se garantiza su aplicación cuando se inicie una investigación. Y se comparten buenas prácticas entre funciones y segmentos de la entidad.

En otras palabras, un Programa Antifraude sólido y bien concebido refuerza la supervisión institucional y proporciona un marco para responder oportunamente cuando surgen problemas.

En general, se identifican siete elementos de un Programa Antifraude eficaz, los cuales se agrupan en tres categorías globales.

- Establecer el tono adecuado (cultural): Los elementos correspondientes incluyen el código de conducta o código ético, las políticas de prevención del fraude, la comunicación y la formación.

- Medidas proactivas (prevención y detección): Los elementos proactivos incluyen la evaluación del riesgo de fraude y los controles de supervisión.

- Medidas reactivas (respuesta): Estas medidas incluyen el plan de respuesta al fraude y la responsabilidad sobre todo el programa antifraude.

[5] TORPEY, DAN & SHERROD, MIKE, 2011, Fraud-Magazine, Association of Certified Fraud Examiners (assumes sole copyright of any article published), January/February issue (en extracto).

II. LA CONDUCTA DEFRAUDADORA Y LAS POLÍTICAS ANTIFRAUDE

El triángulo del fraude de Donald Cressey es un modelo para explicar los factores que hacen que una persona llegue a cometer fraude laboral. Consta de tres componentes que, juntos, llevan a un comportamiento fraudulento, el motivo, la oportunidad y la racionalización. La percepción de oportunidad para cometer fraude, ocultarlo o evitar sanciones corresponde al segundo elemento del triángulo del fraude. Este elemento es especialmente relevante, ya que puede ser abordado de manera objetiva por las organizaciones.

La literatura técnica especializada, emitida por la ACFE, IIA, y COSO (Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway), ha reconocido al menos seis factores que incrementan las oportunidades reales para que se cometan fraudes en una organización.

Entre ellos se cuentan:

- Falta de controles internos que previenen y detectan comportamientos fraudulentos;
- Incapacidad para evaluar la calidad del desempeño;
- Incapacidad para sancionar a los autores;
- Falta de acceso a la información o asimetría de información;
- Ignorancia, apatía o incapacidad del liderazgo, y;
- Ausencia de auditorías rutinarias.

Para efectos de este documento se desarrollará únicamente el factor relativo a la falta de controles internos que previenen y detectan comportamientos fraudulentos (véase, además, la sección 1.3 sobre programa antifraude efectivo).

2.1. Falta de controles internos y conducta fraudulenta

Contar con un marco de control interno eficaz es probablemente la medida más importante para prevenir y detectar el fraude cometido por empleados. El marco COSO 2013 identifica cinco componentes y diecisiete principios que estructuran el control interno de una organización. En este documento se analizan dos componentes, entorno de control y actividades de control, así como una parte del componente información y comunicación. La parte específica de información y comunicación que se aborda corresponde a la función contable.

a) El entorno de control

El entorno de control es el ambiente de trabajo que la organización establece para orientar la conducta del personal. Incluye, el rol y el ejemplo de la Dirección, la forma en que se comunica la organización con especial énfasis en el nivel superior, prácticas de contratación adecuadas, una estructura organizativa clara y la existencia de una Función de Auditoría Interna eficaz.

(i) Rol y ejemplo de la Dirección: El elemento más importante para establecer un entorno de control adecuado es el rol y el ejemplo de la Dirección. En numerosos casos, el personal aprende e imita comportamientos observados en sus líderes, incluidos aquellos inadecuados.

(ii) Comunicación de la Dirección: El segundo elemento crítico es la comunicación de la Dirección. Es fundamental establecer con claridad lo que es y lo que no es apropiado, de manera análoga a un proceso formativo continuo, la comunicación frecuente y abierta favorece la conducta íntegra. Son indispensables los códigos de conducta, las reuniones de seguimiento, las capacitaciones y las

conversaciones entre supervisores y personal para distinguir lo aceptable de lo que no lo es. Para disuadir el fraude, la comunicación debe ser coherente, ya que los mensajes que varían según las circunstancias confunden al personal y fomentan las racionalizaciones, que corresponde otro de los factores del triángulo de Creesey y que alude a la justificación que hace el defraudador de sus actos, de manera que le parezcan aceptables.

Una de las razones por las que se producen fraudes en proyectos urgentes o con plazos ajustados es el incumplimiento de procedimientos habituales de control interno. Con frecuencia se emiten mensajes incoherentes sobre procedimientos y controles. Huelgas, procesos de fusión públicos o privados, quiebras y otros acontecimientos críticos suelen generar comunicación incoherente y favorecer el aumento del fraude. Asimismo, resulta necesaria una comunicación precisa y coherente entre la organización y sus clientes, proveedores y accionistas.

Ejemplo ilustrativo de falla en la comunicación

A continuación se considera el siguiente ejemplo de fraude y un litigio entre un banco extranjero y su cliente debido a una falla de comunicación.

Una institución financiera internacional estaba enviando nuevas tarjetas de crédito a clientes cuyas tarjetas estaban próximas a caducar. Sin embargo, la institución financiera envió la tarjeta de crédito de un cliente a otro cliente con el mismo nombre, pero con dirección y número de identificación diferentes.

El destinatario involuntario, un tercero no autorizado, utilizó de inmediato la tarjeta para retirar un anticipo en efectivo de aproximadamente USD 1.300 dólares. A continuación, utilizó la tarjeta de crédito para comprar varios artículos por un valor total de aproximadamente USD 5.000 dólares. Posteriormente, el banco envió el estado de cuenta de la tarjeta de crédito, pues este mantenía registrada una dirección incorrecta. Por lo tanto, la persona no efectuó el pago.

Tras varios meses de mora, la entidad financiera contactó al verdadero titular de la tarjeta. Cuando este indicó que nunca había recibido la tarjeta, el banco investigó el problema y descubrió que la persona que la utilizaba no era su tenedor legítimo. En consecuencia, la entidad financiera informó a la policía, que emitió una orden de búsqueda y detención respecto del tercero no autorizado. Luego, la persona fue capturada y detenida en otra región del país.

Posteriormente, interpuso una demanda por USD 3 millones de dólares por detención ilegal. Antes de resolverse el caso, la entidad financiera había gastado casi USD 300 mil dólares en su defensa. Ahora, si el banco se hubiese asegurado de comunicarse con el titular correcto, se habría evitado el litigio.

(iii) Contratación adecuada: Un tercer elemento fundamental para crear una estructura de control eficaz es la contratación de personal idóneo. Las investigaciones basadas en el triángulo del fraude de Donald Cressey, han señalado que entre 10 y 20 por ciento de las personas son deshonestas, entre 10 y 20 por ciento presentan honestidad en todo momento y entre un 80 y 60 por ciento son honestas o no condicionadas por la situación. Aunque muchas organizaciones suponen que sus empleados, clientes y proveedores se ubican en el tramo más honesto, ello no suele ser así. La mayoría de las personas tienen una honestidad que va a depender de la situación en la cual se encuentren.

Cuando se contrata a personas deshonestas, ni siquiera los mejores controles pueden evitar el fraude. Por ejemplo, un banco cuenta con cajeros, gerentes, agentes de préstamos y otros cargos con acceso diario a dinero en efectivo, lo que podría facilitar el hurto. Dado que es imposible impedir

todos los fraudes bancarios, se espera que la integridad personal, junto con controles internos preventivos y detectivos y la sanción disuasiva, reduzcan el riesgo de hurto.

Como ejemplo de las consecuencias de una contratación inadecuada, considérese el caso de una persona famosa que fue víctima de agresión sexual hace unos años.

Ejemplo ilustrativo de contratación inadecuada

Una persona extranjera se registró en un hotel muy conocido. Unas horas después de su llegada, llamaron a su puerta y se anunciaron con el mensaje "servicio a la habitación". Aunque no había solicitado servicio, consideró posible una cortesía del hotel. Al abrir la puerta, tres empleados ingresaron sin autorización y perpetraron una agresión que puso en riesgo su seguridad y vulneró su intimidad y privacidad. Posteriormente, la víctima del suceso, además de las acciones penales en contra de los victimarios, interpuso una demanda de indemnización de perjuicios extracontractual en contra del hotel, reclamando a título del daño moral sufrido. Dentro de los argumentos esgrimidos por la demandante, se aludió a la irresponsabilidad de la empresa por la contratación inadecuada de los tres sujetos que ingresaron a su habitación, dado que los tres tenían antecedentes penales y habían sido despedidos previamente por haber cometido delitos violentos y con motivación racista y xenofóbica, dentro de otros espacios de trabajo.

Del ejemplo expuesto anteriormente, es posible rescatar que, si una organización no selecciona cuidadosamente a las personas candidatas y contrata involuntariamente a personas inidóneas, podría exponer a la entidad a fraudes y otros delitos, independientemente de la calidad de sus demás controles.

Para ilustrar cómo las buenas prácticas de contratación pueden prevenir el fraude y otros problemas, pensemos en una entidad que decidió adoptar precauciones adicionales. Su enfoque consistió, primero, en formar a las personas involucradas en decisiones de contratación para que desarrollaran competencias de entrevista y, segundo, en comprobar de manera minuciosa tres referencias de cada candidato.

Gracias a estas precauciones adicionales, se desestimó a más de 800 candidatos, equivalente a 13% del total, que habrían sido contratados de manera inadecuada. Se detectaron problemas ocultos como información laboral falsificada, antecedentes penales, problemas de autocontrol, alcoholismo, adicción a drogas y antecedentes de despidos en empleos previos. Las consecuencias de prácticas de contratación deficientes pueden resultar muy costosas para la organización.

La ACFE estima que el fraude de empleados cuesta a las pequeñas empresas un promedio de USD 120.000 por incidente. Por lo que resulta recomendable comprobar antecedentes de todas las personas candidatas.

(iv) Estructura organizacional clara: Un cuarto elemento disuasorio del fraude en el entorno de control es contar con una estructura organizacional clara. Cuando todo el personal sabe con precisión quién es responsable de cada actividad, disminuye la probabilidad de fraude. En tales contextos es más fácil rastrear activos faltantes y más difícil malversar fondos sin ser detectado. La rendición de cuentas estricta sobre el desempeño laboral resulta fundamental para un entorno de control eficaz.

(v) Función de Auditoría Interna eficaz: Un quinto elemento del entorno de control es disponer de una Función de Auditoría Interna competente, combinada con programas de seguridad y de prevención de pérdidas. Ahora, si bien diversos estudios indican que Auditoría Interna detecta alrededor de 20

por ciento de los fraudes cometidos por empleados, los hallazgos restantes suelen originarse en denuncias, en alertas del personal o de manera fortuita. Aun así, la sola presencia de Auditoría Interna ejerce un efecto disuasorio relevante. La función evalúa de forma objetiva la eficacia de los controles implementados por la organización y lleva a potenciales defraudadores a cuestionar la posibilidad de cometer fraude sin ser detectados. Una función de seguridad visible y eficaz, junto con un programa de prevención de pérdidas adecuado, contribuye a que los fraudes se investiguen de forma adecuada y a que las deficiencias y vulnerabilidades de control se traten y sancionen de manera pertinente.

En conjunto, los cinco elementos del entorno de control descritos pueden crear un ambiente en que se reducen las oportunidades de fraude, pues el personal comprende que el fraude no es aceptable ni tolerado. Por el contrario, relajar o eliminar cualquiera de estos cinco elementos aumenta las oportunidades de fraude.

b) Información y comunicación

Nuestro análisis de este elemento se centra en un aspecto del marco COSO, un buen sistema contable.

Todo fraude se compone de tres elementos.

(i) Una acción delictiva, en la que se sustraen activos.
(ii) El encubrimiento, que corresponde al intento de ocultar el fraude a los demás.
(iii) La conversión, en la que el autor gasta el dinero o convierte los activos sustraídos en efectivo, que luego dilapida.

Un sistema contable eficaz proporciona una “ruta” de auditoría que permite descubrir fraudes y dificulta su ocultación. A diferencia del robo de un banco, en el que normalmente no se intenta ocultar el acto mismo, la ocultación constituye un elemento distintivo del fraude.

Los fraudes suelen ocultarse en los registros contables, los cuales se basan en documentos de transacciones, ya sea en soporte papel o electrónico. Para encubrir un fraude, se debe alterar, destruir o preparar de manera fraudulenta la documentación. Los fraudes pueden descubrirse examinando asientos contables sin respaldo o investigando importes de estados financieros u otros informes de gestión que no resultan razonables.

Sin un buen sistema contable, a menudo es difícil distinguir entre fraude real y errores involuntarios. Un buen sistema contable debe garantizar que las transacciones registradas sean: (i) Válidas, (ii) Debidamente autorizadas, (iii) Completas, (iv) Correctamente clasificadas, (v) Consignadas en el período adecuado, (vi) Debidamente valoradas, (vii) Resumidas correctamente. Un sistema contable eficaz entrega información transparente y facilita la identificación de transacciones no esperadas.

c) Actividades de control (procedimientos)

El tercer componente de la estructura de control interno corresponde a las actividades de control interno. Una persona que es propietaria de su propio negocio y es su único empleado probablemente no necesite muchas actividades de control. Sin embargo, las organizaciones que cuentan con muchos miles de empleados deben disponer de actividades de control interno para garantizar que las acciones del personal sean coherentes con los objetivos de la Dirección.

Por ello, con actividades de control interno adecuadas se mitigan o se minimizan las oportunidades de cometer u ocultar fraudes. Independientemente del tipo de negocio o actividad, son necesarias las siguientes cinco actividades de control que se señalan a continuación:

(i) Separación de funciones o custodia dual: Consiste en dividir una tarea en dos partes para que una sola persona no tenga el control total. La custodia dual, estrechamente relacionada, exige que dos personas trabajen juntas en la misma tarea. En cualquier caso, se requieren dos personas para realizar el trabajo. Este control preventivo se utiliza con mayor frecuencia cuando existen fondos de por medio. La contabilidad y la gestión de ingresos en efectivo se mantienen segregadas para que una sola persona no tenga acceso a ambas.

La separación de funciones es fundamental para proteger activos. Una segregación adecuada separa autorización, procesamiento y custodia. En muchas reparticiones públicas estas funciones ya se encuentran segregadas, aunque las restricciones presupuestarias pueden impedir contratar personal adicional para mejorar o adecuar los controles vigentes. Las limitaciones de tiempo también pueden obstaculizar la asignación de nuevas responsabilidades. Incluso cuando las funciones están segregadas, con frecuencia se presentan casos en que el personal asume funciones en conflicto “juez y parte” debido a vacaciones, ausencias por enfermedad o rotación.

(ii) Sistema de autorizaciones: La segunda actividad de control interno es un sistema adecuado de autorizaciones. Los procedimientos de autorización adoptan diversas formas. Las contraseñas permiten utilizar computadores y acceder a bases de datos. Las tarjetas de firma habilitan el acceso a cajas de seguridad, el cobro de cheques y otras funciones en instituciones financieras. Los límites de gasto restringen el desembolso a lo aprobado en presupuesto o nivel autorizado. Cuando no existe autorización para realizar una actividad, disminuye la oportunidad de cometer fraude. Por ejemplo, si no hay autorización para acceder a cajas de seguridad, no es posible sustraer contenido ajeno. Del mismo modo, sin autorización para aprobar compras, no se pueden solicitar artículos para uso personal y cargar su pago a la entidad.

(iii) Controles independientes: El principio que los sustenta es que la supervisión por terceros reduce la oportunidad de cometer y ocultar fraude. Existen múltiples tipos. Por ejemplo, todos los trabajadores, públicos o privados, tienen derecho a feriado. Mientras el empleado está ausente, otra persona debe ejecutar su trabajo. Ahora, si el trabajo se acumula durante ese periodo, el control de “vacaciones obligatorias” no funciona como debería, lo que evidencia una oportunidad real de cometer fraude. De ahí que deban existir rotaciones periódicas de puestos, recuentos, revisiones de supervisores, canales de denuncia para el personal y uso de auditores, pues todas estas prácticas constituyen controles independientes.

(iv) Medidas de seguridad físicas: Se utilizan con frecuencia para proteger activos contra su sustracción. Cámaras de vigilancia, cajas fuertes, vallas, cerraduras y llaves reducen oportunidades de fraude al dificultar el acceso a los activos. El dinero resguardado en una cámara de seguridad no puede ser sustraído salvo acceso no autorizado o uso indebido por parte de quien lo posee. Los controles físicos protegen inventario almacenado en depósitos o bodegas con llave. Los activos de menor tamaño, como herramientas o suministros, se mantienen en casilleros bajo llave, y el dinero en efectivo se guarda en cajas fuertes o cajas de seguridad.

(v) Documentos y archivos: La quinta actividad de control consiste en utilizar documentos y archivos para generar registro de transacciones y trazabilidad de auditoría. Los documentos rara vez operan como controles preventivos, aunque sí constituyen excelentes controles de detección. Los bancos, por ejemplo, elaboran informes de operaciones sospechosas y reportes de actividad de cuentas de empleados para detectar abusos del personal o de clientes. La mayoría de las entidades exige un pedido del cliente para iniciar una transacción de venta. En cierto sentido, todo el sistema contable funciona como control documental. Sin documentos, no existe rendición de cuentas y, en consecuencia, resulta más fácil cometer fraudes sin ser detectado.

En definitiva, si bien muchas entidades utilizan cientos de actividades de control, todas son variaciones de estas cinco actividades básicas. Las buenas prácticas de detección y prevención del fraude suponen combinar las actividades de control más eficaces con los distintos riesgos de fraude.

III. LA CONSTRUCCIÓN DE METODOLOGÍAS ORIENTADORAS EFECTIVAS

En administración, la metodología es el conjunto de principios, procesos y técnicas sistemáticas que guían la gestión eficiente de una organización o proyecto, desde la planificación hasta la ejecución y el control.

Por su parte, en la Función de Auditoría Interna, se trata de políticas, procesos y procedimientos establecidos por el Jefe de Auditoría para guiar la función y aumentar su eficacia. (glosario de las NOGAI).

En este documento se entenderá que la metodología abarca las políticas, procesos y procedimientos que se definen en una entidad para mejor administrar en general y en particular, para gestionar las iniciativas antifraude.

El objetivo de este capítulo es proporcionar algunos lineamientos para desarrollar metodologías, políticas y protocolos antifraude.

En primer lugar, se destaca la importancia de documentar los controles, a modo de ejemplo, en la investigación de un accidente se confirmó el fallecimiento de un paciente, hecho que pudo haberse evitado. La investigación evidenció que el paciente habría sobrevivido si se hubiese conocido que tiempo atrás se le diagnosticó una dolencia espinal. Se detectaron procedimientos de archivo clínico deficientes, con extravío de la ficha clínica, lo que contribuyó al resultado fatal.

Esta mala práctica de no documentar los hechos es crítica para la Función de Auditoría Interna, en particular en el sector público. La literatura técnica ha destacado la relevancia del control interno y reconoce que los fallos del sistema de control se originan principalmente en la cultura organizacional, en fallas de comunicación, en responsabilidades mal definidas, en incumplimientos de protocolos, en equipos de trabajo mal diseñados, en asignación inadecuada de recursos y en baja moral del personal, lo que conduce a errores o a una prevención insuficiente.

En consecuencia, las buenas prácticas de implementación de políticas, procedimientos y protocolos cumplen un papel relevante en la protección contra daños, problemas de calidad, ambientales, de salud y seguridad, y el incumplimiento de la legislación, la normativa y la suscripción de contratos.

La idea de que los sistemas y no las personas explican la mayoría de los errores se ha vuelto frecuente en algunos auditados. Sin embargo, la seguridad frente al fraude exige voluntad, conocimientos y habilidades de quienes integran la entidad. Redactar políticas, procedimientos y protocolos requiere tiempo. Es un proceso sistemático que se nutre de experiencias favorables y desfavorables, posible solo si se documentan a lo largo de los años. No existen recetas inequívocas para asegurar su implementación. Se trata de un trabajo continuo.

3.1. La cultura organizacional práctica y su liderazgo

Considerar la cultura en la construcción y formulación de metodologías es de vital importancia. La cultura organizacional práctica se basa en los valores[6], creencias y supuestos de sus miembros, y se manifiesta en políticas, procedimientos y protocolos, así como en la prestación de servicios y en el discurso institucional hacia las personas usuarias internas y externas. Una definición operativa de cultura organizacional reconoce "la forma en que se hacen las cosas aquí". Asimismo, la cultura puede adoptar distintos enfoques, por ejemplo, una cultura de aprendizaje o de seguridad. Una cultura de seguridad se entiende como un patrón integrado de comportamiento individual y organizacional, basado en un sistema de creencias y valores compartidos, que busca minimizar de forma continua los riesgos derivados del proceso institucional, sin perder de vista los matices que ello implica para las personas y las unidades involucradas.

En este sentido, una cultura de seguridad eficaz podría caracterizarse por lo siguiente:

- Considerar los errores como oportunidades de aprendizaje.
- Motivar a las personas a compartir sus experiencias y a documentarlas.
- Responder oportunamente a los problemas identificados.
- Evitar sanciones injustas a quienes han cometido errores, con enfoque caso a caso.
- Contar con un sistema de notificación que permita identificar causas subyacentes de los incidentes.

Las buenas prácticas derivadas de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA[7], por su sigla en inglés) han contribuido a estas materias al identificar siete pasos clave para crear y promover una cultura de seguridad. A saber:

1. Crear una cultura de seguridad abierta y justa.

2. Dirigir y apoyar al personal, estableciendo un enfoque claro respecto de lo que se quiere promover.

3. Integrar la gestión de riesgos, identificando y evaluando lo que podría salir mal, mediante el desarrollo de sistemas y procesos documentados en políticas, protocolos y procedimientos.

4. Promover la notificación, asegurando que el personal pueda reportar incidentes con facilidad a nivel local o nacional, según corresponda.

5. Involucrar y comunicarse con las partes auditadas, desarrollando mecanismos de comunicación abierta con escucha activa.

6. Aprender y compartir lecciones de seguridad, alentando al personal a utilizar el análisis de causas fundamentales para comprender cómo y por qué ocurren los incidentes.

7. Implementar soluciones para prevenir daños, incorporando lecciones aprendidas mediante cambios en la práctica, en los procesos o en los sistemas, junto con su documentación.

La siguiente tabla ilustra, de manera concreta y simple, cómo se comprenden los procedimientos sustentados en una cultura organizacional adecuada en contraste con aquellos que no lo están.

[6] https://www.pedrosolorzano.com/importancia-de-los-valores-en-la-cultura-organizacional/
[7] Estas buenas prácticas han sido recogidas y adaptadas al ámbito de la auditoría. NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004, "Seven steps to patient safety for primary care", United Kingdom, https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf

Tabla N°1: Comparación de culturas organizacionales basadas y no basadas en procedimientos

CULTURA BASADA EN PROCEDIMIENTOS	CULTURA NO BASADA EN PROCEDIMIENTOS
▪ Las personas comparten conocimientos que pertenecen a toda la organización	▪ Los conocimientos pertenecen solo a las personas, ligados a sus procesos de trabajo
▪ Los conocimientos se recopilan y se conservan de manera formal en políticas, procedimientos y protocolos	▪ Los conocimientos se recopilan y se conservan de manera informal por las personas
▪ Todos realizan cada tarea según la mejor práctica definida y documentada	▪ Cada persona ejecuta las tareas según su propio criterio, sin estándar común
▪ Las anomalías se destacan como problemas o como posibles problemas	▪ Las anomalías se pasan por alto
▪ Todo el personal accede al conjunto de conocimientos mediante políticas, procedimientos y protocolos	▪ Las personas recién incorporadas aprenden por su cuenta o dependen de la voluntad de otros para acceder al conocimiento
▪ Se formalizan puntos de control, se especifican listas de verificación y se aclaran requisitos de verificación o revisión por pares	▪ No existen puntos de control, listas de verificación ni verificaciones formalizadas
▪ Se utilizan informes de seguimiento cuando se presentan problemas, se identifica la causa raíz y se revisan condiciones y procesos	▪ Se recurre con frecuencia a soluciones informales de carácter transitorio, tipo “parche”, cuando se presentan problemas

Fuente: Elaboración propia.

a) Por qué y cuándo se deben redactar las metodologías

Este apartado establece criterios para decidir la conveniencia y el momento oportuno de elaborar metodologías, entendidas como políticas, procedimientos y protocolos. El objetivo es asegurar alineamiento con los fines institucionales, el control interno y las obligaciones legales. La redacción se vuelve prioritaria cuando existen procesos críticos o riesgos elevados, cuando se introducen cambios normativos o tecnológicos, cuando se detectan brechas en auditorías o incidentes operativos, cuando se requiere trazabilidad de decisiones o cuando se implementan reestructuraciones y mejoras de procesos. Además, las metodologías deben definir roles y responsabilidades, flujos de trabajo, puntos de control y evidencias, junto con un ciclo de vida que considere revisión periódica, actualización y difusión.

(i) El por qué:

A continuación se detallan los fundamentos técnicos que sustentan la redacción de metodologías en coherencia con los fines institucionales, el modelo de control interno y las obligaciones legales vigentes, con el propósito de fortalecer la gestión, reducir riesgos y asegurar la trazabilidad de las decisiones.

- Por seguridad.
- Por eficiencia.
- Por claridad y coherencia.
- Por responsabilidad.
- Para la captura y la retención de información.
- Por requisitos contractuales y legales.

- Para la mejora continua y el aseguramiento de la calidad.

Todas las unidades de la entidad debieran contar con sistemas institucionales desarrollados que permitan documentar adecuadamente sus políticas, procedimientos y protocolos, definiendo cómo deben ejecutarse las principales tareas y actividades. Entre las ventajas y oportunidades se cuentan:

- Ahorro de tiempo y de recursos humanos.
- Apoyo cuando surgen problemas. El manual de políticas se utiliza para verificar la existencia y la validez de los documentos, así como para evitar la falsificación o la validación de documentos inexistentes de uso habitual en la entidad o en la unidad emisora.
- Ayuda para evitar conflictos y malentendidos, despersonalizando el problema y evitando que la comunicación y la convivencia afecten a las personas involucradas.
- Evita reprocesos al “reinventar la rueda” o recrear políticas.
- Facilita los procesos de inducción de los nuevos funcionarios.
- Permite transmitir con claridad a los funcionarios el alcance de su cometido.
- Proporciona descripciones detalladas de los puestos de trabajo.
- Orienta a los nuevos funcionarios respecto del propósito, los estándares de trabajo y las expectativas.
- Proporciona continuidad y coherencia en la toma de decisiones.
- Garantiza la continuidad operativa de las unidades, incluso ante cambios de personal
- Establece una dirección positiva para la entidad.
- Sirve de guía para el liderazgo, favoreciendo un enfoque proactivo ante problemas actuales y futuros.
- Proporciona una vía eficiente y segura para revisar sistemas y servicios, a fin de satisfacer las necesidades de las personas usuarias internas y externas.

(ii) El cuándo:

La oportunidad de contar con un conjunto específico de políticas, procedimientos y protocolos se sustenta en la convicción institucional de que resulta importante para alcanzar un objetivo y que omitirlo generaría consecuencias significativas y perjudiciales, dado que no se está ejecutando actualmente.

En consecuencia, la necesidad de contar con dichas políticas, procedimientos y protocolos se explica, entre otras razones, por:

- Protección legal.
- Trato justo y coherente en las relaciones de trabajo.
- Constancia de registro para crear trazabilidad documental.
- Planes de capacitación y entrenamiento.
- Atender de manera segura las consultas de personas usuarias internas y externas.
- Abordar adecuadamente los incidentes.
- Gestionar adecuadamente las quejas.
- Corregir ineficiencias.
- Tratar excepciones, exenciones y casos atípicos.
- Adecuarse oportunamente a cambios en la legislación y la regulación.
- Reducir la confusión respecto de la forma requerida o apropiada de actuar.
- Controlar la inconsistencia en el modo de ejecutar las tareas.

b) Por qué y cuándo no se deben redactar las metodologías

Sin perjuicio de lo señalado en el acápite anterior, corresponde considerar peligros reales al momento de redactar una política, un procedimiento o un protocolo, los cuales a veces pasan inadvertidos. Por ejemplo, cuando el número de documentos crece de forma sostenida con cada cambio normativo, se dificulta su gestión y pueden percibirse como similares, lo que confunde, frustra y satura a las personas usuarias internas afectadas.

En consecuencia, resulta aceptable e incluso deseable mantener algunas políticas y procedimientos no escritos, pues es imposible documentarlo todo. Sin embargo, se debe atender a las señales que indiquen cuándo dichas normas informales dejan de funcionar.

En esa línea, se sugiere considerar no mantener una política o un procedimiento por escrito cuando se verifiquen las situaciones siguientes:

- Las actividades institucionales se vinculan principalmente con aspectos culturales de la entidad.
- No es factible hacer exigible la política. Por ejemplo, prohibir conversaciones sobre la remuneración entre compañeros de trabajo. Si algunos funcionarios perciben aplicación laxa de una política, podrían extrapolar esa percepción al resto, aun cuando no corresponda.
- Se evidencian incoherencias de tenor literal frente a nuevas normas, leyes o cambios de estilo de liderazgo, entre otros factores.

Por otra parte, corresponde evaluar cuándo formalizar por escrito esas reglas no escritas:

- Cuando reglas no escritas, que han funcionado de manera informal, empiezan a generar entropía, entendida como un proceso de desorden, ineficiencia y deterioro organizacional a lo largo del tiempo.
- Cuando la entidad crece, ya sea por mandato legal, por reestructuración de la dotación o por aumento presupuestario, lo que incrementa los cambios y la complejidad.
- Cuando ocurren accidentes, con o sin lesiones, nuevas funciones, quejas o reclamos internos o externos, confusión al interpretar una regla escrita antigua que contradice la no escrita, o acontecimientos externos que impactan, por ejemplo, una política de no fumar en lugares antes autorizados.
- Cuando el personal formula preguntas frecuentes o recurrentes sobre un mismo hecho, en contraposición con lo que se ha redactado en el pasado.
- Cuando se detectan abusos en el uso de recursos institucionales.
- Cuando se producen cambios en leyes, reglamentos o contratos, según corresponda.
- Cuando se observan sensibilidad, distracción, estrés o frustración del personal respecto de determinadas políticas que, en años previos, no eran motivo de atención.
- Cuando se instala una cultura legalista que conlleva interpretaciones rígidas de políticas o procedimientos no escritos, con escaso criterio o sentido de necesidad.

3.2. Naturaleza y alcance de las metodologías

Ahora bien, ¿son equivalentes una política, un procedimiento y un protocolo? Intuitivamente no lo son. Se trata de términos que suelen generar confusión. Corresponden a niveles documentales distintos en cuanto a alcance, objetivos y naturaleza, que se utilizan para gestionar, dirigir y gobernar en una entidad, tanto interna como externamente, según el nivel de facultades existente.

a) **Políticas**: Constituyen principios rectores de la entidad, diseñados para alcanzar objetivos a los cuales se subordinan las actividades. Son específicas de la entidad y de su cultura, y operan en un nivel macro, habitualmente se confunde con las instrucciones operativas. Ejemplos: políticas contables, de reclutamiento y presupuestarias en qué, cuándo y cómo usar los recursos públicos.

b) **Procedimientos:** Constituyen la expresión operativa de la política. Se orientan a tareas específicas y proporcionan instrucciones paso a paso sobre cómo ejecutar una labor. Ejemplo: un procedimiento para establecer el nivel de madurez del modelo COSO.

c) **Protocolos:** Constituyen un conjunto obligatorio de normas, instrucciones y estándares para la toma de decisiones, basados en mejores prácticas aplicables a situaciones específicas que enfrenta la entidad. Se orientan a problemas, emergencias y momentos de crisis o caos y definen procedimientos o pasos a seguir en contextos muy delimitados, debiendo ajustarse al objeto para el cual fueron creados. Ejemplos: protocolos de seguridad en edificios institucionales ante sismo o incendio, protocolos de actuación ante de la presencia de delitos flagrantes o, para denunciar hechos delictivos en calidad de funcionario público.

d) **Estándares:** Corresponden a requisitos medibles que traducen las políticas en criterios de cumplimiento. Definen qué se requiere cumplir y pueden ser internos o externos. Su adopción los vuelve obligatorios.

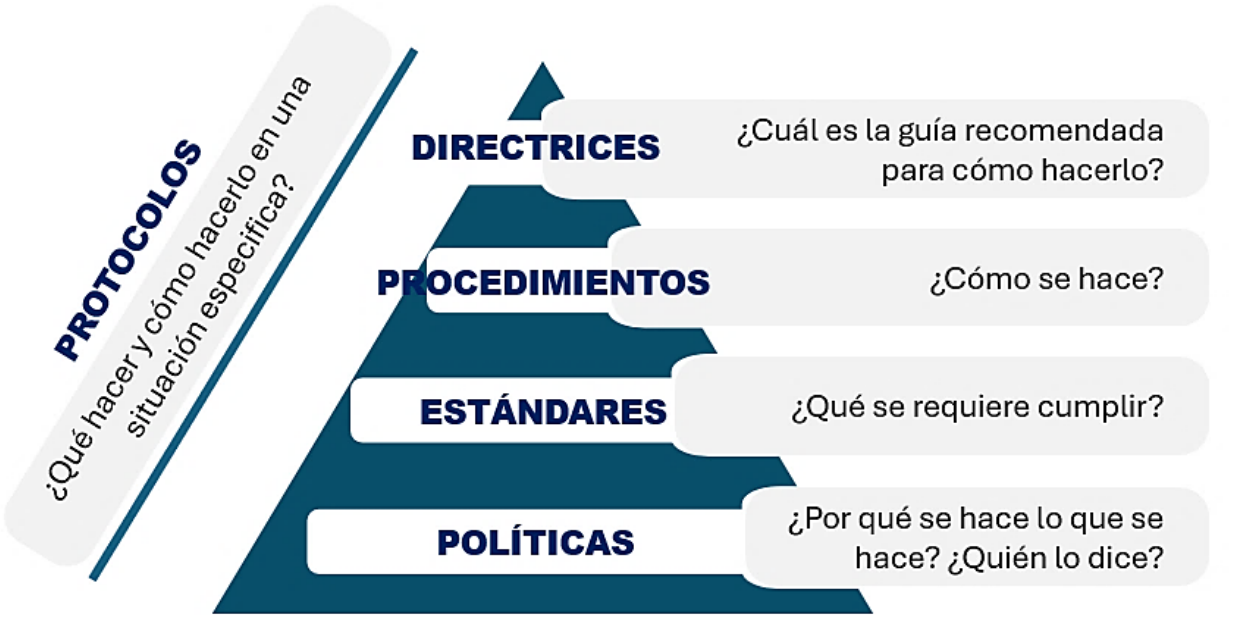
e) **Directrices:** Constituyen guías recomendadas que orientan la forma de ejecución. No son obligatorias, salvo que la entidad las adopte explícitamente. Complementan los procedimientos con buenas prácticas y ejemplos.

En definitiva, las directrices indican la guía recomendada para ejecutar las tareas. Por su parte, los procedimientos precisan cómo se debe actuar y operativizan tareas y actividades mediante instrucciones paso a paso para dar cumplimiento a las políticas y a los protocolos. Entre ambos se sitúan los estándares, que establecen qué se requiere cumplir para dar efectividad a las políticas y a los procedimientos. A su vez, las políticas explican por qué se debe actuar y quién fija el criterio. Por último, los protocolos establecen qué hacer y cómo hacerlo en emergencias o contingencias específicas.

Es relevante considerar que, para alcanzar la solución deseada, se debe cumplir el protocolo asociado al procedimiento. Desviarse del protocolo conduce a confusión y malentendidos o a problemas de comunicación, con posibles consecuencias como sanciones para las personas y daños para la entidad.

La imagen siguiente ilustra la interrelación de lo expuesto.

Figura N°1: Interrelación y jerarquía documental



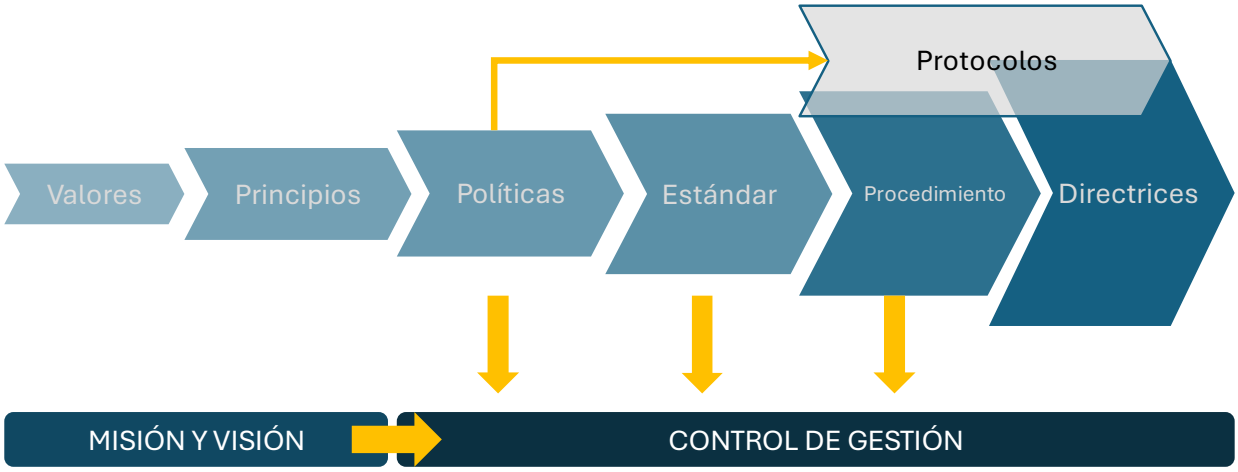
Fuente: Elaboración propia.

3.2.1 Relación secuencial y anclaje institucional de las metodologías

La siguiente figura representa el despliegue progresivo de la documentación desde los valores y principios hacia políticas, estándares, procedimientos y directrices, con protocolos que se activan sobre este marco cuando ocurre una contingencia. A su vez, las políticas traducen misión y visión en criterios y límites de decisión. Mientras que los estándares convierten esas políticas en requisitos medibles. En tanto, los procedimientos ponen en práctica estándares y políticas mediante tareas, puntos de control y evidencias. Por su parte, las directrices entregan orientación recomendada para ejecutar, sin crear obligaciones adicionales salvo adopción explícita. Acá, los protocolos determinan qué hacer y cómo hacerlo en situaciones específicas, y operan dentro de las políticas y los estándares.

La franja inferior indica el anclaje con misión y visión y con control de gestión, pues desde políticas, estándares y procedimientos se generan indicadores y registros que alimentan el control de gestión y permiten monitorear cumplimiento y desempeño. Ese monitoreo retroalimenta la actualización periódica de las metodologías, de modo que la secuencia sostenga coherencia estratégica, cumplimiento normativo, claridad operativa, capacidad de respuesta y mejora continua.

Figura N° 2: Relación secuencial y anclaje institucional



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2. Aspectos comparativos de políticas, procedimientos y protocolos

La siguiente tabla sintetiza los principales aspectos a considerar en las metodologías, entendidas como políticas, procedimientos y protocolos. En primer término, en las políticas se enfatiza su papel como principios rectores que definen criterios y expectativas. En cuanto a los procedimientos, se precisan las instrucciones operativas paso a paso, los puntos de control y los registros. A su vez, en los protocolos se describe la actuación obligatoria ante contingencias, con foco en tiempos de respuesta y coordinación. De este modo, la lectura cruzada permite identificar definición, naturaleza y alcance, además del tipo de redacción requerida, lo que facilita escoger el instrumento adecuado, asignar responsabilidades y asegurar trazabilidad y control de gestión.

Tabla 2: Cuadro comparativo de las metodologías

METOLOGÍAS / Aspectos	POLÍTICA	PROCEDIMIENTO	PROTOCOLO
Definición	• Constituye la base de procedimientos e instrucciones de la entidad. • Establece pautas y expectativas de quienes gobiernan la entidad. • Incluye declaraciones para requerir el cumplimiento de estándares asociados y requisitos reglamentarios, con foco en resultados deseados y no en los medios de implementación.	• Instrumento mediante el cual se materializan las políticas. • Entregan instrucciones específicas paso a paso. • Se basan en políticas y protocolos fijados por la entidad. • Mientras las políticas entregan pautas u orientación, un procedimiento especifica qué se hará,	• Conjunto formal de reglas, directrices o convenciones que define el comportamiento esperado en situaciones específicas, asegurando orden y respeto. • Establece procedimientos claros y específicos que describen tareas y la

METOLOGÍAS / Aspectos	POLÍTICA	PROCEDIMIENTO	PROTOCOLO
	• Considera los principios rectores de la entidad y su enfoque de servicio. • A diferencia de los procedimientos, no indican exactamente cómo se ejecutará una actividad.	cuándo, quién lo hará y qué registros se deben conservar.	secuencia de las operaciones. • Acompaña el desarrollo de flujos de trabajo y puede incluir diagramas para representar procesos de manera visual.
Naturaleza y alcance	• Abarca desde filosofías generales hasta normas específicas. • A menudo es general e intangible.	• Tangible, conciso, preciso y práctico, con orientación directa a la ejecución.	• Aplicación obligatoria en contingencias o situaciones específicas. • Alcance acotado al evento y a las unidades involucradas. • Prioriza tiempos de respuesta, responsabilidades y coordinación interáreas.
Tipo de redacción requerida	• Normalmente se expresa en formato estándar de frases y párrafos.	• Se expresa con formatos operativos, como diagramas de flujo y listas. • Puede incluir listas de verificación que entregan control adicional para asegurar la correcta ejecución del trabajo.	• Conjunto obligatorio de reglas e instrucciones para la toma de decisiones. • Proporciona un marco estructurado que previene malentendidos y fallas de comunicación, a fin de otorgar seguridad frente a problemas operacionales.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Algunas orientaciones sobre cómo redactar políticas

a) **Título de la política:** Se debe seleccionar cuidadosamente para que sea simple y transmita con claridad el contenido de la política.

b) **Declaración de política y objetivo:** Se debe redactar con exhaustividad y concisión. Esta sección incorpora un párrafo introductorio que explica los objetivos y las razones por las que se redactó la política y, en su caso, el procedimiento vinculado. En definitiva, precisa de qué trata la política.

c) **Ámbito de aplicación:** Señalar el alcance que cubre la política.

d) **Resumen en un párrafo:** Exponer con claridad los fundamentos de la política e incluir, si procede, referencias a normativa externa y elementos de contexto. Consultar información pertinente y buscar términos que describan el tema o la solución al problema que motivó la política. Usar frases iniciales coherentes, por ejemplo “Esta política establece las directrices para…, cuyo objetivo es…”.

e) **Personas afectadas:** Indicar con precisión a quién se aplica o no la política, las personas afectadas, los destinatarios y, si procede, las consecuencias del incumplimiento.

f) **Texto de la política:** Corresponde al cuerpo principal. Proporciona objetivos y metas, estrategias, referencias a cultura, misión y visión de la entidad, así como el procedimiento asociado cuando resulte pertinente.

g) **Formato de esquema o de párrafo:** Incorporar una frase inicial coherente, por ejemplo "La política de la entidad es garantizar o proporcionar…". Según las necesidades, puede incluir:

- Indicar el estado actual de la entidad o de la unidad que motiva la política
- Describir el proceso, la secuencia o el recorrido relacionados con los procedimientos
- Precisar quién realiza o es responsable de la actividad, incluyendo a las personas involucradas en traspasos de funciones
- Señalar dónde y cuándo debe aplicarse
- Explicar cómo la política se vincula con los procedimientos y con los protocolos

h) **Documentación relacionada y referencias:** Identificar con detalle otras políticas o procedimientos vinculados, así como directrices y formularios que acompañan la política, e indicar su ubicación mediante hipervínculo a fuentes internas o externas.

i) **Preguntas de verificación al crear una política**
- ¿Cuál era el problema?
- ¿Cómo se identificó?
- ¿Cuáles fueron las mejoras implementadas, incluyendo herramientas y técnicas?
- ¿Cuál es la situación actual?
- ¿Cómo se mantendrá el cambio?
- ¿Cuál es el resultado medible?
- ¿Cuáles son los beneficios para el personal, para la organización y para terceros relacionados con la entidad?
- ¿Cuáles son las lecciones aprendidas?
- ¿Qué planes existen para difundir la mejora?
- ¿Quién es la persona de contacto clave, incluyendo nombre, correo electrónico y número de teléfono?
- ¿Cuáles son las normas aplicables?

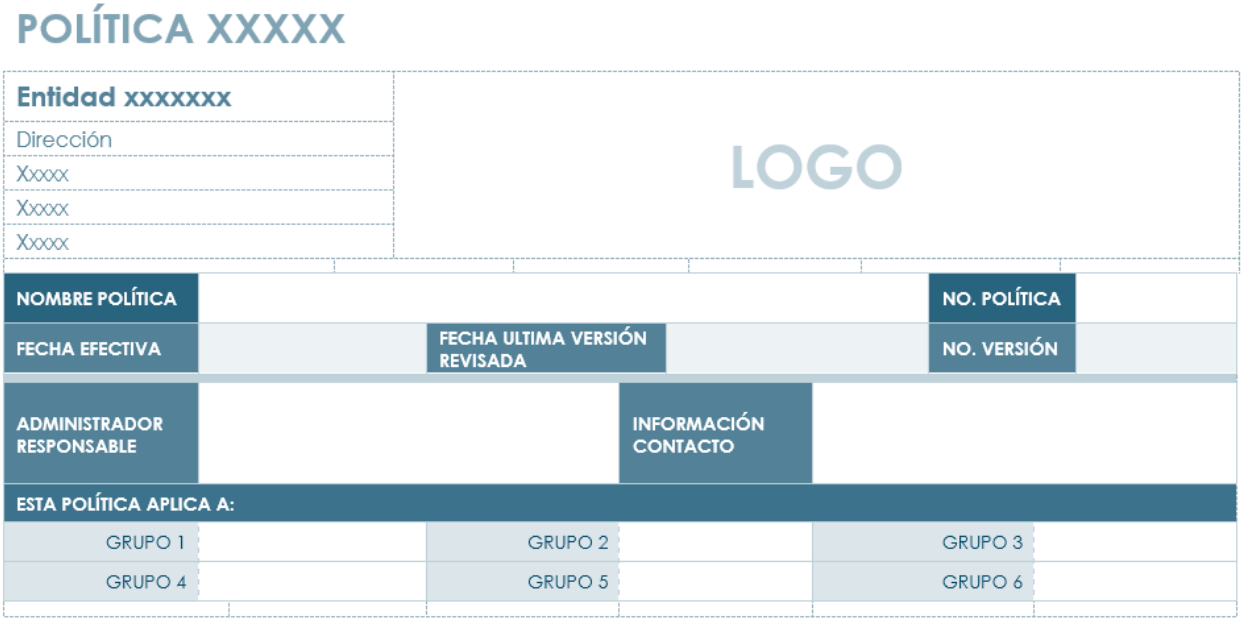
j) **Fecha de entrada en vigor:** Indicar la fecha a partir de la cual rige la política.

k) **Conducta permitida:** Indicar las directrices específicas para un comportamiento aceptable.

l) **Conducta prohibida:** Incluir las restricciones a la conducta de los funcionarios públicos, cuando corresponda.

m) **Definiciones:** Señalar de manera clara definiciones, acrónimos, abreviaturas, formularios, informes, diagramas, modelos, términos poco frecuentes o jerga técnica. Esto contribuye a la claridad de la política y ayuda a prevenir problemas legales.

Figura N° 3: Modelo de Política



POLÍTICA XXXXX

Entidad xxxxxxx	LOGO
Dirección	
Xxxxx	
Xxxxx	
Xxxxx	

NOMBRE POLÍTICA			NO. POLÍTICA	
FECHA EFECTIVA		FECHA ULTIMA VERSIÓN REVISADA	NO. VERSIÓN	
ADMINISTRADOR RESPONSABLE		INFORMACIÓN CONTACTO		

ESTA POLÍTICA APLICA A:					
GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
GRUPO 4		GRUPO 5		GRUPO 6	

[CUERPO: DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA]

HISTORIA VERSIÓN				
VERSIÓN	APROBADO POR	FECHA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	AUTOR

Fuente: https://es.smartsheet.com

3.3.1. Lista mínima de comprobación para políticas eficaces

Esta lista de comprobación permite verificar de manera eficaz la calidad y la eficacia de una política.

Para cada criterio, indicar Sí, No o N/A, a fin de resumir en qué medida la política que se revisa cumple con lo requerido.

Tabla N° 3: Criterios de verificación para políticas institucionales

CRITERIOS PARA VERIFICAR	SÍ, NO, N/A
¿Existe un formato estándar que garantice coherencia?	
a) Plantilla de la página principal	
1. ¿Se indica el nombre de la entidad?	
2. ¿Se indica el título de la política?	
3. ¿El título es sencillo y transmite con claridad el contenido de la política?	
4. ¿Se identifica a la persona responsable de supervisar el cumplimiento de la política?	
5. ¿Se aplica la política y el procedimiento vinculado?	
6. ¿Se consigna la fecha de revisión?	
7. ¿Se identifica a la persona responsable de revisar la política y el procedimiento?	
8. ¿Se registra la fecha y el detalle de los cambios en la política y en el procedimiento vinculado?	
9. ¿Existe control de versiones?	
b) Encabezado del documento	
1. ¿Se indica el nombre de la entidad?	
2. ¿Se indica el nombre de la unidad o grupo si el documento es específico de un área?	
3. ¿Se indica el título de la política?	
4. ¿Se consigna la fecha y el número de versión?	
c) Pie de página del documento	
1. ¿Cada pie de página repite la fecha de emisión y el título de la política?	
2. ¿Aparecen el número de página y el total de páginas, por ejemplo Página 2 de X, en la primera y en las páginas siguientes?	
d) Personas afectadas	
1. ¿Se identifican todas las partes interesadas, colaboradores, personas afectadas, destinatarios y público objetivo?	
e) Declaración de política y objetivo	
1. ¿Está redactada en tercera persona?	
2. ¿Existe introducción y contexto, incluido el alcance?	
3. ¿Existe descripción de la entidad?	
4. ¿Está claro por qué existe la política y la necesidad que aborda?	
5. ¿La política establece el objetivo, por qué se persigue y cómo ayuda a alcanzarlo?	
6. ¿Protege a la entidad o a la unidad de un riesgo específico?	
7. ¿Está claro qué entidad o unidad es la propietaria de la política?	
8. ¿El lenguaje es claro, objetivo y positivo?	
9. ¿Está claro a qué parte de la entidad o unidad se aplica la política, incluidas situaciones, procesos, grupos o personas específicos?	
f) Texto de la política	
1. ¿Existe desglose del proceso que describa recorrido, pasos y secuencia?	
2. Respecto de lo anterior, ¿se identifica quién participa en cada paso, incluidos quienes intervienen en traspasos de funciones?	
3. ¿Se hace referencia a lo siguiente? Acciones específicas; comunicaciones, cómo y con quién; registro, quién, cómo y con qué; normas, reglamentos o legislación externa y requisitos contractuales, por ejemplo	
4. ¿Se hace referencia a otras normas, protocolos o lineamientos de la entidad?	
5. ¿Se identifican las excepciones a la política?	
6. Si procede, ¿se detallan las consecuencias del incumplimiento?	

CRITERIOS PARA VERIFICAR	SÍ, NO, N/A
7. ¿La política es sencilla, clara e inequívoca y evita palabras, acrónimos o términos vagos o susceptibles de malinterpretación?	
8. ¿Se incluye referencia a políticas o fuentes relacionadas para obtener más información?	
9. ¿Se hace referencia a procedimientos, directrices y formularios relacionados?	
10. ¿Se identifica a la persona responsable del documento y se indican sus datos de contacto al final del documento?	
g) Definiciones	
1. ¿Se incluyen definiciones de jerga, siglas o términos utilizados en la política que no quedan completamente explicados en el texto?	
2. ¿Las definiciones de los términos son claras e inclusivas?	

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Algunas orientaciones sobre cómo redactar los procedimientos

Un procedimiento describe objetivos generales, funciones y tareas para las que está diseñado y ejecutado, así como las circunstancias en que debe utilizarse. Además, los pasos de un diagrama de flujo o de una lista de tareas se ordenan en secuencia de principio a fin para facilitar su aplicación.

Consejos prácticos para su elaboración:

a) Detalles de un procedimiento

Se recomienda un enfoque adecuado del asunto a describir. Puede presentarse en formato de esquema paso a paso, como lista de verificación de actividades, como guía para completar formularios o para ingresar datos en sistemas, o como combinación de estas técnicas, a fin de proporcionar información suficiente para su ejecución. Asimismo, deben incluirse definiciones de términos exigidos por el procedimiento o sujetos a distintas interpretaciones. Además, conviene incorporar muestras de documentos necesarios para completarlo y un diagrama de flujo de transacciones rutinarias, cuando corresponda.

b) Reglas básicas para desarrollar procedimientos eficaces

(i) Quien utiliza el procedimiento es un usuario interno o externo, por lo que se redacta pensando en el personal involucrado y no en un público experto. Por lo que se sugiere utilizar el método KISS (Keep it simple and straightforward, que significa “Hazlo sencillo y directo”).
(ii) Desarrollar procedimientos legibles y utilizables en situaciones de estrés, evitando lenguaje y estilo rebuscados.
(iii) Asegurar el acceso de los usuarios al procedimiento. Si el acceso es difícil, es probable que no se utilice y se repitan errores en el sistema de información de la entidad (SIA)[8] verificación sugerida.

[8] Un Sistema de Información Administrativa (SIA) es una aplicación informática cuya función básica es la de actuar como catálogo de información sobre tramitación administrativa. Incluye procedimientos administrativos y servicios dirigidos al ciudadano y también los propios de las Administraciones Públicas.
https://administracion.gob.es/pag_Home/espanaAdmon/SIA.html

c) Redacción del procedimiento

- Mantener una estructura sencilla
  - Usar lenguaje neutro en cuanto al género. Emplear tercera persona plural, por ejemplo, “los funcionarios deberán…”, en lugar de tercera persona singular, por ejemplo, “el funcionario deberá...”.
  - Usar frases cortas con extensión máxima recomendada de 15 palabras.
  - Usar párrafos breves, hasta 100 palabras en políticas y hasta 40 palabras en procedimientos específicos.
  - Usar listas para facilitar la lectura y promover frases cortas.
  - Enumerar pasos para cumplir la política subyacente al procedimiento.
  - Asignar responsabilidades por paso y una acción por paso. Pasos con múltiples acciones pueden generar confusión.
  - No suponer conocimiento previo. Explicar, orientar y definir cuando sea necesario.
  - Ordenar los pasos de manera lógica y cronológica.
  - Numerar con dígitos 1, 2, 3 para facilitar la referencia.
  - Usar encabezados para organizar la información, facilitar la búsqueda y comprender el flujo.
  - Mantener coherencia. La repetición controlada de términos familiares aumenta la comprensión.
  - Eliminar palabras sin valor. Escribir y luego editar para crear frases cortas y suprimir información innecesaria. Por ejemplo, preferir “a menudo” frente a “en la mayoría de los casos”, “antes” frente a “previamente” y “porque” frente a “debido al hecho de que”. No corresponde emular un estilo académico ni un informe a la jefatura.
  - Usar definiciones y terminología acordadas para garantizar coherencia en todas las políticas y los procedimientos.
  - Usar la plantilla acordada de políticas y procedimientos. La presentación coherente mejora la legibilidad.
  - Reafirmar el uso de definiciones acordadas para sostener la coherencia.

- Usar lenguaje cotidiano de comprensión inmediata
  - Preferir palabras cortas de una o dos sílabas.
  - Preferir palabras de uso común, por ejemplo, “usar” en lugar de “utilizar”.
  - Usar voz activa en lugar de pasiva, por ejemplo, “los funcionarios deben denunciar los delitos en el ejercicio de sus funciones…”, en vez de “Los delitos deben ser denunciados por los funcionarios en el ejercicio de sus funciones…”.
  - Comenzar con verbo de acción, por ejemplo, “enviar el formulario a la Dirección de la entidad”
  - Ser directo. Escribir con claridad y eliminar giros informales.
  - Evitar abreviaturas y siglas. Si resultan necesarias, explicar primero el término completo y luego la sigla, por ejemplo, Servicio de Impuestos Internos SII.
  - Evitar exceso de detalle. Referenciar documentos relacionados en la intranet o en el sitio institucional, cuando corresponda.

- Ser específico. “Decir lo que se piensa y pensar lo que se dice”.
  - Sustituir expresiones ambiguas, por ejemplo, “enviar el procedimiento de tesorería”.
  - Si la acción es obligatoria, emplear “debe” o “hará”.
  - Si la acción es recomendación o admite excepciones justificadas, usar “debería”.
  - Si la acción es permisiva, usar “puede”.
  - Evitar “deberá”, salvo que exista requisito legal o normativo que prescriba su uso, pues genera ambigüedad entre obligatoriedad y recomendación.

- Evitar información de rápida obsolescencia que exija modificaciones frecuentes.
  - Usar títulos de funciones en lugar de nombres propios cuando sea posible. Los nombres individuales pueden consignarse en la plantilla inicial con responsables y fecha de revisión.
  - Proporcionar enlaces a páginas web genéricas en lugar de específicas, cuando sea posible.

3.5. Algunas orientaciones sobre cómo redactar los protocolos

En términos generales, los protocolos son procedimientos concretos que contribuyen al contenido de la política. Constituyen herramientas internas que establecen de manera específica qué podría suceder, cuándo y quién debe participar en el proceso. Asimismo, pueden entenderse como una forma de actuar derivada de una directriz más discrecional, influida por un requerimiento contractual, legal o incluso convencional. En esencia, los protocolos fortalecen la capacidad de reacción del personal frente a problemas concretos.

Asimismo, los protocolos reflejan o prevén escenarios a los que pueden verse enfrentadas las entidades. Por ejemplo, el uso de un extintor, la administración de un medicamento a una persona usuaria para evitar un problema mayor de salud o la evacuación de un edificio en caso de incendio o sismo.

La principal diferencia entre procedimientos y protocolos radica en que los protocolos se centran en cómo debe comportarse el personal ante un problema mayor o una emergencia, mientras los procedimientos detallan cómo deben ejecutarse las tareas. En el ámbito de la atención de salud, los procedimientos describen los pasos para administrar medicamentos o realizar una cirugía, asegurando la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento. En ese mismo contexto, un protocolo corresponde a un procedimiento acotado y de uso restringido para una emergencia, por ejemplo qué hacer ante un paro cardiorrespiratorio.

Como forma de reforzar lo anterior, a continuación se ofrece un ejemplo sobre el funcionamiento de un dispositivo electrónico:

Tabla N°4: Matriz de actuación SI/ENTONCES

SI: Ocurre la condición necesaria	Entonces: Realizar la acción requerida
Si suena la alarma	1. Se detiene la línea de inmediato. 2. A continuación, se verifica el monitor para localizar el problema. 3. Luego, se verifica el equipo para confirmar la ubicación 4. Finalmente, se notifica al equipo de mantenimiento.
Si la luz roja parpadea	1. Se comprueba si existe mensaje en el sistema de advertencia. 2. En ausencia de mensaje, se ejecuta una verificación del sistema. 3. Si la verificación no detecta problemas, se apaga la luz y se presenta un informe de la situación.
Si el indicador se mueve fuera del rango normal	1. Se vuelve a verificar la lectura. 2. Luego, se activa la verificación del sistema. 3. Si no hay indicios de mal funcionamiento, se notifica de inmediato al supervisor de turno.

Fuente: Elaboración propia.

A modo de colofón, se consolidan los criterios que diferencian y articulan políticas, procedimientos y protocolos, con estándares y directrices como soportes complementarios. En consecuencia, se recomienda asegurar coherencia con misión y visión, fortalecer el modelo de control interno, definir responsabilidades y trazabilidad, y garantizar accesibilidad y actualización documental. Asimismo, conviene institucionalizar plantillas, ciclos de revisión y control de versiones, junto con la capacitación del personal, De este modo, la entidad refuerza la prevención del fraude, la respuesta ante contingencias y la mejora continua.

Tabla N°5: Cuadro comparativo de características de una buena política y un buen procedimiento.

Características de una buena política	Características de un buen procedimiento
• Las declaraciones de política abordan el QUÉ de la norma y no el CÓMO de su aplicación.	• Los procedimientos se vinculan con las políticas. Explicitar esta relación ayuda a alcanzar objetivos y plan estratégico, y favorece comprensión y cumplimiento.
• Además, se mantienen coherentes con misión, cultura, estrategia y visión institucional.	• Se desarrollan pensando en las personas usuarias. Los procedimientos bien diseñados proporcionan beneficios a quienes los ejecutan.
• Asimismo, no presentan solapamientos ni contradicciones con otras políticas o procedimientos.	• Asimismo, se promueve sentido de pertenencia entre quienes los utilizan, por lo que resulta útil involucrarlos en su desarrollo.
• Se redactan con lenguaje claro, conciso y sencillo, de manera que no existan dudas ni ambigüedades.	• Son comprensibles y permiten que todas las personas usuarias sigan con facilidad lo que se debe hacer.
• Cuentan con contenido y nivel de detalle suficientes y adecuados.	• Cuando corresponde, ofrecen opciones al usuario, ya que la excesiva restricción puede limitar utilidad y eficacia.
• En consecuencia, siempre buscan un resultado y son implementables.	• Se publican de manera accesible, actualizable y consultable.
• Se sustentan en investigación suficiente y cumplen la legislación y las normas aplicables.	
• Además, abordan problemáticas necesarias y de interés institucional	
• Consideran de manera adecuada los aportes y comentarios de las partes interesadas.	
• Son capaces de implementarse.	
• Se publican de manera accesible, actualizable y consultable.	
• Cuentan con formato estándar para su aplicación.	

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Uso de lenguaje claro y normas comunes para metodologías

De acuerdo con el Ordinario 468 de 2021, que establece recomendaciones sobre el uso de lenguaje claro en la interacción con la ciudadanía, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, los órganos de la Administración del Estado deben fortalecer la capacidad de entregar, de forma clara y comprensible, la información solicitada por las personas respecto de los servicios que se brindan.

Ahora, si bien las directrices se enfocan en el ejercicio de la función pública al servicio de las personas y en la manera en que las instituciones del Estado se relacionan con la comunidad, sus lineamientos constituyen buenas prácticas para la construcción de políticas, procedimientos y protocolos por parte de los equipos de auditoría interna.

En efecto, la falta de comunicación clara por parte de los servicios públicos deteriora la percepción que tienen las personas respecto de la Administración del Estado. Por lo tanto, para cumplir los estándares de calidad de atención, se requiere una relación transparente, directa y fluida con las personas usuarias internas y externas.

En términos generales, el objetivo del lenguaje claro es transmitir con precisión y de forma directa los mensajes de los órganos de la Administración del Estado a la ciudadanía y al personal, facilitando el entendimiento. Esto impacta positivamente a los servicios públicos, ya que incrementa la confianza en el Estado, mejora la eficiencia en el uso de los recursos públicos y promueve la integridad, la probidad, la transparencia y el acceso a la información pública, lo que fortalece la democracia y la participación ciudadana[9].

Para alcanzar este objetivo se proponen las siguientes recomendaciones de lenguaje claro:

- Redactar oraciones con estructura del lenguaje Sujeto Verbo Objeto, (abreviado comúnmente en la tipología lingüística como “SVO”).
- Considerar párrafos breves con extensión no superior a 90 o 100 caracteres, en coherencia con los límites señalados previamente.
- Usar espacio suficiente entre párrafos para favorecer la legibilidad.
- Usar negrita solo cuando sea necesario para resaltar información relevante o que resuelva el trámite ciudadano de las personas. Evitar su extensión más allá de una línea.
- Evitar siglas y tecnicismos. Utilizarlos solo cuando resulten estrictamente necesarios y explicar previamente el término completo para favorecer la comprensión.
- Limitar referencias extensas a leyes, decretos o resoluciones al fundamentar. Cuando sea necesario, mencionar solo la idea central.
- Evitar transcribir normas de difícil comprensión. Preferir un resumen explicativo que entregue contenido claro para la ciudadanía.
- Elaborar al final del acto administrativo o del documento un resumen del razonamiento y de la decisión adoptada.
- Evitar información innecesaria que no se relacione con lo solicitado.
- Entregar respuestas consistentes. La información debe entenderse en una primera lectura
- Resolver por separado cada petición cuando se formulen varias en un mismo trámite

[9] A partir de experiencias internacionales, en 2017 se estableció en Chile la Red de Lenguaje Claro, instancia interinstitucional público-privada destinada a impulsar iniciativas y medidas que promuevan, difundan y faciliten el lenguaje claro en entidades privadas y en los órganos de la Administración del Estado. Entre sus integrantes se cuentan la Biblioteca del Congreso Nacional, la Cámara de Diputados, el Consejo para la Transparencia, la Contraloría General de la República, el Poder Judicial, la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y el Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

- Orientar sobre la tramitación a seguir cuando el órgano requerido no sea competente para responder o resolver un trámite ciudadano

Asimismo, las buenas prácticas de lenguaje claro recomiendan usar lenguaje inclusivo y no sexista en todas las unidades de los servicios públicos y en todo tipo de comunicación.

Cabe destacar, que se deben considerar las características del destinatario como individuo, por ejemplo, edad, condición de persona migrante o pertenencia a pueblos originarios, entre otros aspectos.

Por último, se sugiere elaborar resúmenes ejecutivos de la normativa aplicable a cada servicio, disponibles en los canales institucionales a fin de informar debidamente a los distintos estamentos.

IV. CUATRO HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE METODOLOGÍAS

Con el fin de apoyar la construcción de políticas, procedimientos y protocolos, se presentan cuatro herramientas de uso recurrente que apoyan a entidad en el modelamiento y en la toma de decisiones. En todos los casos corresponde considerar la intervención de las partes interesadas, a fin de asegurar pertinencia y legitimidad técnica.

Cabe señalar, que cuando se decida utilizar una u otra herramienta, estas deben estudiarse en profundidad. En consecuencia, lo desarrollado a continuación tiene carácter didáctico y busca explicar su funcionamiento y los atributos propios de cada una.

4.1. Matriz de asignación de responsabilidades

La matriz de asignación de responsabilidades RACI (por su sigla en inglés), es una técnica que permite identificar áreas funcionales con ambigüedades en los procesos, visibilizar diferencias y resolverlas mediante colaboración interfuncional.

Caber recordar, que el acrónimo RACI describe cuatro roles clave:

- **Responsable (R):** La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea o actividad para completarla. Son quienes realizan el trabajo.

- **Aprobador (A):** La única persona que tiene la autoridad final y la responsabilidad de que la tarea o el entregable se complete correctamente. Aprueba el trabajo del responsable y rinde cuentas por el resultado.

- **Consultado (C):** Personas o grupos cuyos conocimientos o aportaciones son necesarios para completar la tarea. La comunicación es bidireccional y se solicita su opinión antes de tomar una decisión.

- **Informado (I):** Personas o grupos que deben mantenerse actualizados sobre el progreso o los resultados de la tarea, pero que no participan directamente en su ejecución o aprobación. La comunicación es unidireccional.

Se sugiere explicitar estas categorías en la leyenda de la matriz para asegurar interpretación consistente.

La RACI ayuda a determinar quién hace qué y quién apoya. Además, resulta útil al conformar equipos y cuando surgen nuevas tareas incorporadas a sus responsabilidades.

Asimismo, permite que las personas encargadas del mismo nivel organizacional o de distintos niveles o programas participen activamente en un debate centrado y sistemático sobre las descripciones de proceso y las acciones requeridas para ofrecer un producto o servicio final satisfactorio. No obstante, no todas las responsabilidades recaen en quienes ejecutan. Además, la RACI contribuye a asignar la responsabilidad a quien puede asumirla efectivamente. Con frecuencia, ello desplaza la responsabilidad hacia el nivel más adecuado, ya sea hacia arriba o hacia abajo.

También, la RACI puede utilizarse para aclarar conceptos, mejorar la distribución del trabajo y alcanzar acuerdos que involucren a todas las partes y permanezcan en el tiempo.

Ahora bien, la RACI puede implementarse de distintas maneras, por ejemplo:

- Por el equipo en su conjunto. Si bien puede demandar tiempo, favorece un alto grado de compromiso y comprensión.

- Por un subgrupo del equipo. Suele ser más eficiente. Luego, corresponde una revisión por todo el equipo y un acuerdo sobre el contenido del diagrama.

- Por cada integrante del equipo. Posteriormente, el equipo confirma las áreas con consenso y discute las divergencias para alcanzar un acuerdo final.

- Por la jefatura del equipo. Aunque puede ser el método más eficiente en tiempo, se requiere discusión del equipo para garantizar comprensión clara de las responsabilidades.

a) Configuración de la matriz de asignación de responsabilidades

Las partes principales de la RACI se muestran en la tabla siguiente. Estas partes deben etiquetarse para configurar el diagrama. En particular:

(i) Definir el propósito: Precisar el proyecto o trabajo que se desea comprender constituye el primer paso para utilizar la matriz. El propósito se ubica en la parte superior.

(ii) Definir las personas involucradas en el proceso.

(iii) Definir las tareas a realizar: Enunciar las tareas con el nivel de detalle adecuado para comprender el proceso de análisis. Este nivel puede ajustarse según las necesidades de la entidad o de la unidad. No obstante, no es obligatorio enunciar todas las tareas con el mismo detalle. Por lo que se sugiere alcanzar el detalle que asegure comprensión y buena distribución de responsabilidades

Reglas básicas para guiar las asignaciones:

- Debe haber solo una R por tarea.
- Se asigna una letra por persona y por tarea. No se admiten dos letras en una misma casilla.
- Una tarea tiene una sola R y puede acompañarse de otras letras en distintas casillas cuando resulte necesario.

Se recomienda construir la matriz o diagrama en Excel u otra hoja de cálculo facilita la edición posterior a la reunión. A medida que surjan nuevas tareas, agregarlas a la tabla existente asegura claridad en las responsabilidades

b) Ejemplo práctico de matriz RACI

A continuación, se presenta un ejemplo de aplicación de la matriz RACI, cuyo propósito es determinar la distribución de responsabilidades financieras en una organización pública.

Tabla N°6: Ejemplo ilustrativo de matriz RACI para funciones financieras

Persona o rol	Unidad de Presupuesto	Jefatura de Servicio	Unidad de Finanzas	Dirección de Administración y Finanzas
Elaborar propuesta presupuestaria anual	R	I	C	A
Obtener aprobación presupuestaria interna	A	R	C	I
Rendir viáticos y pasajes	I	I	C	R
Emitir informe mensual de ejecución presupuestaria	R	I	C	A
Gestionar compras menores o iguales al umbral interno	I	I	C	R
Gestionar compras superiores al umbral interno	I	R	C	A

Fuente: Elaboración propia.

Leyenda adoptada: Una vez completada la configuración inicial de la matriz o diagrama, se asignan letras en cada recuadro:

(R) Responsable de ejecutar la tarea o de asegurar su realización (cada tarea debe contar con al menos una R).

En seguida, se asignan las letras A, C o I según corresponda al proceso.

(A) Persona que ayuda a R en la ejecución. Ayudar implica colaboración en la ejecución, sin participar en decisiones sobre qué hacer o cómo hacerlo.

(C) Persona que asesora a R en la tarea. Asesorar implica trabajo colaborativo y responsabilidad significativa en la realización.

(I) Persona informada sobre el estado del trabajo, incluida su finalización, sin participación directa en planificación o realización.

Notas explicativas de uso:

- Se sugiere documentar el “umbral interno” de compras en la política de adquisiciones para asegurar trazabilidad y control.
- La U de finanzas mantiene rol de asesoría y no de ejecución.
- La jefatura de servicio concentra la responsabilidad en decisiones finales de alto impacto y en compras sobre umbral, mientras la DAF apoya la tramitación y control operativo.

4.2. Análisis de costo-beneficio

El análisis de costo-beneficio (ACB, por su acrónimo en inglés) es un método para sopesar ventajas y desventajas de implementar un plan de acción. Asimismo, permite determinar con precisión si una oportunidad justifica el tiempo y la energía de la entidad, siempre que se identifiquen y cuantifiquen de manera realista todos los costos y los beneficios asociados.

El análisis se desarrolla en tres etapas:

(i) **Identificación de costos**: Comprende la identificación de todos los costos potenciales en que se incurrirá al implementar la acción propuesta:

- Listar los costos monetarios a lo largo del ciclo de vida del proyecto, incluidos puesta en marcha, licencias, nómina, capacitación, viajes y recursos humanos H/H (verificación sugerida).
- Listar los costos no monetarios como consumo de tiempo, procesos imperfectos, riesgos potenciales e impactos en la reputación de las personas involucradas.
- Asignar valores monetarios a los costos anteriores y, para asegurar comparabilidad temporal, expresarlos según el método del valor actual, es decir, valor del dinero en el tiempo con tasa de descuento. Si no es posible medir con facilidad, referenciar precios de mercado.
- Sumar todos los costos previstos para obtener el valor total.

(ii) **Identificación de beneficios:** Registra los beneficios previstos asociados a la acción. A continuación se identifican y cuantifican como resultado de su implementación exitosa, siguiendo pasos análogos a la fase anterior:

- Listar los beneficios monetarios que se obtendrán tras la implementación y con posterioridad.
- Listar los beneficios no monetarios como mayor satisfacción de personas usuarias internas y externas y del personal, junto con mejoras en fiabilidad, durabilidad y reputación institucional.
- Asignar valores monetarios a los beneficios identificados y expresarlos también en valor actual.
- Sumar todos los beneficios previstos para obtener el valor total.

(iii) **Evaluación conjunta de costos y beneficios:** Consiste en comparar costos y beneficios para determinar la viabilidad de la acción. Para ello se sugiere seguir los pasos siguientes:

- Comparar los valores totales de costos y beneficios. Si los costos superan ampliamente a los beneficios, se concluye que el proyecto no es una inversión viable en tiempo y recursos.
- Si los valores son aproximadamente iguales, conviene reevaluar costos y beneficios y revisar el análisis, ya que con frecuencia se omiten elementos o se cuantifican de forma incorrecta.
- Si los beneficios superan ampliamente a los costos, se concluye que la acción es potencialmente viable, por lo que corresponde evaluarla en mayor profundidad como oportunidad realista.

Figura N° 3: Planilla de análisis de costo-beneficio

TÍTULO DEL PROYECTO					
AUTOR		FECHA		VERSIÓN	0.0.0

TABLA BÁSICA DE ANÁLISIS DE COSTO-BENEFICIO						
ACCIÓN PROPUESTA / ALTERNATIVA	BENEFICIOS	IMPACTO EN LOS BENEFICIOS ALTO=3 MEDIO=2 BAJO=1	COSTOS	IMPACTO EN LOS COSTOS ALTO=3 MEDIO=2 BAJO=1	PROPORCIÓN BENEFICIOS / COSTOS	CLASIFICACIÓN

Fuente: https://es.smartsheet.com

4.3. Diagrama de flujo

Se trata de uno de los métodos más utilizados, ya que facilita describir y analizar procesos.

a) Un diagrama de flujo es:

- Una representación gráfica que muestra los pasos de un proceso.
- Aplicable a tareas rutinarias y a procesos de alta complejidad.
- Proporciona documentación clara del proceso.
- Permite examinar cómo se relacionan los pasos del proceso entre sí.
- Ayuda a detectar lagunas y fuentes potenciales de problemas.
- Sirve para organizar información que luego se utiliza al redactar procedimientos.
- Entrega una visión esquemática del procedimiento que ofrece un concepto visual rápido del flujo de trabajo.
- Permite a quienes redactan procedimientos esbozar diagramas mientras observan la tarea y entrevistan al personal, a fin de asegurar el orden correcto.
- Utiliza bloques de acción conectados por flechas que indican la secuencia de pasos.
- Incluye puntos de decisión en rombos, conectados a las acciones mediante flechas.

b) Procedimiento general para crear diagramas de flujo:

- **Paso 1**: Definir el proceso: Enumerar los pasos clave involucrados.
- **Paso 2**: Dibujar el diagrama: Colocar los pasos en bloques conectados por flechas.
- **Paso 3**: Verificar la lógica y analizar el diagrama de flujo.

Considerar las preguntas siguientes:

- ¿Son necesarios todos los pasos?
- ¿Se puede eliminar alguno?
- ¿Falta algún paso?
- ¿Dónde pueden producirse retrasos?
- ¿Se puede simplificar el proceso?
- ¿Qué pasos se pueden realizar en paralelo?

c) Tipos de diagramas de flujo:

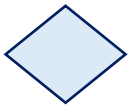
- Formato vertical: El flujo va de arriba hacia abajo. Presenta una lista ordenada de operaciones con la información necesaria, según el propósito
- Formato horizontal: El flujo va de izquierda a derecha
- Formato panorámico: El proceso completo se representa en una sola lámina, lo que facilita una lectura rápida, incluso para personas no familiarizadas. Registra acciones simultáneas en líneas verticales y horizontales y la participación de varios puestos o unidades, aspectos que el formato vertical no muestra
- Formato arquitectónico: Describe el recorrido de una forma o de una persona sobre el plano del área de trabajo. En términos generales, el primero es eminentemente descriptivo, mientras que los demás son fundamentalmente representativos

d) Simbología y significado:

A continuación, se presenta la simbología básica utilizada en los diagramas de flujo y su significado asociado:

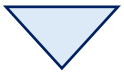
– Óvalo o elipse: Inicio y término del diagrama abre y/o cierra el flujo.

– Rectángulo: Actividad que representa la ejecución de una o más actividades o procedimientos.



– Rombo: Decisión que formula una pregunta o cuestión.

– Círculo: Conector que representa el enlace de una actividad con otra dentro de un procedimiento.



– Triángulo boca abajo: Archivo definitivo que guarda un documento en forma permanente.

– Triángulo boca arriba: Archivo temporal que proporciona un tiempo limitado para el almacenamiento del documento.

e) Simbología y normas del flujograma:

Se trata de la simbología más común y práctica en flujogramas administrativos, que describe el flujo de información en una entidad, sus procesos y sus sistemas de control. Esta simbología permite una impresión visual de los procedimientos y una interpretación clara y lógica.

– Círculo: Procedimiento estandarizado.

– Cuadrado: Proceso de control.

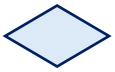
– Línea ininterrumpida: Flujo de información mediante formulario o documentación en soporte de papel escrito.

– Línea interrumpida: Flujo de información mediante formulario digital.

– Formulario o documentación: Se representa con un ancho doble respecto de su altura.

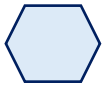
– Valor o medio de pago, cheque, pagaré, entre otros: Se representa con un ancho cuádruple respecto de su altura, manteniendo el mismo ancho que los formularios.

– Semi óvalo: Demora.



– Rombo: División entre opciones.

– Trapezoide: Carga de datos al sistema.



– Hexágono: Proceso no representado.

– Pentágono: Conector.

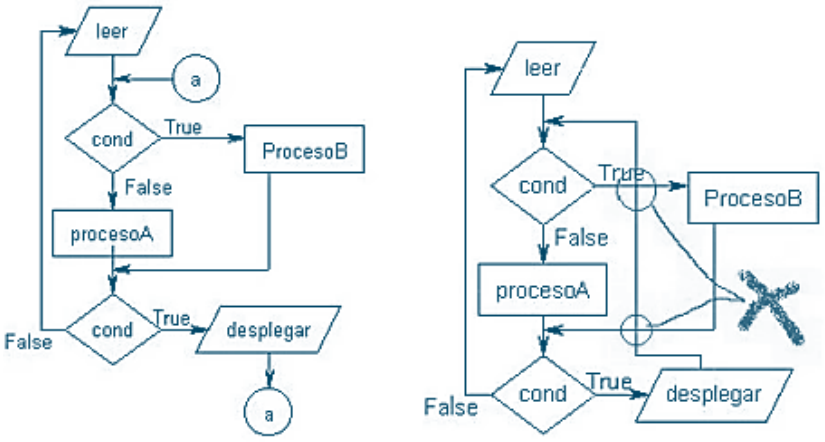
– Cruz de diagonales: Destrucción de formularios.

f) Reglas de los diagramas de flujo[10]:

Las reglas siguientes orientan la construcción coherente y legible de los diagramas:

- Debe indicar claramente dónde inicia y dónde termina el diagrama.
- Cualquier camino del diagrama debe llevar siempre a una terminal de fin.
- Organizar los símbolos de manera que el flujo se lea visualmente de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- Evitar el uso de lenguaje de programación dentro de los símbolos.
- Centrar el diagrama en la página para facilitar su lectura.
- Mantener las líneas en sentido vertical u horizontal, evitando líneas diagonales.
- Evitar cruzar las líneas de flujo, empleando conectores adecuados y evitando su uso excesivo:

Figura N° 4: Uso correcto e incorrecto de conectores para evitar cruces en las líneas de flujo

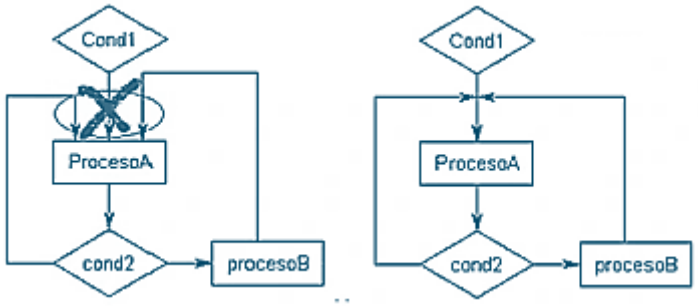


Fuente: https://temas-de-programacion.blogspot.com/2009/03/3-diagramas-de-flujo.html

- No fraccionar el diagrama mediante el uso excesivo de conectores, de modo de conservar un flujo continuo y legible
- Solo debe llegar una única línea de flujo a cada símbolo. No obstante, pueden confluir varias líneas de flujo en otras líneas de conexión.

[10] https://tercero2analisisd.wordpress.com/2012/07/21/diagramas-de-flujo/

Figura N° 5: Figura 5. Uso correcto e incorrecto de líneas de flujo que ingresan a un símbolo



Fuente: https://temas-de-programacion.blogspot.com/2009/03/3-diagramas-de-flujo.html

- Las líneas de flujo deben entrar a cada símbolo por la parte superior o izquierda y salir por la parte inferior o derecha.

- Procurar que el diagrama no sobrepase una página. Cuando ello no sea posible, se sugiere enumerar los segmentos y emplear los conectores correspondientes.

- Usar lógica positiva, es decir, ejecutar los procesos cuando la condición sea verdadera y expresar las condiciones de manera clara. Por ejemplo, se sugiere preferir “a = b” en lugar de formulaciones negativas equivalentes.

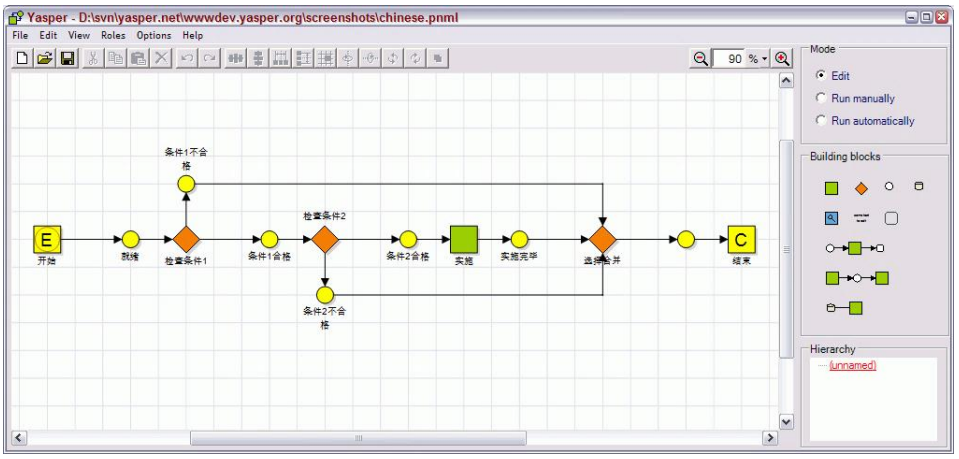
- Incluir comentarios al margen solo cuando resulte estrictamente necesario para la comprensión del diagrama.

g) Herramientas tecnológicas de acceso libre y de pago previa suscripción:

A continuación, se presentan algunas aplicaciones de uso frecuente para el modelamiento y la documentación de procesos.

- **Yasper® (acceso libre):** Herramienta para modelar y simular procesos de negocio paso a paso, mediante diagramas basados en redes de Petri, que permite representar gráficamente el flujo de trabajo, verificar la lógica del proceso, identificar cuellos de botella y analizar distintos escenarios antes de su implementación.

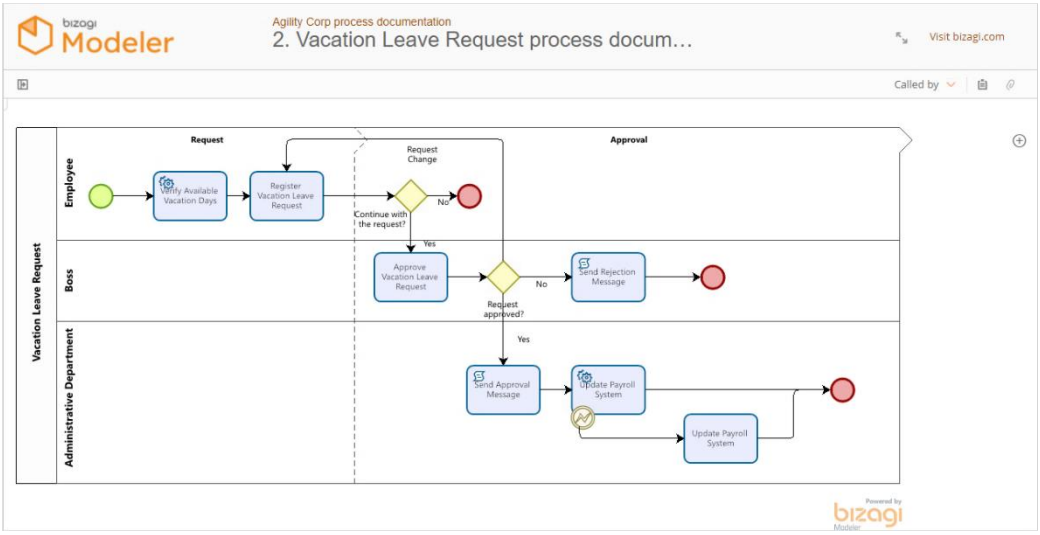
Figura N° 6: Ejemplo ilustrativo de modelamiento de procesos en Yasper®



Fuente: https://www.yasper.org/screenshots.html

- **Bizagi Modeler® (acceso libre):** Software intuitivo, basado en el estándar de modelado y notación de procesos de negocio (por sus siglas en inglés, BPMN), que permite diseñar y documentar de manera sistemática los procesos institucionales, identificar brechas y oportunidades de mejora, y generar diagramas y reportes exportables para su análisis y difusión.

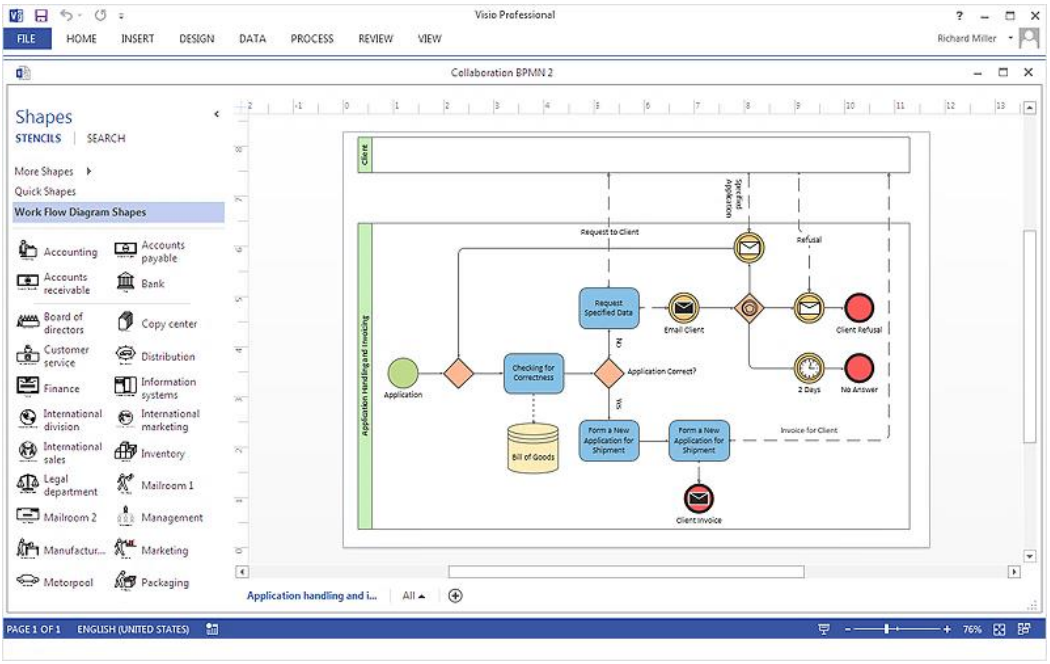
Figura N° 6: Ejemplo ilustrativo de modelamiento de procesos en Bizagi Modeler®



Fuente: https://help.bizagi.com/platform/es/index.html?creating_a_documentation_porta.htm

- **MS-Visio® (acceso pagado):** Aplicación de diagramación y gráficos vectoriales que forma parte de Microsoft 365, y que permite diseñar flujogramas, organigramas y otros diagramas técnicos mediante plantillas y símbolos prediseñados, facilitando la documentación y la comunicación visual de procesos y estructuras institucionales.

Figura N° 7: Ejemplo ilustrativo de modelamiento de procesos en **MS Visio®**.



Fuente: https://www.conceptdraw.com/examples/open-business-proces

- **SmartArt® (funcionalidad gratuita integrada en Microsoft 365):** Conjunto de herramientas de gráficos que permite crear, de forma rápida y guiada, esquemas visuales como procesos, jerarquías, ciclos, líneas de tiempo y relaciones. Facilita transformar texto en diagramas claros y estructurados dentro de aplicaciones como Word, PowerPoint y Excel, mejorando la comprensión y la presentación de la información institucional.

Fuente: https://support.microsoft.com/es-es/office/crear-un-diagrama-de-flujo-con-smartart

4.4. Mapas mentales

Un mapa mental es una técnica que permite crear o registrar ideas de manera creativa, pero estructurada. Puede utilizarse de forma individual como herramienta de lluvia de ideas, para apoyar la preparación de una presentación o como medio para tomar notas durante una reunión o conferencia.

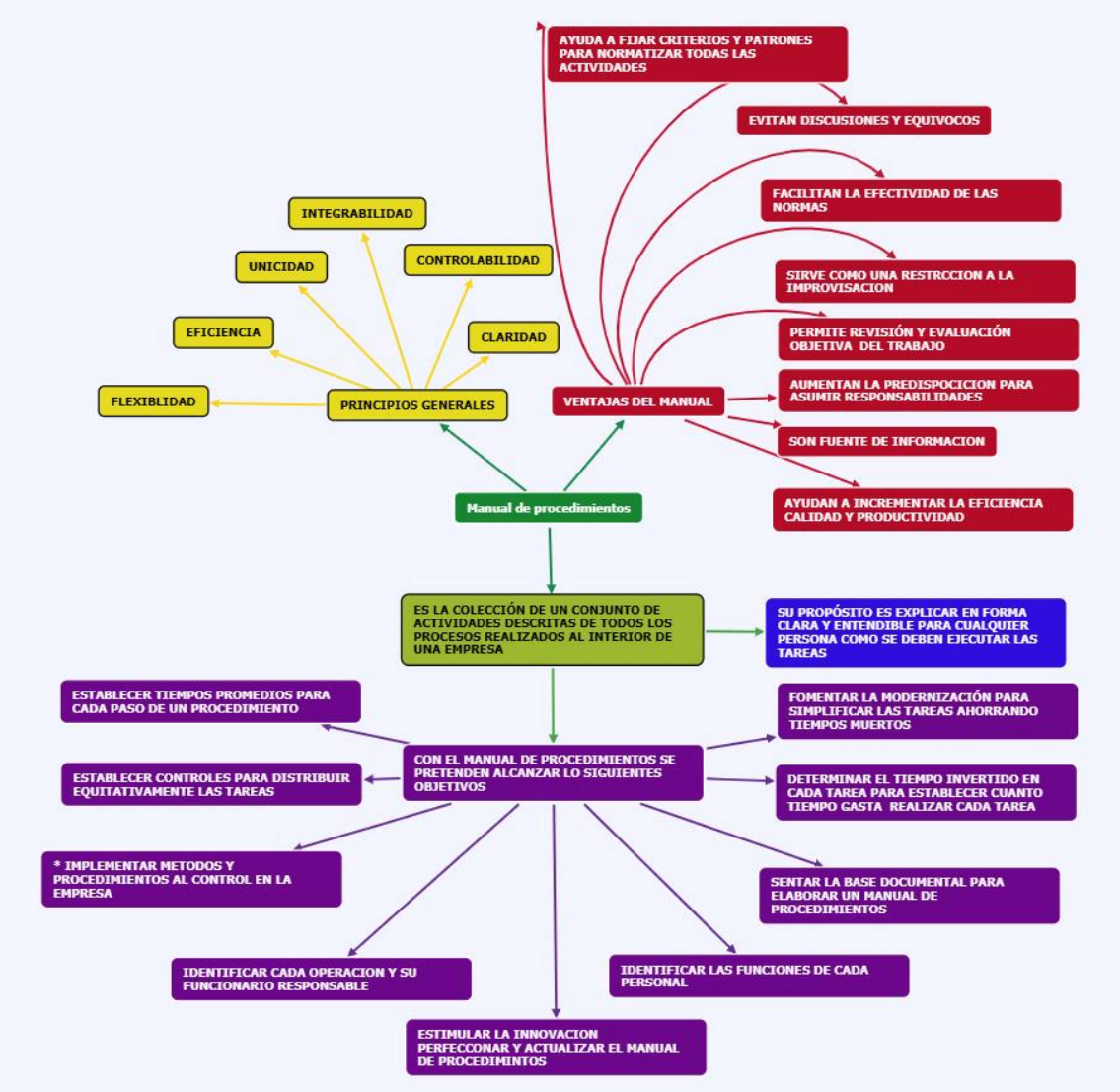
La principal ventaja de un mapa mental es que permite vincular las ideas a medida que surgen, de forma libre, en lugar de limitarse a anotarlas de manera lineal para revisarlas y analizarlas posteriormente. Además, puede resultar muy eficaz para la lluvia de ideas grupal, ya que no es necesario que todas las personas participen de manera simultánea y pueden ir incorporando aportes en distintos momentos.

El procedimiento general para su elaboración es el siguiente:

- **Paso 1**: Identificar el problema o la cuestión. A continuación, escribir el problema o la cuestión en un círculo u otra figura geométrica, ubicado en el centro de una hoja.
- **Paso 2**: Ramificar el círculo, dibujando las ideas iniciales como ramas que parten desde el centro y, enseguida, vincular a cada rama las ideas relacionadas. Cada rama se desarrolla hasta que se agotan las ideas, para luego continuar con otra.
- **Paso 3**: Revisar y dejar que el mapa mental siga evolucionando. Puede resultar conveniente mantenerlo visible, por ejemplo en una pared, durante algunos días, de modo que el equipo de trabajo pueda ir añadiendo ideas a medida que surjan.
- **Paso 4**: Una vez completados los pasos anteriores, recopilar y organizar las ideas, para luego priorizar el curso de acción. El mapa mental resultante sirve de insumo para delimitar la política, el procedimiento o el protocolo que se diseñará.

A continuación, se ilustra un ejemplo aplicado de mapa mental.

Figura N° 4: Mapa mental de principios, ventajas y objetivos del manual de procedimientos institucional



Fuente: https://www.mindomo.com/es/mind-maps/manual-de-procedimientos-ec867d4941d54fe58049bec80d5c11e8

V. METODOLOGÍAS ANTIFRAUDE

Previamente se analizó en forma genérica los elementos importantes para construir y/o definir las metodologías para gestionar una organización, en este apartado se revisarán algunos aspectos de las metodologías antifraude.

5.1. Fraude versus riesgo de fraude

Existen muchas definiciones sobre lo que constituye un incidente de fraude. En términos generales, la mayoría coincide en que la palabra fraude es más cercana a delito, pues denota un hecho que ha sido investigado y perseguido por los entes persecutores y que debe, a su vez, ser probado ante un tribunal de justicia. Tal como se ha expuesto en diversos Documentos Técnicos del CAIGG, el fraude adquiere múltiples formas, pudiendo definirse como la obtención de algo de valor mediante engaño.

Sin embargo, para los efectos de la gestión del riesgo de fraude, lo relevante es considerar si una entidad presenta vulnerabilidades en sus procesos y controles que podrían explotarse para obtener algo de valor mediante dicho engaño. A efectos de este documento, el riesgo de fraude puede definirse de la siguiente manera[11]:

“La vulnerabilidad a la que se enfrenta una organización por parte de personas capaces de combinar los tres elementos del Triángulo del Fraude (oportunidad, motivo, racionalización), procedentes de fuentes internas o externas a la organización”.

A la hora de considerar los riesgos de fraude, el hecho de que un defraudador sea condenado o no resulta menos importante que garantizar el refuerzo de los controles existentes, con el objeto de mitigar las vulnerabilidades al fraude.

La gestión proactiva del riesgo de fraude es un proceso sistemático de identificación y mitigación de riesgos. A modo de ejemplo, no se espera a que se produzca un robo en una entidad para decidir qué se debe cerrar las puertas con llave. Si se han producido delitos en el sector en que la entidad tiene sus oficinas, la probabilidad de que ocurra un robo se hace mayor. Del mismo modo, si se mantienen objetos de valor sin pólizas de seguro, el impacto ante un incidente es aún mayor.

En el presente capítulo se entregan algunas directrices metodológicas previas que buscan apoyar la confección de políticas, procedimientos y protocolos antifraude. Complementariamente, el lector deberá consultar aquellos Documentos Técnicos del CAIGG que profundizan temáticas como la gestión de riesgos, los sesgos cognitivos y la investigación interna, entre otras.

5.2. Criterios transversales para el desarrollo de metodologías antifraude

Este apartado presenta lineamientos prácticos que pueden adaptarse a la realidad de cada entidad para fortalecer sus metodologías antifraude.

a) Crear una cultura antifraude

Pilar N° 1: Exposición al fraude:

- Identificar los principales factores de riesgo de fraude en la entidad.

[11] GAO, 2018, “Program Integrity: The Antifraud Playbook”, the US.

- Utilizar la documentación existente, los conocimientos acumulados, las auditorías previas y las entrevistas para recopilar esta información.
- Determinar la importancia de esos factores en relación con los demás, basándose en cuáles resultan más preocupantes.
- Cuantificar los factores de riesgo, determinando el nivel al que exponen a la entidad y a sus programas al riesgo de fraude.
- Utilizar esta información para centrar los esfuerzos en los programas y áreas más susceptibles al fraude.

Pilar N° 2: Dónde se está y dónde se quiere estar:

- Revisar el modelo de madurez del programa antifraude de la entidad.
- Adaptar aquellos aspectos de interés para que se ajusten a las circunstancias específicas y a los objetivos estratégicos de la entidad, según sea necesario.
- Evaluar los esfuerzos actuales de la entidad en la lucha contra el fraude.
- Identificar el objetivo institucional de la entidad, basándose en su nivel actual de madurez, la exposición al fraude y otros factores clave, como su tamaño.
- Determinar las diferencias entre el nivel actual de madurez y el estado objetivo definido.
- Reconocer y considerar los factores ambientales que podrían afectar al logro del objetivo, como los factores políticos, legislativos y de recursos, entre otros factores ESG.
- Elaborar una hoja de ruta para alcanzar el objetivo, teniendo en cuenta los factores ambientales identificados en el paso anterior.

Pilar N° 3: El fraude más que una palabra:

- Coordinar el desarrollo de materiales, como señales de alerta, listas de verificación, folletos y carteles, para apoyar la concienciación sobre el fraude y describir los posibles fraudes y riesgos de fraude.
- Organizar eventos o actividades de concienciación sobre el fraude que se celebren periódicamente y en los que participen todos los niveles de la entidad, incluida la participación de las jefaturas de servicio.
- Difundir información sobre las iniciativas contra el fraude y sobre casos de éxito, con el fin de reforzar la confianza en la integridad del programa y en las iniciativas implementadas.
- Incorporar con frecuencia debates sobre el fraude en las actividades diarias, por ejemplo, mediante el análisis de temas relacionados con el fraude en reuniones periódicas con las partes interesadas o con los equipos de trabajo.

Pilar N° 4: Crear el equipo ideal contra el fraude:

- Establecer un equipo contra el fraude compuesto por las personas idóneas para ejecutar la estrategia de la entidad, utilizando las pautas internas de acción y las buenas prácticas de organismos como COSO, ACFE u otros.
- Definir funciones y responsabilidades claras para el equipo contra el fraude.
- Coordinar las funciones y responsabilidades del equipo con instituciones competentes.
- Evaluar los riesgos de fraude en toda la entidad, mediante la supervisión del proceso de evaluación de riesgos de fraude.
- Coordinar entre las unidades institucionales para optimizar las actividades de gestión de riesgos por ejemplo, controles internos, pagos indebidos y gestión de riesgos empresariales y desarrollar o revisar las respuestas a los riesgos de fraude y las actividades de mitigación.

- Comunicar de manera sistemática para aumentar la concienciación sobre el fraude en toda la entidad.
- Capacitar, desarrollar e impartir formación contra el fraude y campañas de concienciación. La capacitación frecuente puede ayudar a abordar el desafío de enfrentar esquemas de fraude cada vez más sofisticados y cambiantes.

b) Identificar y evaluar

Pilar N° 5: Pensar como un defraudador:

- Identificar los esquemas de fraude interno a los que se expone la entidad. En este análisis se puede recurrir al Árbol del Fraude de la ACFE.
- Identificar los esquemas de fraude externo. Para ello, se puede iniciar el proceso mediante la identificación de los distintos actores externos que pueden cometer fraude, tales como concesionarios, proveedores, beneficiarios incluidos quienes se hacen pasar por beneficiarios y contratistas.
- Desarrollar un mapa de riesgos de fraude utilizando los recursos que ofrece el CAIGG y otros recursos externos e intergubernamentales disponibles, con el fin de comprender los posibles puntos de entrada del fraude en la entidad.

Pilar N° 6: Descubrir lo que no se sabe:

- Identificar el punto de partida dentro de la unidad de análisis, es decir, el programa o programas específicos o la función o funciones que se evaluarán en primera instancia.
- Utilizar el mapa de riesgos de fraude para identificar los tipos de riesgos de fraude interno y externo a los que se enfrenta el punto de partida elegido.
- Identificar la técnica o las técnicas preferidas de evaluación de riesgos que se emplearán en el análisis.
- Recopilar información sobre los controles y procesos existentes.
- Determinar si los controles y procesos existentes podrían ser explotados o eludidos y de qué manera ocurriría.
- Evaluar la probabilidad y el impacto de los esquemas de fraude que puedan materializarse.
- Documentar los resultados de la evaluación de riesgos. Ello incluye registrar la puntuación de probabilidad e impacto, los controles existentes y cualquier deficiencia identificada. Por ejemplo, se pueden documentar las puntuaciones finales de probabilidad e impacto para determinados tipos de fraude, junto con las deficiencias detectadas en los controles en el mapa de riesgos de fraude.
- Traducir los esquemas de fraude en riesgos específicos. Por ejemplo, si el esquema de fraude analizado se refiere a un contratista que factura en exceso por sus servicios, los riesgos específicos que se pueden identificar incluyen que los contratistas facturen por bienes o servicios no proporcionados, lo que genera pérdidas financieras para la entidad.
- Determinar la tolerancia al riesgo de fraude a nivel institucional.
- Priorizar los riesgos en función de los resultados de la evaluación y de la tolerancia al riesgo de fraude. A modo de ejemplo, los riesgos pueden priorizarse según las puntuaciones de probabilidad e impacto o de acuerdo con las prioridades estratégicas. En cualquier caso, se debe considerar en qué medida las actividades de control vigentes mitigan la probabilidad y el impacto de los riesgos y verificar si el riesgo remanente supera la tolerancia al riesgo de fraude.
- Desarrollar respuestas para mitigar la probabilidad y el impacto de los riesgos, incluida la identificación de los responsables de cada actividad. Una respuesta oportuna y adecuada a los riesgos de fraude resulta imprescindible para una gestión eficaz de dichos riesgos.

- Documentar el perfil de riesgo de fraude. Este perfil constituye un resumen de los resultados del proceso de evaluación del riesgo de fraude y debe incluir, como mínimo, los esquemas de fraude de alta prioridad, la probabilidad y el impacto, la tolerancia al riesgo, la priorización del riesgo, las actividades de respuesta y la persona o unidad dueña del proceso.
- Informar los resultados. Estos deben resumirse y comunicarse a las partes interesadas pertinentes de la entidad. No es necesario ni recomendable difundir información sobre la tolerancia al riesgo de fraude fuera de la entidad ni fuera de la Alta Dirección. La reticencia a compartir esta información no debe ser motivo para omitir la evaluación.
- Evaluar la eficacia de la evaluación de riesgos y ajustar el proceso en función de las lecciones aprendidas, los casos de éxito y los escollos superados.
- Repetir y actualizar este proceso para la unidad evaluable seleccionada de forma iterativa, a medida que se obtenga experiencia y maduren los esfuerzos de gestión. Una evaluación del riesgo de fraude no es una actividad puntual, sino un proceso que debe efectuarse periódicamente para cada unidad evaluable.
- Ampliar la evaluación de riesgos a otras áreas o unidades evaluables, de acuerdo con el enfoque definido.
- Agregar los resultados de cada unidad evaluable en la que se realice una evaluación de riesgos, con el fin de desarrollar una visión a nivel de entidad sobre el riesgo de fraude e identificar tendencias y patrones.

c) Prevenir y detectar

En esta sección se presentan lineamientos para fortalecer las capacidades de prevención y detección de fraude en la entidad, articulando criterios analíticos, formativos y de coordinación interna y externa.

Pilar N° 7: Construir sobre lo que se dispone:

- Solicitar opiniones a los directores de programas y a las jefaturas sobre qué tipo de medidas contra el fraude resultan más útiles.
- Identificar otras medidas existentes de las que se pueda aprender o que se puedan ampliar y coordinar con las personas responsables de dichas medidas para consolidarlas. Es posible que estas personas también aporten ideas que convenga considerar a medida que el programa avance.
- Crear una estrategia de comunicación que transmita estas medidas de consolidación a toda la entidad y coordinar su implementación con el equipo antifraude y con otras instancias pertinentes.

Pilar N° 8: Buscar resultados tempranos al iniciar el análisis de fraudes:

- Identificar el punto de partida del análisis.
- Identificar todos los datos disponibles relacionados con el punto de partida. Por ejemplo, si el foco es el fraude en compras o adquisiciones, se pueden priorizar los datos disponibles de los proveedores.
- Identificar un modelo de análisis o un conjunto de pruebas que se adapte mejor al área de interés.

Entre los modelos de análisis más comunes y sencillos que se pueden considerar se incluyen los siguientes:

- Análisis basado en reglas: Esta técnica a nivel de transacción se orienta a prevenir el fraude común basado en patrones conocidos y se centra en los datos transaccionales que no se ajustan a las reglas aceptadas por la entidad. Esta técnica permite identificar desviaciones respecto de los procedimientos esperados y orientar investigaciones adicionales.

- Detección de anomalías: Esta técnica se centra en investigar transacciones para identificar valores atípicos en comparación con grupos similares, basándose en patrones desconocidos. Este tipo de análisis puede ayudar a la entidad a aprender patrones en los datos que sugieren posibles fraudes e identificar comportamientos anormales que no se ajustan a los patrones habituales, es decir, valores atípicos.

Pilar N° 9: Mantener un paso adelante:

- Utilizar los primeros esfuerzos y resultados analíticos para identificar un punto de partida que permita implementar capacidades analíticas más avanzadas, poniendo énfasis en áreas de mayor riesgo, en áreas con grandes volúmenes de datos disponibles o en esquemas y patrones de fraude que hayan surgido de las primeras pruebas analíticas.
- Determinar qué modelo o modelos analíticos son más adecuados para el área objetivo.

Entre los modelos analíticos más evolucionados que se pueden considerar se incluyen:

- Análisis predictivo: Esta técnica puede identificar atributos no observados que dan lugar a sospechas de fraude, basándose en casos conocidos. Por ejemplo, el modelo analítico podría rechazar automáticamente un pago cuando se presenta una serie de características fraudulentas conocidas. Habitualmente, el análisis predictivo utiliza técnicas de aprendizaje automático y no solo marca las transacciones para su posterior investigación.

- Análisis de redes o enlaces: Esta técnica puede ser útil para descubrir fraudes organizados y asociaciones entre personas involucradas, mediante el uso de análisis de redes sociales y la búsqueda de patrones vinculados. Por ejemplo, una persona puede no resultar sospechosa por sí sola, pero al aplicar un análisis de enlaces sus vínculos pueden aparecer relacionados con esquemas de fraude conocidos que requieren un examen más detallado.

- Análisis de texto: Esta técnica analiza sintaxis y contenido en busca de señales de alerta de fraude, mediante la identificación de patrones de texto.

- Revisar los resultados y remitir los casos apropiados a las instancias competentes para su investigación.
- Implementar los modelos y pruebas de análisis que se hayan elegido.
- Identificar y comunicar los hallazgos y las recomendaciones basados en los resultados a las partes interesadas pertinentes.
- Evaluar la eficacia de los modelos y pruebas analíticas para detectar y prevenir el fraude.
- Repetir y actualizar este proceso de forma iterativa, a medida que se obtenga aprendizaje de los modelos analíticos y de las pruebas aplicadas y a medida que los esfuerzos de la entidad maduren.
- Ampliar el análisis a otras áreas, en particular a aquellas de alto riesgo identificadas mediante la evaluación del riesgo de fraude y a otros escenarios de fraude frecuentes.

Pilar N° 10: Capacitar al personal:

- Utilizar los recursos disponibles para diseñar el programa de capacitación contra el fraude.
- Definir las necesidades de formación, identificando las áreas débiles a partir de la evaluación de riesgos de fraude, los informes y conclusiones de auditoría y los riesgos comunes en la entidad, entre otros elementos.

- Seleccionar el público objetivo en función de las necesidades de formación definidas e incluir a todas las partes interesadas internas y externas pertinentes. La formación dirigida a contratistas y proveedores externos puede ser tan eficaz como la dirigida al personal de planta.
- Desarrollar objetivos de aprendizaje específicos y medibles, por ejemplo "las personas responsables de adquisiciones serán capaces de analizar posibles escenarios utilizando un enfoque de cuatro pasos para identificar señales de alerta de fraude en las adquisiciones".
- Seleccionar el método de formación que mejor se adapte al público objetivo, como cursos impartidos por un instructor, cursos en línea, seminarios web o ayudas para el trabajo. Cuando sea posible, vincular la formación con créditos de desarrollo profesional continuo, a fin de incentivar la participación.
- Redactar contenido específico para la entidad que explique qué constituye fraude, cómo el fraude perjudica a todos los miembros de la organización y cómo identificar y denunciar actividades sospechosas.
- Impartir una formación interactiva y atractiva. Incluir estudios de casos y ejercicios prácticos que permitan al personal aplicar habilidades y comportamientos que favorecen el aprendizaje y la retención del material.
- Evaluar la eficacia y el impacto de la formación en relación con los objetivos de aprendizaje establecidos, utilizando una metodología consolidada, por ejemplo una encuesta previa y posterior a la formación que permita comparar el nivel de comprensión de habilidades y conceptos antes y después del curso. Ajustar el enfoque y los materiales en función de los resultados.
- Adaptar la formación para abordar nuevos esquemas de fraude, cambios normativos, actualizaciones de políticas u otros factores emergentes.
- Promover oportunidades de formación adicionales y otros recursos que contribuyan a educar al personal sobre los tipos de fraude a los que la entidad es especialmente susceptible.

Pilar N° 11: Conocerse a sí mismo y a la entidad:

- Solicitar información a las personas encargadas de programas de control, gestión de riesgos, liderazgo y otras iniciativas de integridad de programas de toda la entidad, respecto de las medidas antifraude y de los datos disponibles.
- Recopilar datos de toda la entidad para crear una fuente centralizada de información relacionada con el fraude.
- Crear un espacio formal para que el personal presente ideas o iniciativas potencialmente incidentes que puedan impactar a toda la entidad.

Pilar N° 12: Compartir es cuidar:

- Identificar aquellas entidades que pueden contribuir a los esfuerzos antifraude, ya sea porque son similares o porque tienen un enfoque distinto en sus programas o iniciativas contra el fraude que pueda complementar el enfoque actual.
- Utilizar estos espacios para comprender qué se requiere para iniciar o desarrollar capacidades analíticas, aprendiendo de quienes ya han recorrido ese camino. Al mismo tiempo, compartir las experiencias propias con otras entidades.
- Solicitar opiniones sobre las iniciativas que ha implementado la entidad, con el fin de obtener comentarios sobre los desafíos y factores de éxito. Por ejemplo, si varios programas u oficinas han participado en foros intergubernamentales, se puede indagar qué prácticas han resultado más efectivas para lograr avances.
- Crear un entorno en el que las distintas entidades y sus equipos se sientan motivados a compartir éxitos y fracasos, a reconocer el valor de estos intercambios y a participar activamente en dichos

foros. Participar en foros organizados por otras instituciones públicas para compartir y aprender de manera recíproca.

Pilar N° 13: Incorporar y aprovechar fuentes externas:

- Identificar las fuentes de datos externas que puedan ayudar a la entidad a combatir el fraude en sus distintas funciones y programas.
- Comprender los posibles pasos legales o procedimentales que se deben seguir para acceder a fuentes de datos externas.
- Respaldar a las unidades clave de la entidad, como el área jurídica y el departamento de tecnologías de la información, para avanzar hacia el establecimiento de acuerdos de intercambio de datos o el uso de servicios compartidos.
- Actualizar de forma rutinaria las fuentes de datos, con el fin de identificar nuevas fuentes relevantes que ayuden a prevenir y detectar el fraude.

Pilar N° 14: Establecer un ciclo de retroalimentación:

- Establecer un circuito de retroalimentación para compartir los resultados de las investigaciones de fraude cerradas y las auditorías completadas con los equipos de lucha contra el fraude y de análisis de datos. En el desarrollo del programa, el equipo antifraude debe actuar como principal punto de contacto con la entidad.
- Compartir la información y las lecciones aprendidas relacionadas con las investigaciones de fraude cerradas con las oficinas de programa correspondientes, a fin de mejorar políticas, procesos y controles.
- Promover los resultados de las investigaciones exitosas para crear conciencia sobre los esquemas de fraude y destacar el impacto positivo de su detección y detención.
- Utilizar los recursos existentes proporcionados por los distintos organismos. Por ejemplo, recurrir a los recursos web del CAIGG.
- Fomentar la participación en eventos y cursos de formación contra el fraude de la entidad. El equipo antifraude debe comunicar estas oportunidades a las partes interesadas pertinentes.
- Invitar a representantes de otros organismos competentes a participar en cursos de formación y en eventos de sensibilización sobre el fraude.
-

Pilar N° 15: Actuar:

- Desarrollar un plan que describa cómo se responderá a los casos de fraude identificados. Por ejemplo, establecer un procedimiento de denuncia para remitir los posibles casos de fraude.
- Identificar los posibles incidentes de fraude.
- Priorizar los posibles incidentes de fraude. La priorización se puede realizar de diversas maneras, entre ellas:

  - Priorizar los posibles incidentes de fraude en función del nivel de interés de las partes interesadas o del posible daño reputacional, otorgando mayor prioridad a aquellos incidentes identificados en áreas de alto interés.

  - Priorizar los posibles incidentes de fraude en función del nivel de riesgo, dando mayor prioridad a los incidentes detectados en áreas que han sido evaluadas como de alto riesgo.

- Revisar los posibles incidentes de fraude y remitir los casos pertinentes al área jurídica u otras instancias competentes para su investigación en mayor profundidad. Desde la perspectiva de la

entidad, la revisión puede incluir la eliminación de falsos positivos, la recopilación de información adicional y la verificación de hechos y circunstancias.
- Efectuar un seguimiento de la situación reportada.
- Identificar y difundir las lecciones aprendidas, con el fin de informar y mejorar las actividades de gestión del riesgo de fraude.
- Coordinar con los organismos competentes para determinar qué información y documentación de apoyo se requiere para iniciar una investigación y cómo debe compartirse de manera segura y oportuna.

Pilar N° 16: Comprobar el progreso:

- Determinar el tipo de actividades de supervisión y evaluación que se implementarán. Al definirlas, se recomienda considerar lo siguiente
- Incluir una combinación de supervisión continua y evaluaciones independientes de áreas específicas.
- Asegurar que el alcance sea exhaustivo e incluya los diferentes componentes del programa antifraude, tales como las iniciativas de sensibilización y formación, las evaluaciones del riesgo de fraude y los análisis de datos.
- Utilizar las actividades de monitoreo existentes como base del proceso de prueba.
- Establecer el alcance y la frecuencia de las actividades de seguimiento y evaluación.
- Definir criterios de medición adecuados que apoyen la supervisión y evaluación de las actividades de gestión del riesgo de fraude.
- Evaluar los resultados de las actividades de supervisión y evaluación en función de los criterios de medición establecidos.
- Corregir las deficiencias identificadas a partir de los resultados de las actividades de supervisión y evaluación.
- Comunicar los resultados de las actividades de supervisión y evaluación a las partes interesadas pertinentes.

En conjunto, estos pilares pueden ser de utilidad para estructurar una metodología antifraude coherente y progresiva, que va desde la instalación de una cultura institucional sólida hasta la identificación, evaluación, prevención y detección sistemática de los riesgos de fraude. Su aplicación integrada facilita que las entidades fortalezcan sus controles, orienten sus esfuerzos de manera focalizada y desarrollen capacidades para anticiparse a nuevas modalidades de fraude. De este modo, los pilares actúan como una hoja de ruta para consolidar un enfoque antifraude maduro, dinámico y alineado con los estándares de integridad requeridos al sector público.

5.3. Integración de los pilares y continuidad metodológica

Las metodologías antifraude aquí descritas no deben entenderse como elementos aislados, sino como componentes interdependientes de un sistema que evoluciona en función del contexto institucional y de los riesgos detectados. La construcción de una cultura sólida, la identificación y evaluación rigurosa de riesgos, y el diseño de mecanismos de prevención y detección conforman un ciclo continuo que retroalimenta la toma de decisiones y permite fortalecer las políticas, procedimientos y protocolos antifraude.

En este sentido, la eficacia del sistema depende de su implementación integrada, de la actualización permanente de los análisis y de la capacidad institucional para adaptarse a nuevas modalidades de fraude. Este enfoque dinámico y sistemático constituye la base para asegurar una gestión antifraude

robusta, alineada con los principios de integridad pública y con los estándares exigidos a las entidades del Estado.

VI. EJEMPLO DE PROCEDIMIENTO ANTIFRAUDE - PROCEDIMIENTOS PARA GESTIONAR CONFLICTOS DE INTERESES[12]

Para una mejor comprensión de la teoría expuesta, se presenta un ejemplo de una metodología, específicamente un procedimiento preventivo antifraude, que aborda un tema relevante, como es el conflicto de interés en las decisiones de una organización.

Para el desarrollo de políticas y procedimientos relacionados con los conflictos de interés, se debe distinguir, en primer término, a quienes no tienen responsabilidad de rendir cuentas de quienes sí están obligados o llamados a hacerlo.

Para una mejor comprensión del asunto, este capítulo se aborda en dos partes. La primera analiza la problemática de los conflictos de interés que enfrentan los funcionarios públicos sin línea de mando en el ejercicio de sus actividades y labores gubernamentales. La segunda se refiere a los funcionarios que se desempeñan como jefes de servicio, con personal a su cargo, que deben actuar, decidir, contratar u obligar en nombre del Estado.

Sin embargo, existe una responsabilidad compartida entre los funcionarios públicos sin línea de mando y aquellos que sí la tienen, sea por ley o por decreto, para gestionar todos los conflictos de interés que puedan revelarse en el ejercicio de sus funciones. Los conflictos de interés requieren una consulta abierta y honesta por parte de todas las partes implicadas, de modo que puedan gestionarse de forma adecuada y eficaz.

Los riesgos asociados a los conflictos de interés no siempre pueden eliminarse. En consecuencia, las estrategias de gestión tienen por objeto mitigar estos riesgos hasta un nivel aceptable y tolerable.

Así las cosas, en algunas circunstancias los conflictos de interés pueden ser inevitables y su existencia no tiene por qué suponer, en sí misma, una conducta indebida por parte del funcionario implicado.

No obstante, se deberían considerar medidas apropiadas cuando dicho funcionario se encuentre en alguna de las situaciones siguientes:

- No identifica un conflicto, cuando se espera razonablemente que sí lo identifique.
- No evita un conflicto que podría haberse evitado.
- No denuncia un conflicto inevitable, en su calidad de representante funcionarial.
- Toma medidas sobre un conflicto para beneficiar sus intereses personales o privados.
- No coopera en la gestión de un conflicto.
- No cumple o ignora la política o el procedimiento establecido para tales efectos.

6.1. ¿Qué se entiende por conflicto de interés?

La ley N°20.880 sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, en su artículo 1 inciso tercero establece que existe conflicto de interés en el ejercicio de la función pública cuando concurren simultáneamente el interés general propio del ejercicio de las funciones y un interés particular, sea o no de carácter económico, pecuniario o no pecuniario, de quien ejerce dichas funciones

[12] Se recogen y adaptan ideas de NSW Police en Procedures for Managing Conflicts of Interest (Professional Standards Command, Australia, 2014).

o de los terceros vinculados a esa persona que determine la ley, o cuando concurren circunstancias que le restan imparcialidad en el ejercicio de sus competencias.

A su vez, el artículo 2 de dicha ley señala que toda persona que desempeñe funciones públicas, cualquiera sea la calidad jurídica en que lo haga, debe ejercerlas en conformidad con la Constitución y las leyes, con estricto apego al principio de probidad, advirtiendo que la inobservancia de dicho principio acarrea las responsabilidades y sanciones que la Constitución o las leyes determinen, según corresponda.
De lo anterior se desprende que un conflicto de interés puede implicar obtener una ventaja personal, así como evitar o minimizar una desventaja personal. En otros términos, un conflicto de interés puede permitir evitar una pérdida, un gasto u otra situación que tenga un impacto negativo en los intereses personales o privados del funcionario.

a) Interés público

Un funcionario público tiene el deber de anteponer siempre el interés público a sus intereses personales o privados cuando desempeña sus funciones y responsabilidades oficiales o cuando surge un conflicto relacionado con su empleo, tanto si está de servicio como fuera de este.

Actuar en interés público significa desempeñar las funciones y responsabilidades oficiales en beneficio del público, de manera justa e imparcial, y tomar decisiones que no se vean afectadas por intereses o valores personales, opiniones privadas, afiliaciones ni por la posibilidad de obtener ganancias o evitar pérdidas personales.

b) Interés privado

El interés privado, por el contrario, se define de manera general como cualquier aspecto personal de la vida privada que afecte las funciones oficiales que el funcionario está llamado a ejercer. Asimismo, los intereses privados pueden incluir intereses sociales, ideológicos, comunitarios, profesionales y comerciales, así como los de personas y grupos con los que se relaciona, incluidos amigos, familiares, asociaciones gremiales, empresas, grupos comunitarios afines, rivales y enemigos.

c) Intereses pecuniarios financieros

Los intereses pecuniarios implican cualquier situación en la que exista la posibilidad de que un funcionario público o sus relacionados obtengan un beneficio económico. Estos intereses no implican necesariamente un intercambio de dinero. También existen cuando una persona familiar o relacionada es propietaria de bienes, posee acciones u ocupa un cargo en una empresa que interactúa o puede interactuar con una entidad pública y las decisiones del funcionario pueden beneficiarla.

d) Intereses no pecuniarios no financieros

Un interés no pecuniario no tiene componente financiero. Este tipo de interés puede implicar relaciones personales o familiares o la participación en actividades sociales, políticas, religiosas, deportivas o culturales, que podrían influir o percibirse como influyentes en el juicio o en las decisiones de la persona funcionaria.

Por otra parte, las opiniones, los prejuicios y las actitudes también pueden representar un interés no pecuniario. Si estos elementos no pueden dejarse de lado en el desempeño de la función pública, pueden dar lugar a un conflicto de interés. Incluso cuando el funcionario logra separar esos puntos de vista personales, otras personas pueden considerarlos como un conflicto en sí mismo.

e) Deberes y responsabilidades oficiales

Estos deberes y responsabilidades incluyen lo que se exige a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones. Tales deberes y responsabilidades se describen en la declaración de valores, en el código de conducta y ética y en otras políticas y directrices de la entidad. Sin embargo, todos estos instrumentos valóricos se aplican con independencia de que el funcionario se encuentre de servicio o fuera de este, por ejemplo, en vacaciones, días administrativos o permiso legal.

6.2. Tipos de conflictos de interés

Diversos organismos internacionales (OCDE, UN, FATF) reconocen la existencia de al menos tres tipos de conflictos de interés, a saber, reales, percibidos y potenciales. Cada uno de ellos presenta los mismos riesgos personales y organizacionales y, por lo tanto, deben gestionarse adecuadamente.

(i) Conflictos de interés real: Se producen cuando existe un conflicto entre las funciones o responsabilidades oficiales y los intereses privados.

(ii) Conflictos de interés percibido: Se configuran cuando otras personas pueden considerar que los intereses privados interfieren o influyen de manera indebida en el desempeño de las funciones o responsabilidades oficiales, con independencia de que ello ocurra efectivamente o no.

(iii) Conflictos de interés potencial: Se presentan cuando los intereses privados pueden interferir o influir en las funciones o responsabilidades oficiales en el futuro.

6.2.1. Tipos específicos de conflictos de interés

- Afiliaciones políticas: Las afiliaciones políticas deberían mantenerse siempre en el ámbito estrictamente privado y no deben entrar en conflicto con el deber primordial de los funcionarios públicos de servir a la comunidad y al gobierno de manera imparcial y políticamente neutral. Asimismo, los funcionarios públicos tienen el mismo derecho a la libertad de expresión y de asociación políticas que los demás miembros de la comunidad. Sin embargo, no deben ejercer ese derecho de tal forma que se coloquen a sabiendas en una posición que cree, o pueda crear, un conflicto de interés con su cargo, ni emitir comentarios que puedan interpretarse como propios de la entidad para la cual trabajan.

- Algunas manifestaciones de conflictos de interés: El alcance y la amplitud de la actividad pública, las funciones públicas individuales y la gran diversidad de intereses personales de los funcionarios públicos hacen imposible enumerar todos los posibles conflictos de interés. Sin embargo, se reconocen algunas situaciones frecuentes que suelen estar sujetas a políticas y directrices institucionales. Entre ellas se encuentran la recepción de regalos y beneficios, los empleos secundarios, los comentarios en los medios de comunicación, los comentarios públicos, los patrocinios, la divulgación de información privilegiada, las referencias personales, el uso de recursos, las adquisiciones y las contrataciones, entre otros supuestos.

- Situaciones de alto riesgo que pueden dar lugar a conflictos de interés:

  - Ejercicio de facultades discrecionales, por ejemplo, atender incidentes en los que estén involucrados familiares, amigos u otros funcionarios fuera de servicio.
  - Desempeño de funciones reguladoras, por ejemplo, otorgar o conceder licencias a personas relacionadas sin cumplir requisitos establecidos.

- Recopilación, conservación, acceso y uso de información confidencial sobre privados u otros funcionarios públicos, valiéndose de sistemas institucionales, por ejemplo, utilizar información sensible para fines personales, como averiguar datos personales de una víctima para entablar una relación o utilizar información de forma inadecuada sin autorización.
- Mantener contacto o relaciones con medios de comunicación que puedan dar lugar a la divulgación inadecuada de información, por ejemplo, divulgar métodos confidenciales de operaciones policiales o de fiscalización.
- Operar en comunidades aisladas y pequeñas sin rotación, por ejemplo, tener o desarrollar relaciones personales cercanas con miembros de la comunidad.
- Mantener una relación amorosa con otro miembro del personal.
- Investigar a otros funcionarios públicos en situaciones que no se condicen con el cargo ni con la función, por ejemplo, investigar a un jefe de servicio.
- Revisar decisiones que fueron tomadas anteriormente por el mismo funcionario.

Ahora bien, en caso de duda sobre la existencia de un conflicto, corresponde discutir el asunto con el superior jerárquico o con el área jurídica.

6.3. Directrices sobre conflictos de interés de funcionarios públicos sin línea de mando

En este contexto, para gestionar eficazmente los conflictos de interés, los funcionarios implicados deberían ser capaces de cumplir con las etapas siguientes:

a) Identificar el conflicto;

b) Evitar el conflicto, cuando sea posible;

c) Informar del conflicto;

d) Cooperar en la gestión del conflicto;

e) Supervisar el conflicto hasta que se resuelva con la jefatura de servicio.

En cada una de estas etapas, el funcionario público implicado tiene la responsabilidad de tomar las medidas adecuadas para gestionar el conflicto en aras del interés público.

a) Identificar el conflicto

El conflicto de interés más difícil de reconocer es, con frecuencia, el propio y, por lo tanto, puede que no siempre resulte fácil identificarlo. Podría cometerse el error de suponer que no existe un conflicto de interés, a menos que se trate de un conflicto real, lo que puede significar que el conflicto no se gestione hasta que se convierta en un problema efectivo.

Los conflictos de interés percibidos y potenciales, que se mencionaron supra, suelen caracterizarse por las opiniones o percepciones de otras personas. Si no se ha identificado y gestionado un conflicto de interés, las percepciones de terceros pueden poner en duda la integridad de las personas y de la entidad, incluso cuando no haya existido mala fe. Estas situaciones resultan especialmente difíciles de gestionar en contextos de crisis, por ejemplo, cuando existe un alto interés de los medios de comunicación. En consecuencia, es necesario que la entidad aplique estrategias para enfrentar el conflicto con antelación.

Para identificar los conflictos de interés, el propio funcionario debería hacerse, al menos, las preguntas siguientes:

- ¿Podría una persona funcionaria considerar o percibir razonablemente un conflicto de interés en estas circunstancias?
- Teniendo en cuenta los intereses personales, ¿podría la participación del funcionario poner en duda su integridad, sus funciones o su toma de decisiones, o afectar de alguna manera la reputación de la entidad a la que pertenece?
- ¿Podría parecer que la decisión ha sido parcial a favor de otra persona?
- Si el funcionario participa, ¿se sentiría cómodo si otras personas de la entidad y el público en general se enteraran de su participación y de cualquier asociación o conexión que mantenga?
- ¿Podría justificarse la actuación del funcionario si fuera criticada en los medios de comunicación?
- ¿Se beneficia, o parece beneficiarse, el funcionario, en forma personal o en nombre de terceros, de sus decisiones o de sus acciones?

Por consiguiente, al evaluar si existe algún interés privado que entre en conflicto con las obligaciones funcionarias, hay una serie de factores que deberían tenerse en cuenta. Estos aspectos incluyen, por ejemplo, si se tienen los elementos siguientes:

- Intereses financieros o económicos, como deudas o activos.
- Intereses en una empresa familiar o privada.
- Compromisos laborales secundarios.
- Asociaciones u obligaciones con organizaciones con o sin ánimo de lucro, organismos deportivos, clubes y asociaciones, a título personal o profesional, o a través de relaciones con personas que residen en el mismo lugar.
- Asociaciones u obligaciones con organizaciones políticas, sindicales o profesionales u otros grupos e individuos, a título personal o profesional, o a través de relaciones con personas que residen en el mismo lugar.
- Asociaciones u obligaciones con grupos profesionales, comunitarios, étnicos, familiares o religiosos, a título personal o profesional, o a través de relaciones con personas que residen en el mismo lugar, por ejemplo, formar parte de un grupo extremista que se enfrenta de manera reiterada a la policía.
- Antipatía o competencia con otra persona o grupo de interés.
- Relaciones familiares o de otro tipo, significativas, con clientes, contratistas u otras personas que trabajan en la misma organización, en una organización relacionada o en sectores de alto riesgo.
- Habilidades altamente especializadas que son demandadas por organizaciones externas.
- Perspectivas o planes de empleo futuro, es decir, empleo posterior a la separación o desvinculación de la entidad.
- Responsabilidad de revisar o investigar la corrección de una decisión o acción anterior en la que el funcionario haya participado.
- Existencia de una relación con una persona a la que el funcionario deba investigar o que se encuentre siendo investigada.

b) Evitar el conflicto

Si se ha identificado un conflicto de interés y se ha evitado, se deberían anotar los detalles del conflicto en un cuaderno, agenda u otro soporte adecuado. A continuación, se debe informar al superior jerárquico en la instancia pertinente, por ejemplo, en una reunión o en una discusión con el equipo de auditoría.

Los funcionarios públicos tienen el deber de proteger el interés público, tomando las medidas razonables para identificar y evitar cualquier conflicto de interés, real, potencial o percibido, en relación con el desarrollo de sus funciones en la entidad.

Lo anterior incluye las acciones siguientes:

- Abstenerse de participar en decisiones y acciones oficiales que puedan verse comprometidas por los intereses personales, las afiliaciones o las asociaciones del funcionario implicado.
- Evitar actividades en las que se pueda considerar que se obtiene una ventaja gracias a la información privilegiada que se posee debido a las funciones oficiales.
- No utilizar el cargo ni desviar recursos institucionales para beneficio personal o para beneficio de personas cercanas al funcionario implicado.
- Asegurarse de que no exista beneficio real o percibido que pueda influir en el ejercicio de las funciones.
- No aprovechar el cargo ni el acceso a información privilegiada obtenida por razón de ese cargo cuando se busque empleo fuera de la entidad.

c) Informar del conflicto

Cuando no sea posible evitar un conflicto de interés, se debería informar de este hecho:

- Por escrito, idealmente, conservando una copia del informe. En caso de emergencia, cuando no sea práctico informar por escrito, se debería informar de manera verbal al superior jerárquico y consultar sobre las directrices aplicables.
- Sin demora injustificada.
- Con detalle suficiente de la situación.
- Al superior jerárquico correspondiente.

d) Gestionar el conflicto

Una vez que se ha informado un conflicto de interés, el riesgo se comparte con la entidad. El superior jerárquico debe identificar e implementar una estrategia o conjunto de estrategias de gestión adecuadas para abordar el conflicto, y los funcionarios implicados deben cooperar en esa estrategia, con pleno conocimiento de los hechos. El incumplimiento podría considerarse una falta.

e) Supervisar el conflicto

La supervisión del conflicto es esencial para garantizar que se tengan en cuenta y se aborden los cambios que se produzcan. Incluso si se ha informado de un conflicto de interés y se considera que se ha resuelto, es posible que surjan circunstancias en las que el conflicto reaparezca o genere nuevos efectos. Si se produce algún cambio o el conflicto vuelve a surgir, debe informarse nuevamente, con el fin de garantizar que se resuelva de manera adecuada.

6.4. Directrices sobre conflictos de interés de funcionarios públicos con línea de mando

La gestión de los conflictos de interés es una responsabilidad compartida que requiere que la entidad y el personal implicado trabajen de manera coordinada para identificar y aplicar las estrategias que permitan resolver dichos conflictos. El incumplimiento por cualquiera de las partes de su obligación de contribuir adecuadamente a la gestión de un conflicto de interés podría constituir una falta a la probidad y dar lugar a medidas disciplinarias, incluida la destitución o la separación de la entidad.

Para gestionar eficazmente los conflictos de interés, los funcionarios en la línea de mando, denominados jefes de servicio u otros altos directivos con poder de toma de decisiones o con facultades para dictar resoluciones administrativas, deberían asumir, al menos, las responsabilidades siguientes:

- Proporcionar asesoramiento y orientación cuando se identifique un conflicto de interés. Al recibir un informe o notificación, registrar el conflicto y realizar las indagaciones oportunas para poder efectuar una evaluación exhaustiva de los riesgos.
- Evaluar los riesgos asociados a ese conflicto de interés.
- Consultar con el funcionario implicado e identificar las estrategias de gestión adecuadas al nivel de riesgo.
- Gestionar el conflicto de interés con la cooperación del funcionario implicado.
- Supervisar el conflicto de interés mientras exista responsabilidad de gestión sobre el funcionario implicado o hasta que se resuelva.

Asimismo, los funcionarios en la línea de mando deberían promover la concienciación proactiva sobre los conflictos de interés. La concientización, la educación continua, la inducción y los planes anticorrupción son formas de reconocer la importancia de los conflictos de interés. En particular, ciertos lugares de trabajo, como las zonas rurales, suelen requerir estrategias más específicas y detalladas para gestionar adecuadamente estas situaciones.

Por otro lado, si bien sigue siendo responsabilidad del funcionario implicado identificar los conflictos de interés, por ser la persona directamente afectada, otras circunstancias pueden llevar a su detección. Entre ellas se cuentan las investigaciones de denuncias recibidas, la información aportada por compañeros de trabajo, los antecedentes provenientes de otras entidades y las estrategias existentes de prevención de la corrupción.

En este sentido, si un conflicto de interés no es notificado por el propio funcionario implicado y llega a conocimiento de la línea de mando por otros medios, se deberían indagar las razones de su no notificación y determinar si era razonable esperar que lo hubiera informado oportunamente.

Cuando el funcionario haya identificado y evitado un conflicto de interés, debería anotar los detalles de este hecho en un cuaderno o agenda, u otro medio adecuado, e informar del conflicto a su superior jerárquico. Esta jefatura debería tomar nota de los antecedentes del caso, por ejemplo, levantando un acta, y confirmar si se trata de un conflicto que pudo o no evitarse.

a) Registrar los conflictos de interés que no se pueden evitar

Al recibir un informe de un conflicto de interés, el funcionario en la línea de mando debería realizar las indagaciones pertinentes para conocer plenamente las circunstancias del hecho.

Los funcionarios en la línea de mando deberían registrar los detalles del conflicto de interés y cualquier información adicional que se obtenga. También deberían registrar, al menos, los aspectos siguientes:

- Cualquier declaración posterior.
- Una evaluación del conflicto.
- Las decisiones y acuerdos sobre las medidas adoptadas o que se vayan a adoptar.
- Las revisiones de los conflictos en curso y los escenarios posibles.

A su vez, todos los documentos pertinentes deberían registrarse en una base de datos gestionada localmente y conservarse en el expediente personal del funcionario implicado.

Por otra parte, la información relativa a los conflictos de interés debería gestionarse de manera que se mantenga la confidencialidad en todo momento. Todos los documentos deben guardarse en el expediente personal del funcionario en cuestión.

Cualquier persona a la que un individuo informe de un conflicto de interés o solicite asesoramiento en calidad oficial debería tratar la información como estrictamente confidencial, según lo exige, que obliga a todos los agentes del Estado a tratar la información conocida en razón de sus funciones como estrictamente confidencial y a no divulgarla sin la debida autorización.

No obstante, la imposibilidad de mantener la confidencialidad debería discutirse con el funcionario implicado antes de que se haga público el conflicto de interés. Asimismo, deberían analizarse todas las opciones de gestión alternativas antes de decidir su publicidad.

b) Evaluar los riesgos

Los funcionarios en la línea de mando deberían realizar una evaluación de riesgos considerando, según el grado de probabilidad y de consecuencias, al menos los elementos siguientes:

• La fiabilidad de la fuente y la validez de la información.
• La seguridad personal del funcionario implicado.
• La seguridad personal de las personas relacionadas con el funcionario implicado.
• La ubicación y la naturaleza de las funciones que lleva a cabo el funcionario implicado.
• Los antecedentes previos relacionados con la integridad y la conducta del funcionario implicado.
• La reputación de la entidad a la cual pertenece el funcionario implicado.
• La disposición del funcionario implicado para informar y reconocer el conflicto de interés.
• La capacidad de gestionar y supervisar adecuadamente al funcionario implicado en el lugar de trabajo.
• El efecto sobre la moral y la motivación en el ambiente y en el entorno de trabajo.

c) Identificar estrategias de gestión

Si bien la responsabilidad de identificar los conflictos de interés recae principalmente en las personas directamente implicadas, se podría considerar el uso de programas de gestión de riesgos que contribuyan a sensibilizar sobre conflictos de interés específicos.

Cabe señalar que una gestión eficaz de los conflictos de interés requiere la cooperación de las personas implicadas. Cuando un funcionario se niega a cooperar en el desarrollo de una estrategia de gestión adecuada o incumple una estrategia ya acordada, las jefaturas deben definir una instrucción o estrategia. El incumplimiento de una estrategia de gestión debería considerarse una falta a la probidad. Existen diversos enfoques prácticos para gestionar los conflictos de interés, cuyo objetivo central es resolver el conflicto en favor del interés público.

Dependiendo de la naturaleza del conflicto y del riesgo para la entidad, las opciones de gestión siguientes pueden utilizarse de forma independiente o combinada.

(i) Registro

El registro del conflicto de interés informado es una estrategia adecuada para tratar aquellos conflictos de muy bajo riesgo potencial. Todos los conflictos de interés informados deberían registrarse en el expediente del funcionario implicado y los funcionarios en la línea de mando también deberían ser responsables de registrar estos conflictos de interés.

Si bien el registro no resuelve por sí solo el conflicto, deberían considerarse otras medidas complementarias para gestionarlo o resolverlo. Entre estas medidas se incluyen las siguientes:

- Supervisión continua.
- Garantizar una supervisión adecuada.
- Informar a las personas implicadas acerca de la divulgación y de las medidas adoptadas por la entidad para gestionarla.
- Garantizar que el funcionario implicado sea consciente de la obligación de presentar nuevos antecedentes si cambian las circunstancias del caso.

(ii) Restringir la participación

La restricción se aplica de manera más adecuada cuando es posible separar eficazmente al funcionario implicado de partes de una actividad o proceso y no es probable que el conflicto surja con frecuencia. Las estrategias asociadas incluyen restringir lo siguiente:

- La participación en el establecimiento de criterios críticos o en la toma de decisiones.
- La participación en debates sobre cuestiones relacionadas.
- La participación en discusiones sobre propuestas o planes operativos comprometidos.
- La participación en operaciones.
- El acceso a la información, incluida la denegación total del acceso a documentos sensibles e información confidencial.

Todas las partes afectadas y los funcionarios en la línea de mando involucrados deberían conocer estas disposiciones. Esta opción no es viable cuando las restricciones impiden al funcionario implicado realizar su trabajo, lo que la hace menos adecuada para la gestión continua del conflicto.

(iii) Contratar a otras personas de apoyo

En esta opción de gestión se asigna a un tercero independiente la supervisión, la auditoría y, cuando corresponda, la revisión de la toma de decisiones, de los procesos y de las funciones afectadas por el conflicto de interés.

Esta estrategia funciona bien cuando los efectos, reales o percibidos, del conflicto son significativos, aunque no resulte adecuado desvincular a la persona implicada de las funciones o del proceso de toma de decisiones pertinente. Por ejemplo, puede resultar útil en casos en que el equipo de trabajo es pequeño y aislado y los conocimientos especializados de la persona afectada no pueden sustituirse fácilmente.

En cambio, esta opción no es adecuada para conflictos graves en curso en los que la contratación y el uso continuado de un tercero no resultan prácticos ni viables.

(iv) Apartar a la persona de la situación

Esta opción de gestión implica la retirada completa del funcionario afectado del asunto o de la función comprometida por el conflicto de interés. Este apartamiento es más adecuado para conflictos graves en curso en los que otras estrategias no son viables, prácticas o apropiadas.

Esta opción podría implicar, entre otras medidas, las siguientes:

- Asegurarse de que el funcionario se retire de cualquier participación o influencia.
- Reorganizar las funciones y responsabilidades del funcionario.
- Trasladar al funcionario a otras funciones, proyectos o mandos.
- Asegurarse de que las funciones afectadas se alejan de la influencia del funcionario, por ejemplo, evitando que se transfieran a un subordinado.

Esta opción no resulta adecuada cuando el conflicto de interés y sus efectos potenciales o percibidos son de bajo riesgo o de importancia relativa.

(v) Renunciar al interés personal

Esta técnica de gestión puede resultar muy eficaz cuando implica que el funcionario afectado renuncie al interés o a los intereses personales que dan origen al conflicto. El funcionario afectado debería participar siempre en el proceso de toma de decisiones asociado a esta opción y, en definitiva, será su decisión adoptar o no esta alternativa.

Dependiendo de la naturaleza del conflicto, esta opción puede implicar, entre otras medidas, las siguientes:

- Poner fin a una relación con una persona, organización o grupo.
- Rescindir el segundo empleo que mantenga.
- Desprenderse por completo del interés personal comprometido.

Cuando el interés personal sea incompatible con el interés público y con la función del funcionario dentro de la entidad, y este se niegue a cooperar en la resolución del conflicto, se le debería informar que su decisión se considerará como un elemento que vuelve insostenible la relación entre él y su empleador, esto es, la entidad contratante. Asimismo, se debería informar al funcionario que se iniciarán procesos disciplinarios en su contra.

d) Gestión del conflicto

Resulta fundamental comprender con precisión el conflicto de interés que se está gestionando para garantizar que se seleccione la opción de gestión más adecuada. Además, es relevante discutir la opción de gestión con el funcionario implicado. La gestión eficaz de los conflictos de interés requiere la cooperación activa de las personas involucradas.

Los funcionarios en la línea de mando deberían colaborar con el personal para identificar y aplicar las opciones de gestión adecuadas que minimicen el riesgo y mantengan la productividad en el trabajo.

e) Supervisar el conflicto

La supervisión del conflicto es esencial para garantizar que se tengan en cuenta y se aborden los cambios que se produzcan. Incluso si un funcionario ha informado de un conflicto de interés y se ha aplicado una estrategia para abordarlo, pueden presentarse circunstancias en las que el conflicto vuelva a surgir o genere nuevos efectos. En tal caso, la situación debería reevaluarse para asegurarse de que la estrategia adoptada mantiene su eficacia.

VII. GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA MEODOLOGÍA. NORMA ISO/TR 15489-2:2001 SOBRE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN – GESTIÓN DE LOS REGISTROS – PARTE 2: DIRECTRICES

Cuando una organización genera metodologías, tanto comunes como antifraude, hay que tener c laro que puede producirse un conjunto de políticas, procesos, procedimientos, protocolos y directrices que pueden ser difícil de manejar. Es necesario que la organización otorgue acceso a las instrucciones a su personal y que sea transparente su acceso y manejo. Para facilitar, sistematizar y estructurar las metodologías, es conveniente contar con sistemas de gestión documental, que permitan a la entidad organizar, almacenar, proteger y compartir los documentos de la metodología de forma eficiente. Sus funciones clave incluyen facilitar la búsqueda rápida de información, automatizar flujos de trabajo, mejorar la colaboración, asegurar el cumplimiento normativo y reducir costos asociados al papeleo y al almacenamiento físico.

En este documento se presenta como opción la norma ISO 15489-2 que sirve como guía para diseñar e implementar un sistema de gestión de registros en una organización, especificando los procesos, instrumentos y factores a considerar para asegurar que la gestión de documentos sea sistemática, segura y eficiente, incluyendo la creación, almacenamiento, uso, acceso, y disposición final.

7.1. Alcance de la norma ISO/TR 15489-2

Tal como se indica en la propia norma, esta se aplica a los documentos, en cualquier formato o soporte, que sean creados o recibidos por una organización pública o privada en el curso de sus actividades. En este contexto, los sistemas de gestión documental pueden considerarse en soporte papel o manuales y en soporte electrónico, y los documentos pueden encontrarse en papel, microficha o formato electrónico.

Por otra parte, la norma ISO 15489-2 proporciona una metodología de implementación. Sin embargo, en el caso chileno se deben considerar los requisitos y las directrices de las normas, la legislación y los reglamentos aplicables en el ordenamiento jurídico nacional, ya que estos pueden exigir factores y requisitos adicionales para la conformidad legal que difieren de los previstos en dicha norma ISO.

7.2. Declaración de la política de gestión documental

Esta norma, asimismo, señala que las organizaciones deberían definir y documentar sus políticas de gestión de documentos y garantizar que estas se implementan y se mantienen en todos los niveles de la organización. Una declaración de política de gestión de documentos constituye, en consecuencia, una declaración de intenciones.

En dicha declaración se exponen las grandes líneas de lo que la organización pretende realizar y, en algunas ocasiones, se incluye un resumen del plan de actuación y de los procedimientos necesarios para conseguirlo. No obstante, una declaración de este tipo no garantiza por sí misma una buena gestión de los documentos, ya que su éxito dependerá fundamentalmente del compromiso de la

Dirección y de la disposición de los recursos necesarios para llevar a cabo su implementación. Por lo tanto, una declaración efectiva de política debería asignar a una persona directiva la responsabilidad principal en materia de gestión de documentos y de supervisión de la implementación de la política y del plan de actuación correspondientes.

A su vez, la declaración de esa política debería hacer referencia a otras políticas relacionadas con la información, por ejemplo la política de sistemas de información, de seguridad de la información o de gestión de activos, pero sin duplicarlas. Además, debería estar respaldada por procedimientos y directrices, planes estratégicos, calendarios de conservación y disposición y otros documentos que, en conjunto, conforman el régimen de gestión de documentos.

Para el éxito de la aplicación de esta norma resulta necesario que la política definida obligue al personal a crear y mantener documentos que satisfagan las necesidades legales, normativas, impositivas, operativas y de archivo histórico de la organización. Asimismo, es importante controlar de manera sistemática el cumplimiento de la política definida.

7.3. Competencias y responsabilidades dentro de la organización

Una organización debería definir con claridad las competencias y las responsabilidades de todo el personal implicado en la gestión de documentos. En este sentido, es pertinente considerar, al menos, las siguientes categorías:

a) La Dirección debería asumir el mayor nivel de responsabilidad para garantizar el éxito del plan de actuación de gestión de documentos. El respaldo de la Dirección se traduce en la atribución de recursos a los niveles inferiores y en el fomento del cumplimiento de los procedimientos de gestión de documentos en toda la organización.

b) Los profesionales de la gestión de documentos asumen la responsabilidad principal de la implementación de la norma ISO 15489-2. En concreto, establecen las políticas, los procedimientos y las normas generales de gestión de documentos para toda la organización e implementan los procesos descritos en ella.

c) Las jefaturas de unidad son responsables de garantizar que el personal a su cargo cree y mantenga los documentos como parte integrante de su trabajo y de acuerdo con las políticas, los procedimientos y las normas establecidas. Además, son responsables de facilitar los recursos necesarios para la gestión de documentos y de actuar como enlace con los profesionales de la gestión de documentos.

d) Otras personas de la organización que tienen obligaciones específicas en relación con los documentos incluyen a quienes son responsables de la seguridad, del cumplimiento de las disposiciones legales y del diseño y la implementación de sistemas mediante tecnologías de la información y comunicación.

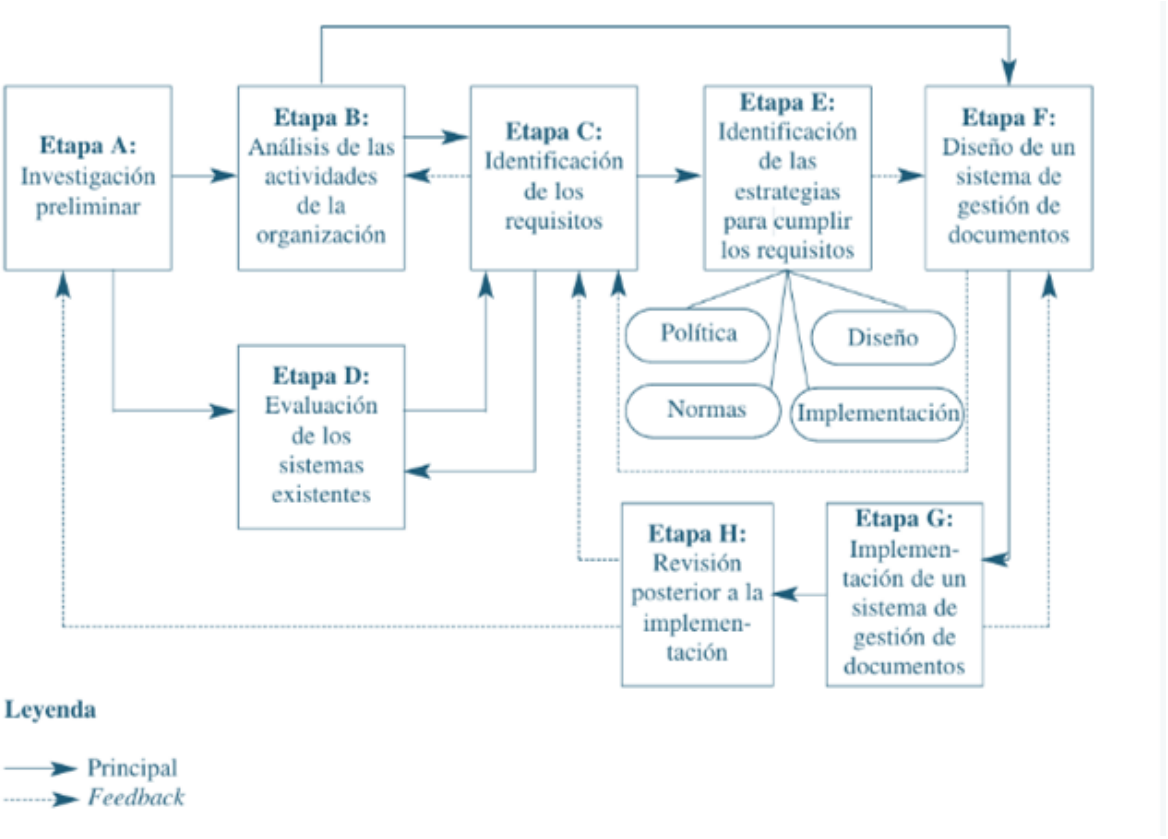
e) Todo el personal que elabore reciba y mantenga documentos como parte de su labor diaria debería hacerlo de acuerdo con las políticas, los procedimientos y las normas establecidas. Esto incluye la disposición de documentos únicamente en conformidad con los instrumentos autorizados.

7.4. Diseño e implementación de un sistema de gestión de documentos[13]

Por lo extensa de la norma ISO 15489-2, solo se destacarán los aspectos más prácticos e inherentes a la labor del auditor interno. En este sentido, a continuación se aborda el "Diseño e implementación de un sistema de gestión de documentos".

[13] Para profundizar en este tema véase el Documento Técnico N° 13x sobre Modelamiento de Riesgos y Controles en la Gestión Documental Institucional

Figura N° 10 Diseño e implementación de sistemas de documentos (DIRS) (DISDA)



Fuente: Archivos nacionales de Australia y archivos estatales de Nueva Gales del Sur

Etapa A: Investigación preliminar

El objetivo de la etapa consiste en proporcionar a la organización la comprensión del contexto administrativo, legal, empresarial y social en el que desarrolla su actividad, de manera que se puedan identificar los factores que más influyen en la necesidad de crear y mantener documentos. Asimismo, esta etapa proporcionará una visión general de las fortalezas y debilidades de la organización en lo que se refiere a la gestión de documentos.

Esta etapa representa una base para definir el alcance de un proyecto de gestión de documentos. La investigación preliminar resulta indispensable al momento de tomar decisiones eficaces en relación con los sistemas de gestión de documentos de la organización. Además, ayudará a definir los problemas en materia de gestión de documentos surgidos dentro de la organización y a evaluar la viabilidad y los riesgos de las diferentes soluciones posibles.

Esta etapa constituye un importante punto de partida para recoger información de los procesos basados en funciones, elaborar el cuadro de clasificación y decidir qué documentos deberían incorporarse y por cuánto tiempo deberían conservarse. Junto con las etapas posteriores B y C, la investigación preliminar también permitirá evaluar la responsabilidad de la organización en cuanto a la conformidad con los requisitos externos para la creación y conservación de documentos. Asimismo, constituye una base útil para la evaluación de los sistemas ya existentes.

Etapa B: Análisis de las actividades de la organización

El objetivo de esta etapa consiste en desarrollar un mapa conceptual de qué hace una organización y cómo lo hace. Esta etapa demostrará cómo se relacionan los documentos tanto con las actividades de la organización como con sus procesos de negocio y contribuirá, en etapas posteriores, a la toma de decisiones acerca de la creación, incorporación, control, almacenamiento y disposición de los documentos y del acceso a estos. Esto adquiere una mayor importancia en los entornos electrónicos, puesto que, si el sistema no está correctamente diseñado, no se podrán incorporar ni conservar los documentos adecuados. Esta etapa proporciona las herramientas necesarias para sistematizar el análisis de la organización y aprovechar de la mejor forma sus resultados. El análisis de las actividades y los procesos de negocio de la organización permitirá conocer la relación existente entre estas y sus documentos.

En esta etapa se pueden generar los siguientes resultados:

a) Documentación que describa las actividades y los procesos de negocio de la organización.
b) Un cuadro que muestre las funciones, las actividades y las operaciones de la organización, siguiendo un criterio de relaciones jerárquicas.
c) Un mapa de los procesos de negocio de la organización que muestre los puntos en los que se producen o se reciben los documentos como productos de la actividad de la organización.

El análisis proporciona una base para el desarrollo de herramientas de gestión de documentos, entre las que se pueden encontrar las siguientes:

a) Un glosario de términos que permita controlar el lenguaje utilizado en la titulación y la indización de los documentos en un contexto organizativo específico.
b) Un instrumento de disposición que defina los períodos de conservación y las consiguientes acciones de disposición sobre los documentos.

El análisis también ayudará a identificar e implementar estrategias apropiadas relacionadas con los metadatos y a asignar formalmente las responsabilidades vinculadas con la conservación de los documentos.

Etapa C. Identificación de los requisitos

El objetivo de esta etapa consiste en identificar los requisitos que ha de cumplir la organización al crear, recibir y guardar los documentos reflejo de sus actividades, y documentar dichos requisitos de una forma estructurada y fácil de utilizar. La conservación de los documentos adecuados facilita el correcto desarrollo de las actividades y garantiza que las personas y las organizaciones asuman la responsabilidad de sus actos en materia legal y administrativa. Asimismo, se garantiza la consideración de las necesidades y expectativas de los grupos de interés relacionados, tanto internos como externos, lo que posibilita la rendición de cuentas ante estos.

Los requisitos sobre los documentos se identifican a través de un análisis sistemático de las necesidades de la organización, de las obligaciones legales y normativas y de otras responsabilidades de carácter más general que la organización tenga que asumir ante la sociedad. La evaluación del riesgo derivado de la falta de creación y conservación de documentos también ayudará a identificar los requisitos de estos.

Asimismo, esta etapa proporciona las razones para la creación, el mantenimiento y la disposición de documentos, la base del diseño de los sistemas de gestión que se encargarán de su incorporación y mantenimiento y los parámetros que permiten comparar el rendimiento de los sistemas existentes.

Entre los productos realizados en esta etapa se incluyen los siguientes:

a) Una lista de todas las fuentes que contengan requisitos de documentos relevantes para la organización.
b) Una lista de los requisitos legales y normativos, o de cualquier otro requisito derivado de las necesidades más generales de la sociedad, relacionados con el mantenimiento de documentos.
c) Un informe de evaluación de riesgos respaldado por la Dirección.
d) Un documento formal dirigido a la Dirección y al personal, en el que se establezcan los requisitos respecto del mantenimiento de documentos.

Etapa D: Evaluación de los sistemas existentes

El objetivo de esta etapa consiste en analizar los sistemas de gestión de documentos y cualquier otro sistema de información ya existente, con el fin de valorar en qué medida dichos sistemas incorporan y mantienen documentos procedentes de las actividades de la organización.

La evaluación ayudará a revelar cualquier laguna existente entre los requisitos acordados por la organización en materia de documentos y el rendimiento y las funcionalidades de los sistemas vigentes. De este modo, se dispondrá de una base para el desarrollo de nuevos sistemas y el rediseño de los ya existentes, de manera que se satisfagan las necesidades de gestión de documentos que han sido identificadas y acordadas en las etapas previas.

Los productos derivados de esta etapa pueden ser los siguientes:

a) Un inventario de los sistemas ya existentes en la organización.
b) Un informe en el que se indique en qué medida estos sistemas cumplen con los requisitos acordados por la organización en materia de documentos.

Etapa E: Identificación de las estrategias para cumplir los requisitos

El objetivo de esta etapa consiste en determinar las políticas, los procedimientos, las normas, las herramientas y otros instrumentos que la organización debería adoptar para asegurar la creación y el mantenimiento de los documentos necesarios para reflejar su actividad. Para ello, la elección de estrategias tendrá en cuenta, entre otros elementos, los siguientes:

a) La naturaleza de la organización, incluidos sus objetivos y su historia;
b) El tipo de actividades que lleva a cabo;
c) La forma en la que dirige sus actividades;
d) El entorno tecnológico en que se apoya;
e) La cultura organizacional predominante, y;
f) Cualquier condicionante externo.

La selección también se verá influida por el potencial de cada una de las estrategias para alcanzar el resultado deseado y por el posible riesgo para la organización en caso de que el planteamiento fracase.

Estas estrategias podrían incluir, entre otras, las siguientes:

a) La adopción de políticas y procedimientos.
b) El desarrollo de normas.
c) El diseño de nuevos componentes de los sistemas.
d) La implementación de sistemas de forma que satisfagan los requisitos identificados en la conservación y el mantenimiento de documentos.

Cuando se complete esta etapa, se dispondrá de una propuesta planificada, sistemática y apropiada en relación con la creación, la incorporación, el mantenimiento, el uso y la conservación de documentos. Dicha propuesta servirá de base para el diseño del sistema de gestión de documentos o para el rediseño del sistema ya existente. Los productos ligados a esta etapa pueden ser los siguientes:

a) Una lista de estrategias destinadas a satisfacer los requisitos en materia de documentos que sean compatibles con otras necesidades de la organización.
b) Un modelo que relacione las estrategias y los requisitos.
c) Un informe dirigido a la Alta Dirección con la recomendación de una estrategia de diseño global.

Etapa F: Diseño de un sistema de gestión de documentos

Esta etapa consiste en la transformación de las estrategias y las tácticas seleccionadas en la etapa E en un plan para el sistema de gestión de documentos. Dicho plan debe cumplir con los requisitos identificados y documentados en la etapa C y solucionar cualquier deficiencia existente en la organización en relación con la gestión de documentos que haya sido identificada durante la etapa D.

Esta etapa, al igual que el resto de las etapas de esta metodología, adopta una definición amplia del término sistemas, que comprende tanto a las personas y los procesos como a las herramientas y la tecnología. En consecuencia, esta etapa incluirá, como mínimo, los aspectos siguientes:

a) El diseño de cambios en los sistemas, los procesos y las prácticas existentes.
b) La adaptación o integración de soluciones tecnológicas.
c) La definición de la forma más adecuada de incorporar estos cambios para mejorar la gestión de los documentos en toda la organización.

En la práctica, en ocasiones puede resultar difícil distinguir con claridad dónde finaliza la determinación de estrategias de gestión de documentos etapa E y dónde comienza el diseño de sistemas que incorporan dichas estrategias etapa F. Sin embargo, resulta útil centrarse en cada estrategia por separado para garantizar que los requisitos de creación y mantenimiento de documentos sean viables, coherentes y se incorporen correctamente al diseño del sistema.

En esta etapa participan profesionales de la gestión de documentos y otros especialistas que trabajan con las personas usuarias, con el objeto de elaborar especificaciones que recojan de la mejor forma los requisitos en materia de documentos. Esto contribuirá a que las personas usuarias sientan como propio el sistema, lo comprendan y lo utilicen según lo previsto.

Entre los productos de esta etapa pueden incluirse los siguientes:

a) El plan de proyecto, en el que se definen las tareas, las responsabilidades y los plazos de ejecución.
b) Los informes en los que se detallan los resultados de las revisiones periódicas del diseño y de la documentación relativa a los cambios en los requisitos, validados tanto por los representantes de las personas usuarias como por el equipo de proyecto.

c) Descripciones del diseño conceptual.
d) Reglas de funcionamiento del sistema.
e) Especificaciones del sistema.
f) Diagramas en los que se representen la arquitectura y los componentes del sistema.
g) Modelos en los que se representen los diferentes enfoques del sistema, tales como procesos, flujos de datos y entidades de datos.
h) Especificaciones detalladas para elaborar o adquirir componentes tecnológicos, de software o de hardware.
i) El plan de archivo o cuadro de clasificación.
j) Planes que muestren cómo se integrará el proyecto en los sistemas y los procesos ya existentes.
k) Plan inicial de formación y validación.
l) Plan de implementación del sistema.

Etapa G: Implementación de un sistema de gestión de documentos

El objetivo de esta etapa consiste en identificar y aplicar de forma sistemática el conjunto de estrategias adecuado para implementar el plan diseñado en la etapa F. En dicho plan se aporta una visión de conjunto sobre cómo se integran los diferentes componentes del sistema, tales como procesos, procedimientos, personas y tecnología.

La integración de sistemas de gestión de documentos, nuevos o mejorados, con los sistemas de comunicación y los procesos de negocio puede resultar una operación compleja, en la que entran en juego intereses financieros y de rendición de cuentas. Por ello se requiere una planificación cuidadosa.

Estos riesgos pueden minimizarse gracias a una planificación y documentación cuidadosa del proceso de implementación. Además, una adecuada coordinación entre las áreas técnicas y de gestión contribuye a reducir la probabilidad de fallos.

Una vez completada esta etapa, se deberían haber integrado en la organización las prácticas de gestión de documentos mejoradas, con una alteración mínima de las actividades de la organización, contribuyendo a satisfacer sus necesidades para la acreditación de la calidad y permitiendo capitalizar la inversión a largo plazo realizada en las etapas A a F.

Entre la documentación producida al completar esta etapa se pueden encontrar los elementos siguientes:

a) Plan del proyecto detallado que incluya la conjunción de estrategias seleccionadas.
b) Políticas, procedimientos y normas documentadas.
c) Materiales de formación.
d) Documentación relativa al proceso de conversión y a los procedimientos de migración.
e) Documentación requerida para la acreditación de los sistemas de calidad.
f) Informes de rendimiento elaborados y aprobados.
g) Informe o informes dirigidos a la Dirección.

Etapa H: Revisión posterior a la implementación

El objetivo de la etapa H consiste en medir la eficacia del sistema de gestión de documentos y evaluar el proceso de desarrollo de este, de manera que las deficiencias puedan solucionarse o mitigarse oportunamente y se establezca un régimen de supervisión que se aplique mientras el sistema siga vigente.

Esta etapa incluye, entre otros aspectos, las acciones siguientes:

a) Analizar si los documentos han sido creados y organizados de acuerdo con las necesidades de las actividades de la organización y si están adecuadamente interrelacionados con los procesos de los que forman parte.
b) Entrevistar a la Dirección, al personal y a otras partes implicadas.
c) Realizar encuestas.
d) Examinar la documentación elaborada durante las primeras fases del proyecto de desarrollo del sistema.
e) Observar y controlar de forma aleatoria el funcionamiento del sistema.

La organización puede ayudar a garantizar el retorno permanente de la inversión en el sistema de gestión de documentos llevando a cabo revisiones posteriores a la implementación y estableciendo controles periódicos. De esta manera se asegura la existencia de información objetiva que permite demostrar que la organización está creando y gestionando los documentos adecuados. Esta revisión minimizará la exposición de la organización al riesgo derivado de un fallo en el sistema y, al mismo tiempo, permitirá anticiparse a los cambios significativos en los requisitos de los documentos y en las necesidades organizativas que requieran de un nuevo ciclo de desarrollo.

Al final de esta etapa, la organización habrá alcanzado, entre otros, los resultados siguientes:

a) Desarrollado y aplicado una metodología de evaluación objetiva de su sistema de gestión de documentos.
b) Documentado el rendimiento del sistema y el proceso de desarrollo de forma estructurada.
c) Presentado a la Dirección un informe en el que se documenten las conclusiones y las recomendaciones.

Dado que los procesos de negocio y los sistemas de gestión de documentos no son estáticos, las etapas C a H deberían llevarse a cabo de forma periódica, con el fin de mantener su vigencia y alineamiento con las necesidades de la organización.

7.5. Supervisión y auditoría

Existen tres razones que justifican la supervisión y la auditoría de los sistemas de gestión de documentos:

a) Garantizar el cumplimiento de las normas fijadas por la organización.
b) Garantizar que los documentos se aceptarán como prueba en un juicio, si así se exigiera.
c) Mejorar el rendimiento de la organización.

Los detalles relativos a la actividad diaria de una organización se registran y se almacenan en su sistema de gestión de documentos de forma periódica y durante el transcurso habitual de su actividad.

La supervisión contribuye a dotar al sistema de gestión de documentos de valor jurídico y legal. Los procesos de supervisión se documentan para dar testimonio del cumplimiento de las políticas, los procedimientos y las normas que la organización ha adoptado. Asimismo, los programas de supervisión sistemática, concebidos y desarrollados de acuerdo con las reglas y los reglamentos en vigor, son los que mejor pueden satisfacer los requisitos que se derivan de las responsabilidades corporativas.

Por otro lado, una persona con las aptitudes apropiadas puede supervisar con eficacia dicho cumplimiento, informando con independencia a la Dirección. Las personas que mejor pueden gestionar

el cumplimiento son aquellas que hayan diseñado o aplicado los programas de supervisión o las responsables de la gestión de los documentos. La supervisión debería realizarse de forma periódica, en los intervalos acordados y establecidos en la política de gestión de documentos de la organización.

a) Auditoría del cumplimiento

El diseño correcto de cualquier sistema de gestión de documentos debería disponer de evidencias oportunas de que una organización:

a) Comprende la naturaleza de sus documentos.
b) Cuida estos documentos y adopta medidas de seguridad adecuadas.
c) Utiliza e implementa adecuadamente las tecnologías y los procesos de trabajo.

Además, los responsables de la gestión de documentos necesitan evidencias que demuestren el cumplimiento permanente, por parte de la organización, de la legislación y de las políticas, principios, procesos y procedimientos de gestión de documentos, especialmente cuando se renueva el personal de la organización.

Los principios de buenas prácticas en la conservación de documentos son de gran valor, incluso si nunca surge la necesidad de presentar documentos electrónicos ante los tribunales. El esfuerzo y los recursos necesarios para llevar a cabo dicho cumplimiento representan un beneficio temprano para la organización, al margen de que esta sea o no parte de un litigio.

b) Valor probatorio

Los gestores de documentos deberían ser conscientes de la magnitud del desafío legal al que se enfrentan al presentar documentos como pruebas en un tribunal de justicia.

Si la integridad o la autenticidad de un documento se pone en duda durante el juicio, en razón de alegaciones de falsificación, incompetencia, funcionalidad inadecuada del sistema o fallo de este, el valor probatorio o peso evidenciario que un tribunal atribuye al documento puede perderse o, al menos, reducirse en detrimento del caso.

Los gestores de documentos deberían contar con pruebas disponibles de manera oportuna para demostrar el cumplimiento, por parte de la organización, de la legislación, las políticas y los procedimientos a lo largo de la vida del sistema. También debería ser posible demostrar que el sistema ha funcionado tal como estaba previsto, de acuerdo con las prácticas habituales de la organización. Los documentos relativos a la supervisión y a la auditoría de los procesos del sistema deberían aportar evidencia de todo ello.

c) Supervisión del rendimiento

La supervisión del rendimiento requiere que la organización establezca indicadores acordados, previstos o exigidos, en materias tales como las responsabilidades sobre los procedimientos, la cantidad y la calidad del trabajo producido y la seguridad e integridad del sistema y de los procesos.

En consecuencia, el funcionamiento del sistema debería medirse de forma periódica y habitual en relación con dichos indicadores.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ALBRECHT, W. STEVE, ALBRECHT, CHAD O., ALBRECHT, CONAN C., ZIMBELMAN, MARK F., 2019, “Fraud Examination”, Sixth Edition, Cengage Learning, Inc., Estados Unidos.

ASSOCIATION OF CERTIFIED FRAUD EXAMINERS, ACFE & ANTI-FRAUD COLLABORATION, AFC, 2025, “The impact of fraud at US Public Companies: 2025 Benchmarking Report”, https://www.acfe.com/-/media/files/acfe/pdfs/benchmarking-report/afc_impactoffraud_report_2025.pdf

ACFE, 2024, “Occupational Fraud 2024: A Report to the Nations”, https://www.acfe.com/-/media/files/acfe/pdfs/rttn/2024/2024-report-to-the-nations.pdf

BAKER TILLY ADVISORY GROUP, 2013, “Fraud: Who is responsible?” article, https://www.bakertilly.com/insights/fraud-who-is-responsible

FOSTER, MARION, 2011, “Developing Policies, Protocols and Procedures”, Centre for Language Planning, England.

GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE. GAO, 2018, “Program Integrity: The Antifraud Playbook”, United States, https://www.cfo.gov/assets/files/Interactive-Treasury-Playbook.pdf.

INTERNAL AUDITOR INSTITUTE, IAI, 2020, “The IIA’s Three Lines Model: An Update of the Three Lines of Defense”, https://www.theiia.org/globalassets/documents/resources/the-iias-three-lines-model-an-update-of-the-three-lines-of-defense-july-2020/three-lines-model-updated-english.pdf

ISO/TR 15489-2:2001, Información y documentación. Gestión de documentos. Parte 2: Directrices.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004, “Seven steps to patient safety for primary care”, United Kingdom, https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf

NSW Police, 2014, “Procedures for Managing Conflicts of Interest”, Professional Standards Command, Australia.

SHERROD, MIKE & TORPEY, DAN, 2011, “Who owns Fraud”, Fraud-Magazine, Association of Certified Fraud Examiners (assumes sole copyright of any article published), January/February issue.

IX. ANEXO

EJEMPLO DE UNA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS DE FRAUDE EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Esta política de muestra puede adaptarse y revisarse para satisfacer las necesidades específicas de la entidad y ajustarse a su estructura organizacional.

1. Declaración de la política

La entidad XYZ se compromete a aplicar prácticas gubernamentales éticas en todas sus operaciones a nivel nacional. En consecuencia, la Dirección no tolerará el fraude ni la falta de ética laboral, ya sea por parte de sus funcionarios o de quienes trabajan en su nombre.

La Política de gestión del riesgo de fraude (en adelante "la política"), establece el marco de controles internos de la Alta Dirección para la prevención y la detección del fraude y de la falta de ética laboral, que en conjunto conforman el programa de gestión del riesgo de fraude dentro de la entidad, así como los protocolos para llevar a cabo las investigaciones internas.

Esta política se aplica a cualquier fraude o falta de ética laboral, o su sospecha, que involucre a funcionarios, al órgano superior o Consejo (Jefe de Servicio) a la Alta Dirección o a terceros que mantengan una relación comercial con la entidad. Cualquier funcionario puede presentar una denuncia o comunicar una posible infracción relacionada con un fraude sin temor a ser apartado o destituido ni a sufrir represalias.

Las investigaciones se llevarán a cabo sin considerar la antigüedad, el cargo o la relación con la entidad del personal sospechoso o de terceros. La resolución de las materias, así como las decisiones de iniciar acciones judiciales o remitir antecedentes a los organismos fiscalizadores y, cuando corresponda, a los órganos persecutores, se adoptarán en colaboración con el Departamento Jurídico, la Alta Dirección y, en su caso, el Consejo.

2. Definiciones

El fraude se define como cualquier acto u omisión intencionados destinados a engañar a otros que den lugar a pérdidas para la entidad o a ganancias para el autor. Se espera que el personal directivo esté familiarizado con los tipos de fraude que podrían producirse dentro de sus áreas específicas de responsabilidad y que informe de cualquier caso sospechoso o conocido de fraude dentro de su ámbito de competencia.

La falta de ética laboral se define como cualquier infracción intencionada, o sospecha de infracción, de las políticas y de los procedimientos de la entidad, así como de las leyes y reglamentos aplicables que deban cumplirse o hacerse cumplir.

La represalia se define como cualquier acción perjudicial, directa o indirecta, recomendada, amenazada o ejecutada debido a que una persona ha informado de buena fe a la entidad sobre un fraude o una falta de ética laboral, o ha cooperado en las actividades de investigación correspondientes.

3. Estrategia de control del fraude

A. Funciones y responsabilidades

Todo el personal, independientemente de su nivel, es responsable de colaborar en la disuasión del fraude y la falta de ética laboral y en la protección de la entidad frente a estas conductas. Ciertos directivos y funcionarios tienen responsabilidades específicas en materia de control antifraude, que se definen con mayor detalle en las descripciones de cargos, en los estatutos de los departamentos y en otras políticas de la entidad o del Estado. En este contexto, la sección siguiente destaca las funciones y responsabilidades del Consejo y del Comité de Auditoría Interna, de la Dirección, del Departamento Jurídico, del Departamento de Recursos Humanos y de los funcionarios que participan en el programa de gestión de riesgos de fraude de la entidad.

Consejo y Comité de Auditoría Interna

Para establecer el tono adecuado para la entidad, el consejo es responsable de garantizar que la Dirección diseñe un programa eficaz de gestión del riesgo de fraude mediante, entre otras, las acciones siguientes:

- Comprender y debatir los riesgos de fraude y corrupción que podrían afectar a la entidad.
- Establecer procesos y prácticas propios e independientes del consejo.
- Desarrollar la descripción del cargo de la Alta Dirección y supervisar las evaluaciones y los procesos de planificación.
- Revisar periódicamente la política de gestión del riesgo de fraude de la Alta Dirección, así como otras políticas y procedimientos aplicables de la entidad diseñados para ayudar a mitigar dicho riesgo.
- Garantizar que el riesgo de fraude se considera como parte de los objetivos estratégicos y de las actividades de evaluación de riesgos de la Alta Dirección.
- Supervisar las actividades de evaluación del riesgo de fraude a cargo de la Alta Dirección.
- Evaluar el riesgo de fraude asociado a la Alta Dirección, incluido el riesgo de anulación de controles, y garantizar que estos se diseñen y funcionen de manera adecuada para disuadir, prevenir y detectar el fraude.
- Supervisar los informes de la Alta Dirección sobre riesgos de fraude, políticas y actividades de control.
- Apoyar el plan de auditoría interna y garantizar el acceso a la información, a los datos y al personal necesario para su ejecución.
- Garantizar que la Función de Auditoría Interna tenga acceso sin restricciones al Consejo y a su Comité de Auditoría Interna.
- Garantizar que todos los funcionarios tengan canales adecuados de acceso al Consejo, al Comité de Auditoría Interna y a la Función de Auditoría Interna.
- Facilitar al Comité de Auditoría Interna la tarea de centrarse en la disuasión, la prevención y la detección del fraude.
- Mantenerse plenamente informado sobre los casos de fraude que se producen dentro de la organización, en particular aquellos que involucran a funcionarios de alto nivel o a funcionarios respecto de los cuales se han detectado problemas significativos de control interno.
- Garantizar que la Alta Dirección asigne recursos suficientes para llevar a cabo actividades de gestión del riesgo de fraude.
- Contratar asesores y abogados externos cuando sea necesario.

Alta Dirección

La Dirección tiene la responsabilidad general del diseño y la implementación del programa de gestión del riesgo de fraude de la entidad, lo que comprende, entre otros aspectos, las funciones siguientes:

- Garantizar que el fraude se aborde de manera explícita en los objetivos estratégicos y en las actividades de evaluación de riesgos de la entidad.
- Nombrar a la persona responsable de control del fraude, que tiene la responsabilidad general de coordinar e implementar el programa de gestión del riesgo de fraude de la entidad, así como de informar al Consejo sobre cuestiones relacionadas con dicho riesgo.
- Identificar y asignar al personal responsable de las actividades de control antifraude y mantener registros que verifiquen que dichos procesos y controles se han ejecutado correctamente.
- Proporcionar procesos y actividades de control claramente definidos y proactivos para disuadir, prevenir y detectar el fraude.
- Implementar controles internos diseñados para prevenir y detectar el fraude dentro de cada unidad o área de la entidad.
- Desarrollar actividades de formación y sensibilización para promover la comprensión y el cumplimiento del Código de Conducta, de la Política de Control del Fraude, de la Política de Denuncia de Irregularidades y Antirrepresalias, de la Política de Conflictos de Intereses y del Formulario de Divulgación, de la Política de Cumplimiento Anticorrupción y de otras políticas institucionales y gubernamentales pertinentes.
- Mantener una política de puertas abiertas y otros mecanismos accesibles para denunciar el fraude y las conductas indebidas.
- Supervisar la correcta aplicación de las medidas disciplinarias y correctivas que se asignen, velando por su coherencia con las políticas institucionales.

Departamento Jurídico

El Departamento Jurídico asesora a la Alta Dirección sobre las implicancias legales del programa de gestión del riesgo de fraude, lo que comprende, entre otras materias, las funciones siguientes:

- Participar en la elaboración y revisión de políticas y procedimientos clave de la entidad.
- Orientar la escalada, la evaluación, la investigación y el cierre de las denuncias relacionadas con fraudes y con faltas a la ética laboral.
- Participar en el flujo de información sobre las investigaciones dirigido a la Alta Dirección y al Comité de Auditoría Interna, así como a los organismos reguladores y a los órganos persecutores, según corresponda.
- Apoyar las gestiones tendientes a la recuperación de activos perdidos debido a fraudes y a faltas a la ética laboral.
- Analizar las actividades de gestión de casos relacionados con asuntos de fraude y con faltas a la ética laboral.
- Comunicar periódicamente al Comité de Auditoría Interna la información relativa a los litigios y a otras iniciativas de recuperación de activos.
- Gestionar, según lo asignado, las actividades de control orientadas a la prevención y a la detección de fraudes.
- Responder consultas sobre asuntos relacionados con la ética y la integridad institucional.
- Participar en la evaluación de riesgos de fraude realizada por la Alta Dirección, así como en actividades de sensibilización y formación sobre dichos riesgos.

- Implementar, realizar seguimiento y comunicar los nuevos requisitos legislativos y normativos que incidan en la gestión del riesgo de fraude.

Recursos Humanos

El Departamento de Recursos Humanos (RRHH) apoya a la Alta Dirección y a los funcionarios mediante la ejecución de actividades clave de control antifraude, desarrolladas a través de procesos de incorporación, formación, asesoramiento y resolución de problemas, lo que comprende, entre otras, las actividades siguientes:

- Realizar procesos de selección de candidatos y actualizaciones periódicas de las verificaciones de antecedentes de los funcionarios, de conformidad con la legislación vigente.
- Facilitar la orientación de los nuevos funcionarios y otras actividades de formación, incluida la revisión y la confirmación anuales de las políticas corporativas clave, entre ellas el Código de Conducta, la Política de Control del Fraude, la Política de Denuncia de Irregularidades y Antirrepresalias, la Política de Conflictos de Intereses y el Formulario de Divulgación, y la Política de Cumplimiento Anticorrupción.
- Realizar, analizar y presentar informes sobre los resultados de las encuestas de satisfacción del personal y de concienciación sobre el fraude.
- Escalar los problemas relacionados con posibles fraudes y con faltas a la ética laboral que sean denunciados por la Alta Dirección u otros funcionarios.
- Participar en las actividades de evaluación de riesgos de fraude lideradas por la Alta Dirección.
- Proporcionar a la Alta Dirección y a la Función de Auditoría Interna información oportuna sobre las contrataciones y las bajas de funcionarios.
- Revisar las cartas de renuncia y realizar entrevistas de salida con el fin de identificar y escalar cualquier posible preocupación o queja relacionada con el fraude y con faltas a la ética laboral.
- Apoyar, según sea necesario, las actividades de investigación interna.
- Supervisar la resolución de las medidas disciplinarias o correctivas que se apliquen.

Función de Auditoría interna

La Función de Auditoría Interna proporciona un aseguramiento independiente y objetivo sobre el diseño y la eficacia operativa de los controles antifraude de la Dirección, lo que comprende, entre otros aspectos, las funciones siguientes:

- Evaluar la posibilidad de que se produzcan fraudes y la forma en que la entidad gestiona el riesgo de fraude, mediante revisiones y análisis del programa de gestión del riesgo de fraude de la entidad.
- Ayudar en la disuasión y en la prevención del fraude mediante el examen y la evaluación de la eficacia de los controles, en función del alcance de la exposición y del riesgo potencial en diversos segmentos de las operaciones de la entidad.
- Garantizar que la Alta Dirección ha revisado su exposición al riesgo y ha identificado la posibilidad de fraude como un riesgo institucional, mediante una evaluación del riesgo de fraude.
- Incorporar al plan anual de auditoría interna la información sobre el fraude obtenida a través del proceso de evaluación del riesgo de fraude, de los mecanismos de notificación y de las investigaciones.
- Proporcionar información al Comité de Auditoría Interna (Jefe de Servicio) sobre la idoneidad de las medidas adoptadas por la Dirección para mitigar el riesgo de fraude y garantizar que la entidad promueva una cultura antifraude.
- Ayudar en las investigaciones y en la notificación de asuntos al Comité de Auditoría Interna (Jefe de Servicio).

Funcionarios

Los controles estrictos contra el fraude son responsabilidad de todos los miembros de la entidad. En este sentido, todo el personal de la entidad, independientemente de su nivel, debe asumir, como mínimo, las responsabilidades siguientes:

- Tener un conocimiento básico sobre el fraude, estar al tanto de las señales de alerta, familiarizarse con los tipos de fraude que pueden producirse dentro de sus áreas de responsabilidad y mantenerse atento a cualquier indicio de fraude.
- Comprender sus funciones dentro del marco de control interno y la forma en que los procedimientos de trabajo han sido diseñados para gestionar los riesgos de fraude, así como reconocer cuándo el incumplimiento puede crear una oportunidad para que se produzca un fraude o para que este pase desapercibido.
- Leer, comprender y aceptar las políticas y los procedimientos de la entidad diseñados para mitigar el fraude y las conductas indebidas, entre ellos la Política de control del fraude, el Código de conducta, la Política de denuncia de irregularidades y contra las represalias, la Política de conflictos de intereses y el formulario de divulgación, y la Política de cumplimiento anticorrupción, entre otras.
- Participar, según sea necesario, en el proceso de creación de un entorno de control sólido y en el diseño y la implementación de actividades de control del fraude, así como en actividades de supervisión.
- Informar oportunamente de inquietudes, sospechas o incidentes de fraude a través de los canales establecidos por la entidad.
- Cooperar en las investigaciones internas que se lleven a cabo en la entidad.

B. Programa de gestión del riesgo de fraude

El programa de gestión del riesgo de fraude de la entidad (el Programa) es administrado por la persona responsable de control del fraude, quien informa al Consejo sobre cuestiones relacionadas con dicho riesgo. El Programa incorpora los conceptos de gobernanza, evaluación de riesgos, prevención y detección del fraude, investigaciones, medidas correctivas y supervisión.

Cada componente del Programa está diseñado para ayudar a mitigar el fraude y la mala conducta identificados durante la evaluación de riesgos de fraude realizada por la Alta Dirección. Asimismo, cada componente se documenta en esta política y se actualiza periódicamente para reflejar la naturaleza cambiante del riesgo de fraude en las operaciones de la entidad.

C. Relación con el Código de Conducta y otras políticas de la entidad

El Consejo y la Alta Dirección han adoptado la Política de control del fraude como complemento de otras políticas de la entidad orientadas a fomentar y promover altos estándares de conducta ética en sus operaciones. El personal de todos los niveles tiene la responsabilidad de garantizar que las actividades de la entidad se ajusten al Código de Conducta, así como a otras políticas diseñadas para asegurar el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentos aplicables en las jurisdicciones en las que opera la entidad. Entre esas políticas se encuentran las siguientes:

- Código de Conducta
- Política de denuncia de irregularidades y contra las represalias
- Política de conflictos de intereses y formulario de divulgación
- Política de cumplimiento anticorrupción

Cada política está a disposición de los funcionarios a través de la intranet institucional, ubicada en www.sitioweb.gob.cl. Del mismo modo, las copias de estas políticas se encuentran disponibles en el sitio web señalado y se facilitan a determinados terceros como parte de los procesos de contratación.

4. Evaluación del riesgo de fraude

La entidad se compromete a prevenir y detectar oportunamente el fraude y las faltas a la ética laboral. Para ello, la Dirección, con la ayuda de la Función de Auditoría Interna, lleva a cabo una evaluación anual del riesgo de fraude con el fin de identificar, analizar y responder a los principales riesgos de fraude en todas sus ubicaciones geográficas donde opera la entidad.

El proceso de evaluación del riesgo de fraude tiene en cuenta los factores clave que impulsan el fraude, tales como las oportunidades, los incentivos y presiones, y las actitudes y racionalizaciones. También aborda cuatro tipos clave de fraude, entre ellos la corrupción, la malversación de activos, los informes fraudulentos y la anulación de controles por parte de la Alta Dirección. La metodología de evaluación de riesgos consiste en identificar los riesgos de fraude a nivel de la entidad y de los procesos, utilizando escenarios de fraude comunes. Asimismo, considera la priorización de la importancia y la probabilidad de dichos riesgos, en términos inherentes y residuales, mediante una serie de entrevistas con la Alta Dirección y con funcionarios seleccionados de diversos departamentos, ubicaciones geográficas y niveles profesionales dentro de la entidad. Del mismo modo, incluye la asignación de los riesgos de fraude a los controles internos y la identificación de posibles lagunas u oportunidades de mejora relacionadas con las actividades de control antifraude de la Alta Dirección. Finalmente, los resultados de la evaluación de riesgos de fraude realizada por la Dirección se abordan en un plan de acción, se incorporan al plan de auditoría interna y se comparten con el Consejo.

5. Controles de prevención y detección del fraude

La Alta Dirección ha diseñado una combinación de actividades de control antifraude preventivas y detectivas que se llevan a cabo en diversos niveles de la entidad y cuyo objetivo es ayudar a mitigar la ocurrencia de fraudes y las faltas a la ética laboral, así como garantizar la detección oportuna de hechos de riesgo de fraude dentro de las operaciones institucionales.

Las actividades de control de alto nivel para la prevención del fraude de la entidad incluyen, entre otras, las siguientes:

- Las actividades de control de los procesos institucionales incluyen el uso de límites de autoridad y responsabilidad, así como procedimientos de RRHH, tales como la investigación de los antecedentes de los funcionarios, la formación, las encuestas al personal y las entrevistas de salida.
- Las actividades de control de acceso físico se refieren a la admisión a las instalaciones de la entidad y al derecho de uso de los activos, como el inventario.
- Las actividades de control de acceso lógico se refieren a los derechos de acceso a información confidencial.
- Las actividades de control de transacciones se refieren a los procedimientos de adquisición y a los requisitos de aprobación de la Alta Dirección.
- Las actividades de control tecnológico incluyen actividades de selección electrónica de terceros y restricciones automatizadas sobre determinados pagos que presentan un riesgo elevado para la entidad o que no cumplen con los requisitos de la política prescrita por la entidad.

Las actividades de control de detección de fraudes de alto nivel de la entidad incluyen, entre otras, las siguientes:

- Análisis de datos, tanto abiertos como encubiertos, utilizados por el Departamento de Finanzas y Contabilidad para supervisar de manera continua determinados tipos de pagos y transacciones, así como análisis de datos utilizados por la Función de Auditoría Interna en la realización de auditorías operativas y financieras.
- Múltiples mecanismos de notificación automatizados y manuales creados por el Consejo e implementados por la Dirección para recibir, conservar y tratar las preocupaciones, quejas e información sobre posibles infracciones vinculadas al fraude y a la conducta indebida en las operaciones institucionales de la entidad.

6. Notificación de fraudes

La entidad tiene una cultura de "libertad de expresión" y exige a sus funcionarios, a la Alta Dirección y/o al Consejo que denuncien todos los incidentes de fraude y las faltas a la ética laboral. La entidad ha establecido un Canal de Denuncia (www.canaldedenuncia.gob) y el sitio web correspondiente www.sitioinstitucional.gob.cl, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, con el fin de recibir inquietudes, quejas e información sobre fraudes y faltas a la ética laboral. Además, existen otros canales disponibles para que los funcionarios y otras personas denuncien fraudes y faltas a la ética laboral, entre ellos los siguientes:

- Enviar una carta al Consejo, al Departamento Jurídico o al responsable de control de fraudes en calle Moneda (indicar número).
- Enviar un correo electrónico al responsable de control de fraudes a fraudes@entidad.gob.cl
- Discutir los asuntos con el personal supervisor.
- Realizar comunicaciones directas y abiertas con miembros de los departamentos de RRHH o Jurídico.

Además, se insta a terceros a denunciar los fraudes y las conductas indebidas que afecten a la entidad, ya sea a través de su Canal de Denuncia, del sitio web institucional o por correspondencia dirigida al Consejo, al Departamento Jurídico o al responsable de control de fraudes. Dicha información se hace pública en el sitio web de la entidad y se facilita a terceros durante las actividades de contratación cuando corresponda.

Las denuncias presentadas a la entidad sobre fraudes y faltas a la ética laboral pueden ser anónimas si se realizan a través del Canal de Denuncia, del sitio web o por correspondencia escrita. De lo contrario, se mantendrá la confidencialidad en la mayor medida posible. La entidad fomenta un entorno de trabajo libre de represalias y toma medidas rápidas y adecuadas en los casos en que puedan producirse estas conductas. En la Política de denuncia de irregularidades y contra las represalias de la entidad se proporciona información adicional sobre la denuncia de fraudes y faltas a la ética laboral.

7. Procedimientos de investigación de fraudes

Una vez recibida la denuncia, el Departamento Jurídico de la entidad, junto con la persona responsable de control de fraudes, evaluará el asunto para determinar la naturaleza y el tratamiento de la denuncia de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Consejo y con lo descrito en el Código de Conducta y en la Política de denuncia de irregularidades y represalias de la entidad. Además, el personal de supervisión y los miembros de los departamentos de RRHH y Jurídico que reciban una denuncia de fraude o faltas a la ética laboral deben informar de inmediato del hecho a través del Canal de Denuncia. El Departamento Jurídico registrará la denuncia, junto con la información sobre la resolución del asunto, en el registro de gestión de casos de la entidad.

En caso de que se justifique una investigación, el Departamento Jurídico tomará, entre otras, las medidas siguientes:

- Asignar recursos internos y consultar con el Consejo acerca de la necesidad de contratar abogados o consultores externos para llevar a cabo la investigación.
- Considerar los requisitos de notificación a los organismos reguladores, entes persecutores y otros terceros, según corresponda al caso.
- Notificar a los funcionarios sobre la conservación de documentos y la seguridad de los sistemas de datos, teniendo en cuenta la privacidad de los datos y las leyes y reglamentos pertinentes en la jurisdicción o jurisdicciones en las que se llevará a cabo la investigación.
- Desarrollar un plan de trabajo para la investigación.
- Llevar a cabo la investigación protegiendo la confidencialidad o el anonimato y salvaguardando las pruebas.
- Informar de los resultados de la investigación al Consejo, a la persona responsable de control del fraude y a otras personas, según corresponda, por ejemplo la Dirección.
- Cumplir las políticas relativas a la conservación de informes, documentos, documentos de trabajo y otra información relevante.
- Evaluar las causas fundamentales e iniciar medidas correctivas y de reparación en colaboración con la persona responsable de control del fraude, con el departamento de RRHH y la Función de Auditoría Interna.
- Iniciar medidas disciplinarias, de despido, de recuperación de activos y de restitución en colaboración con la persona responsable de control del fraude y el Departamento de RRHH, basándose en los hechos confirmados durante la investigación.
- Ponerse en contacto con la persona que haya denunciado el asunto, la queja o la infracción, si procede, para compartir los resultados generales de la investigación y obtener comentarios sobre el proceso de investigación.
- Realizar un análisis del caso para evaluar el rendimiento de la investigación y mejorar los procedimientos de investigación futuros.

Los equipos de investigación tendrán acceso ilimitado a todos los registros y locales de la entidad, ya sean propios o arrendados. Los resultados de la investigación no se revelarán ni se discutirán con personas que no tengan una necesidad legítima de conocerlos. Las métricas de rendimiento de las investigaciones pueden variar e incluir, entre otros aspectos, el número medio de días necesarios para evaluar y resolver un problema, las horas de recursos internos, los costes asociados a la asistencia externa, los tipos de medidas correctivas y de reparación y el número de incidentes repetidos que involucren a una persona, un departamento o una ubicación geográfica.

8. Actividad de supervisión del fraude

El diseño de los componentes del programa de gestión del riesgo de fraude se evaluará durante la evaluación anual del riesgo de fraude realizada por la Alta Dirección o, en su caso, antes, si se produce un evento de riesgo de fraude. La eficacia operativa de los controles antifraude relacionados se comprobará anualmente como parte de las actividades de cumplimiento a cargo de la Alta Dirección.

Periódicamente, la Función de Auditoría Interna llevará a cabo una evaluación independiente y separada del programa de gestión del riesgo de fraude utilizando directrices autorizadas y mejores

prácticas. La Función de Auditoría Interna informará de sus conclusiones al Consejo y a la Dirección. La persona responsable de control del fraude se encargará de garantizar que cualquier deficiencia, punto débil o mejora relacionada con los controles antifraude se aborde de manera oportuna y eficaz. Asimismo, la auditoría interna tendrá en cuenta el riesgo de fraude y la conducta indebida como parte de las auditorías financieras y operativas que se llevan a cabo a lo largo del año.

Esta política será evaluada y aprobada por el Consejo y, cuando corresponda, revisada por la Alta Dirección de la entidad de forma periódica y, como mínimo, cada dos años. Cualquier cambio en la política se comunicará de manera oportuna al personal de la entidad y a los terceros pertinentes a través de los canales formales establecidos.

Elaborado por
Unidad Responsable
Nombre y firma
Fecha

Revisado por
Departamento Jurídico
Nombre y firma
Fecha

Aprobado por
Jefe de servicio
Nombre y firma
Fecha

CAIGG

CONSEJO DE AUDITORÍA INTERNA GENERAL DE GOBIERNO

Ministerio Secretaría General de la Presidencia

Documentos Técnicos del CAIGG

A cerca de los Documentos Técnicos del CAIGG (DT)

Los Documentos Técnicos del CAIGG constituyen orientaciones especializadas destinadas a fortalecer y apoyar el ejercicio de la auditoría interna en el sector público. Abordan un conjunto amplio y estratégico de materias, entre ellas la gestión de riesgos, la prevención de la corrupción, la probidad administrativa, la auditoría interna, el gobierno corporativo, el control interno y la gestión de riesgos financieros, contribuyendo a la mejora continua y a la alineación con buenas prácticas nacionales e internacionales.

Área de Estudios del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno